

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

КРЯКОВА Мария Юрьевна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза (медицинские науки)

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Сон Ирина Михайловна

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	13
1.1. Правовые аспекты организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению	13
1.2. Современное состояние организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.....	23
1.3. Основания для новых организационных технологий оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению	29
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ.....	35
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ, В ДИНАМИКЕ ЗА 5 ЛЕТ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПИЛОТНЫХ РЕГИОНАХ И ПИЛОТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	45
3.1. Анализ обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и медицинскими сестрами участковыми в Российской Федерации, Кемеровской и Новосибирской областях.....	45
3.2. Анализ ситуации по обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и медицинскими сестрами участковыми в пилотных медицинских организациях	49
ГЛАВА 4. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НАСЕЛЕНИЮ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ	54
4.1. Динамика основных количественных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, в Российской Федерации, пилотных субъектах и базовых медицинских организациях.....	54
4.2. Динамика основных качественных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, в Российской Федерации, пилотных субъектах и базовых медицинских организациях.....	63
ГЛАВА 5. ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ, МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР УЧАСТКОВЫХ И ЭКСПЕРТОВ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ	74
5.1. Изучение мнения пациентов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи	74

5.2. Изучение мнения врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер участковых об организации оказания первичной медико-санитарной помощи .	81
5.3. Изучение мнения экспертов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи	103
ГЛАВА 6. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ НА РАЗНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ	122
ГЛАВА 7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРИГАДНОЙ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА.....	136
7.1. Описание первой организационной технологии	136
7.2. Описание второй организационной технологии.....	150
7.3. Медико-социальные эффекты внедрения организационных технологий ..	162
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	176
ВЫВОДЫ	182
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	187
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	189
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	190
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	216
Приложение А	216
Приложение Б.....	218
Приложение В.....	224
Приложение Г	230
Приложение Д	234
Приложение Е.....	236

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Целями государственной политики в сфере здравоохранения являются: снижение смертности населения; ликвидация дефицита кадров в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП); обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; обеспечение оптимальной доступности для населения данного вида медицинских организаций; увеличение продолжительности жизни населения. Очевидно, что имеющиеся ресурсы системы здравоохранения, в том числе кадровые, не могут в полной мере обеспечить население необходимыми объемами медицинской помощи, преемственностью, своевременностью и этапностью в оказании медицинской помощи [82, 169].

Обеспеченность системы здравоохранения медицинскими кадрами определяет ее доступность и косвенно влияет на качество медицинской помощи [48, 56, 78, 114, 124, 170]. Наряду с внедрением цифровых технологий, улучшением материально-технического оснащения и финансирования медицинских организаций, внедрением клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи, новых медицинских технологий, медицинский персонал также вносит вклад в результативность работы всей системы здравоохранения. Поэтому задачи, стоящие перед организаторами здравоохранения всех уровней, диктуют необходимость поиска организационных технологий оказания медицинской помощи, направленных на повышение медицинской, социальной и экономической эффективности.

Стандартно оказание медицинской помощи на терапевтическом участке осуществляют врач-терапевт участковый и медицинская сестра участковая совместно на амбулаторном приеме и на дому. Однако в вопросах доступности и качества оказания медицинской помощи внимание организаторов здравоохранения, в основном, акцентируется на врачах. Медицинские сестры рассматриваются как помощники врача.

В последнее время активно изучаются вопросы расширения клинической роли

среднего медицинского персонала, возможности активного привлечения медицинских сестер к профилактической работе с населением, «передача» отдельных функций врача среднему медицинскому персоналу, перераспределение обязанностей при организации оказания первичной медико-санитарной помощи, привлечение специалистов без медицинского образования к участию в процессах оказания медицинской помощи [11, 21, 54, 82, 106, 118, 122, 151]. Но в то же время функции, требующие специальных врачебных знаний, не могут быть переданы специалисту со средним медицинским образованием и, тем более, работнику без медицинского образования. «Переданные» или «расширенные» функции в описанных организационных решениях средний медицинский персонал выполняет в рамках трудовых функций, определенных профессиональными стандартами [58, 122, 140].

Степень разработанности проблемы

В исследованиях, посвященных изучению кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи достаточно широко отражены проблемы дефицита и дисбаланса кадров и их влияния на качество оказания медицинской помощи [48, 56, 78, 114, 124, 170]. Также в работах В.И. Вечорко (2016, 2017), В.В. Люцко с соавт. (2019); В.Н. Фентисова (2019) и др. изучались проблемы распределения рабочего времени врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой на амбулаторном приеме, затраты времени на виды работ (виды деятельности) [23, 24, 76, 153].

Вопросы повышения роли среднего медицинского персонала в оказании непосредственной помощи пациентам, привлечение медицинских сестер к проведению профилактических мероприятий, санитарно-просветительской работе с населением, изменение содержания работы медицинских сестер при оказании первичной медико-санитарной помощи, включая анализ зарубежных практик, изучались в работах М.К. Аскарова, Э.Т. Караева, А.Ж. Токторова (2020), Ю.В. Бурдастовой (2020), И.Г. Калининой (2019), Т.В. Поздеева, Н.В. Пчелина (2021), А.Ш. Сененко (2021) [11, 21, 54, 106, 122].

Перспективы развития первичной медико-санитарной помощи, зарубежный опыт организации оказания медицинской помощи, в том числе по командному принципу, теоретические основы распределения функциональных обязанностей, бригадная форма

организации труда с перераспределением различных видов деятельности между медицинскими работниками освещены в публикациях Ю.В. Бурдастовой (2020), Сон И.М., Купеевой И.А., А.Ш. Сененко (2021), В.И. Стародубова с соавт. (2021), В.И. Шевского с соавт. (2022) [21, 122, 140, 165].

Из вышеизложенного следует, что исследователи недостаточно внимания уделяли изучению организационных технологий оказания первичной медико-санитарной помощи, в частности, на врачебном участке с позиций детального описания функций медицинского персонала и немедицинского персонала, алгоритмов взаимодействия участников организационной технологии и маршрутизации пациентов при получении медицинской помощи.

Таким образом, в настоящее время отсутствуют публикации, представляющие обоснование необходимости разработки новых организационных технологий оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, не приводится оценка их результативности, не определены возможные функции медицинских работников с различным уровнем образования и алгоритмы действий в процессах оказания медицинской помощи с учетом квалификационных требований, что подтверждает актуальность темы настоящего исследования.

Цель исследования – усовершенствовать оказание первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке на основе внедрения новых организационных технологий.

Задачи исследования:

1. Изучить обеспеченность кадрами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, в Российской Федерации, пилотных субъектах Российской Федерации и пилотных медицинских организациях.

2. Проанализировать основные количественные и качественные показатели деятельности пилотных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

3. Изучить мнение пациентов, врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер участковых и экспертов об организации оказания первичной медико-санитарной

помощи на терапевтическом участке.

4. Исследовать затраты рабочего времени, их структуру по видам деятельности врачей-терапевтов участковых и медицинских сестер участковых на терапевтическом участке путем проведения фотохронометражных наблюдений.

5. Разработать организационные технологии оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке с использованием бригадной формы организации труда, внедрить и оценить эффективность их работы.

Научная новизна исследования:

- научно обоснована необходимость внедрения новых организационных технологий в работу терапевтического участка, исходя из анализа динамики показателей обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и медицинскими сестрами участковыми, укомплектованности штатных должностей врачей и медицинских сестер физическими лицами и их численности;

- получены уточненные данные о динамике общего числа посещений врачей-терапевтов участковых, о соотношении числа посещений с профилактической целью и по заболеваниям, подтверждающие необходимость внедрения новых технологий организации деятельности медицинского персонала на терапевтическом участке;

- проведено социологическое исследование мнения пациентов, врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер участковых и экспертов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке, которое подтвердило необходимость совершенствования деятельности медицинского персонала терапевтического участка и повышения роли медицинской сестры участковой;

- проведено синхронное фотохронометражное наблюдение за деятельностью врачей-терапевтов участковых и медицинских сестер участковых, которое выявило, что значительная часть времени и у врачей, и у медицинских сестер участковых уходит на работу с медицинской документацией, при этом работа с медицинскими документами во время амбулаторного приема не всегда связана с конкретным пациентом;

- разработаны базовая маршрутизация пациентов и базовые алгоритмы действий и взаимодействия персонала бригады на терапевтическом участке;

- разработаны две организационные технологии оказания первичной медико-

санитарной помощи на терапевтическом участке с использованием бригадной формы организации труда, которые различаются составом специалистов и набором выполняемых ими функций;

- проведена оценка эффективности организационных технологий с использованием специально разработанного перечня показателей в дополнение к данным фотохронометражных наблюдений и учетных форм.

Теоретическая и практическая значимость исследования:

- проведен анализ динамики показателей обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и медицинскими сестрами участковыми, укомплектованности штатных должностей врачей и медицинских сестер физическими лицами и их численности, подтверждающий дефицит медицинских специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

- обоснована целесообразность изучения данных о числе и структуре посещений врачей-терапевтов участковых, о соотношении числа посещений с профилактической целью и по заболеваниям с целью формирования потоков пациентов на специалистов с различным уровнем образования в рамках новых организационных технологий, определения оптимальной численности прикрепленного населения на терапевтическом участке, на котором организована работа новой организационной технологии, разработки программ профилактических мероприятий на терапевтическом участке;

- изучены мнения медицинского персонала, пациентов, экспертов с целью выявления существующих проблем в организации оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке, их многофакторной оценки и выработки корректирующих мероприятий;

- определена структура затрат времени на разные виды работ на терапевтическом участке, выявлены проблемы, обоснована необходимость внедрения и разработки корректирующих мероприятий;

- разработаны и внедрены алгоритмы действий и взаимодействия персонала при оказании первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке;

- разработана форма медицинской документации «Прием пациента медицинской сестрой / медицинским братом» (методическая инструкция «Форма медицинской

документации «Прием пациента медицинской сестрой / медицинским братом» (утверждена на Ученом совете ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, протокол № 3 от 18.03.2025).

Методология и методы исследования. Исследование проводилось на основе комплексного и системного подхода к анализу данных с применением следующих методов: компаративного (сравнительного) анализа, аналитического, социологического, фотохронометражного наблюдения, экспертных оценок; метода организационного эксперимента, статистического. Статистическая обработка материала включала: методы описательной статистики, расчет относительных (интенсивных и экстенсивных) показателей, средних величин. Оценка достоверности полученных результатов проводилась с использованием коэффициента конкордации Кендалла (W), коэффициента корреляции Пирсона (χ^2), выполнен расчет 95% доверительного интервала (ДИ) методом Фишера. В качестве уровня статистической значимости принимали $p < 0,05$.

Степень достоверности полученных результатов

Достоверность результатов исследования подтверждается научной аргументированностью исходных теоретических положений, четкостью методических подходов, обработкой большого объема исследовательского материала, использованием современных методов исследования, анализом полученных результатов адекватными и информативными методами статистической обработки с использованием лицензионных программ.

Положения, выносимые на защиту:

1. Динамика и уровень показателей обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и медицинскими сестрами участковыми, укомплектованности штатных должностей врачей и медицинских сестер физическими лицами, количественные и качественные показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, определяют необходимость разработки и внедрения новых организационных технологий деятельности медицинского персонала на врачебном терапевтическом участке.

2. Мнение экспертов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке, дополненное мнением пациентов, врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер участковых позволяет не только оценить удовлетворенность организацией лечебно-диагностического процесса, но и обосновать основные направления совершенствования деятельности медицинского персонала на терапевтическом участке.

3. Фотохронометражные наблюдения за деятельностью врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой, проводимые синхронно, позволяют выявить проблемы в организации работы на участке, в том числе нерациональные потери времени, и определить возможности перераспределения обязанностей.

4. Организационные технологии, включающие распределение функций на терапевтическом участке между персоналом с различным уровнем образования, являются неотъемлемым мероприятием повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи. Бригадная форма организации труда на терапевтическом участке позволяет эффективнее использовать кадровые ресурсы, соответствует современным требованиям организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению и потребностям пациентов.

Апробации работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на II Международной научно-практической конференции «Современные исследования: теория и практика», (г. Петрозаводск, 13.04.2023); Межрегиональной научно-практической конференции «Организация здравоохранения и общественное здоровье: традиции, инновации, перспективы», (г. Пенза, 20.04.2023); IX Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» («Population, Public Health and Development») (г. Москва, 21.04.2023); Международной научно-практической конференции «Актуальные исследования высшей школы 2023» (г. Петрозаводск, 01.05.2023); Всероссийской научно-практической конференции «Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения: вчера, сегодня, завтра», секция «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (г. Омск, 05-06.10.2023); VIII Междисциплинарном медицинском форуме «Актуальные вопросы врачебной практики. Беломорские зори» (г.

Архангельск, 18.10.2023); Международной научно-практической конференции «Здоровье как стратегический ресурс России» (г. Москва, 24.11.2023); Втором Всероссийском междисциплинарном конгрессе по непрерывному профессиональному образованию работников здравоохранения «ЗОНТ: здоровье, образование, наука, технологии» (г. Москва, 14.12.2023); Четвертой международной конференции по питанию и здравоохранению «4th International Conference on Nutrition and Healthcare» (г. Бангкок, Таиланд, 18.11.2024); Международной научно-практической конференции «Глобальное партнерство для здоровья наций: терапия и профилактика в странах СНГ» в рамках Международного конгресса «Терапия и профилактическая медицина» (г. Москва, 19.12.2024).

Внедрение результатов исследования. Материалы диссертационного исследования используются в практической деятельности ГАУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр имени И.А. Колпинского» (акт о внедрении от 16.10.2024 б/н), ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша» (акт о внедрении от 16.10.2024 б/н), ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн № 3» (акт о внедрении от 05.12.2024 б/н), ГБУЗ Новосибирской области «Городская поликлиника № 17» (акт о внедрении от 05.12.2024 б/н), ГАУЗ Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 1» (акт о внедрении от 05.12.2024 б/н). Разработана методическая инструкция «Форма медицинской документации «Прием пациента медицинской сестрой / медицинским братом», утверждена на Ученом совете ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 3 от 18.03.2025).

Личный вклад автора заключается в формировании рабочей гипотезы и разработке методологии исследования (100%), определении темы исследования (100%), формулировании целей и задач (90%), разработке плана проведения исследования (100%), проведении анализа отечественной и зарубежной литературы (100%), сборе информации (85%), обработке и анализе материалов исследования (95%), внедрении и апробации организационных технологий (85%); в подготовке основных публикаций по результатам выполненной работы и оформлении текста диссертации, формировании и регистрации баз данных, регистрации патента. Результаты работы представлены лично

автором на отечественных и зарубежных конгрессах и научно-практических конференциях в формате докладов и тезисных сообщений.

Этические аспекты. Легитимность исследования подтверждена решением локального этического комитета ФГБОУ ДПО РМАНПО (протокол № 18 от 13.12.2022).

Публикации

По теме диссертационной работы опубликовано 6 научных работ, из них 5 в изданиях, входящих в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России; в т.ч. 1 в издании, входящем в базу данных SCOPUS, зарегистрирован 1 патент и 2 базы данных.

Объем и структура диссертационной работы

Работа изложена на 237 страницах машинописного текста, состоит из введения, семи глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (186 источников, в том числе 12 иностранных), 6 приложений, иллюстрирована 28 таблицами и 75 рисунками.

ГЛАВА 1. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Правовые аспекты организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению

Конституционные права граждан на медицинскую помощь обеспечиваются реализацией государственной политики в сфере охраны здоровья, которая регламентирована федеральными законами, а также отражена в указах Президента Российской Федерации, постановлениях и распоряжениях Правительства Российской Федерации, подзаконных нормативных правовых актах уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, нормативных правовых актах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и иных нормативных правовых актах [10, 71, 105].

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) взрослому населению данный вид медицинской помощи является основой системы здравоохранения и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения [36, 37, 44, 59, 62, 64, 71, 88, 94, 103-105, 147, 167]. Положением об организации оказания ПМСП регламентированы общие правила организации оказания ПМСП, правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения медицинских организаций и структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих ПМСП [37, 51, 71, 128].

ПМСП делится на следующие виды: первичную доврачебную медико-санитарную помощь, оказываемую специалистами со средним медицинским образованием; первичную врачебную медико-санитарную помощь, оказываемую ВТУ,

ВТУ цеховых врачебных участков, врачами общей практики (семейными врачами) (ВОП); первичную специализированную медико-санитарную помощь, оказываемую врачами-специалистами по профилям [37, 104].

ПМСП оказывается в неотложной и плановой формах в амбулаторных условиях в медицинской организации, оказывающей ПМСП, на дому при вызове медицинского работника или при активном посещении пациента медицинским работником по месту проживания (пребывания, работы или учебы), а также в условиях дневного стационара. В удаленных и труднодоступных населенных пунктах ПМСП оказывается посредством выездных форм работы (например, мобильными медицинскими бригадами) [37].

Задачей территориального планирования при организации оказания медицинской помощи является размещение медицинских организаций и/или структурных подразделений медицинских организаций с учетом численности населения и половозрастного состава населения территории обслуживания, уровня заболеваемости и обращаемости за медицинской помощью (потребности населения в медицинской помощи), удаленности населенного пункта от медицинской организации (или удаленности структурного подразделения, расположенного в малочисленном населенном пункте, от медицинской организации), характеристики территории обслуживания и транспортной доступности, климатогеографических и иных условий, при этом медицинские организации, оказывающие ПМСП, в населенных пунктах с численностью населения свыше 20 тыс. человек размещаются с учетом шаговой доступности, не превышающей 60 мин. [108].

Требования к размещению отдельных видов медицинских организаций, оказывающих ПМСП (Требования), утверждены приказом Минздрава России от 27.02.2016 № 132н и содержат разделы: условия оказания медицинской помощи, вид медицинской организации (структурных подразделений медицинских организаций), вид медицинской помощи, рекомендуемая численность прикрепленного населения, а рекомендации по размещению ФАП/ФП, врачебных амбулаторий и центров общей врачебной практики (семейной медицины) отражены в Положении [108].

Представленные в Требованиях параметры размещения медицинских организаций и их структурных подразделений обоснованно могут корректироваться с

учетом транспортной доступности, климатогеографических особенностей, уровнем и структурой заболеваемости населения, особенностей половозрастного состава населения и возможности соблюдения порядков оказания медицинской помощи, а также плановой мощности медицинской организации. Оказание медицинской помощи в сельских местностях, в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, в удаленных и труднодоступных населенных пунктах осуществляется посредством выездных форм работы, например – мобильной медицинской бригадой. Состав мобильной медицинской бригады формируется руководителем медицинской организации (ее структурного подразделения) из числа врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием, исходя из цели ее формирования и возложенных задач, с учетом имеющихся медицинских организаций, оказывающих ПМСП, медико-демографических особенностей территории обслуживания медицинской организации, ее кадрового и технического потенциала, а также половозрастной, социальной структуры населения и его потребности в отдельных видах медицинской помощи [108].

ПМСП взрослому населению оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилям, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Профили, по которым предусмотрено оказание первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи: терапия, неврология, кардиология, гастроэнтерология, офтальмология, онкология, фтизиатрия, хирургия, оториноларингология, травматология-ортопедия, урология, эндокринология, пульмонология, аллергология и иммунология, гематология. Профили, по которым предусмотрено оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи: ревматология, инфекционные заболевания, психиатрия-наркология, дерматовенерология, диетология, нефрология, колопроктология, гериатрия [<https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-naseleniyu-rossiyskoy-federatsii>; СПС «Консультант Плюс» (дата обращения 10.09.2024).].

ПМСП является первым уровнем контакта пациента с системой оказания медицинской помощи, наиболее распространенным и максимально приближенным к

населению видом медицинской помощи [1, 35, 37, 44, 47, 59, 62, 64], однако в вопросах доступности медицинской помощи акцент делается на врачебный персонал.

ПМСП организуется и оказывается по территориально-участковому принципу с целью максимального приближения к месту проживания (работы, обучения) населения, то есть с формированием групп обслуживаемого населения. Распределение населения по участкам осуществляется руководителем медицинской организации и фактически участок является организационной единицей оказания ПМСП [37]. Оказание медицинской помощи на участке может осуществляться следующими медицинскими работниками: фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта; врачом-терапевтом участковым (ВТУ), ВТУ цехового врачебного участка, медицинской сестрой участковой (МСУ) на терапевтическом (в том числе цеховом) участке (ТУ); ВОП, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача, МСВОП). Соответственно и участки подразделяются на фельдшерский, терапевтический (в том числе цеховой), врача общей практики (семейного врача). Дополнительно выделяют участки: комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами); акушерский; приписной (расположен за пределами территории обслуживания медицинской организации) [104, 105].

На терапевтическом участке с рекомендуемой численностью прикрепленного населения 1700 чел. организована совместная работа ВТУ и МСУ, однако Положением по организации оказания ПМСП взрослому населению и Порядком оказания медицинской помощи по профилю терапия (приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н) предусмотрено различное соотношение указанных должностей: ВТУ к МСУ как 1 к 1,5 или как 1 к 1 соответственно. На территориях с низкой плотностью населения возможно формирование участков с меньшей численностью прикрепленного населения (1300 чел.) с сохранением количества штатных должностей в полном объеме. Численность прикрепленного населения на участке может быть скорректирована с

учетом половозрастного состава населения, структуры заболеваемости и обращаемости [104, 105].

Порядком оказания медицинской помощи по профилю «терапия» регламентированы правила организации деятельности терапевтического кабинета и функции терапевтического кабинета, а значит и функции ВТУ и МСУ, предусматривают проведение оценки основных медико-статистических показателей непосредственно на участке: оценку половозрастного состава населения, уровня заболеваемости по основным классам заболеваний (злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, таких социально-значимых заболеваний, как туберкулез и других нозологий), влияющих на уровень смертности и инвалидизации населения; оценку распространенности факторов риска развития заболеваний (состояний) по основным нозологиям; охват профилактическими мероприятиями (в том числе вакцинацией); охват диспансерным наблюдением, оценку объемов проведенных диагностических исследований, охват санаторно-курортным лечением и медицинской реабилитацией, показателей смертности на участке [37]. Качество и эффективность проводимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий оказывают влияние на уровень заболеваемости и смертности [90].

Вышеперечисленные функции можно распределить по видам (направлениям) деятельности. Лечебно-диагностическая деятельность, к которой относятся обследование пациентов, выявление заболеваний терапевтического профиля или рисков их развития, назначение лечения выявленных заболеваний и состояний в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара; определение показаний и направление пациентов на консультацию к врачам-специалистам; диспансерное наблюдение и учет пациентов с хроническими заболеваниями или состояниями; участие в оказании паллиативной медицинской помощи в соответствии с заключением и рекомендациями врачей-специалистов; участие в отборе пациентов для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком; проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, представление их на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для

освидетельствования и оформления инвалидности (переосвидетельствования) на медико-социальную экспертизу; определение показаний и направление пациентов на реабилитацию, санаторно-курортное лечение; проведение медицинской реабилитации лиц, перенесших острые заболевания терапевтического профиля или оперативные (эндоваскулярные, интервенционные) вмешательства в связи с заболеваниями терапевтического профиля; оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах пациентам при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара [32, 37].

Профилактическая деятельность, к которой относятся профилактика неинфекционных заболеваний (раннее выявление и предупреждение возникновения, распространения, снижение риска их развития); профилактика инфекционных заболеваний (раннее выявление и предупреждение распространения, вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок и по эпидемическим показаниям); санитарно-гигиеническое образование, информирование населения о факторах риска заболеваний, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни; обучение населения оказанию первой помощи при неотложных состояниях и заболеваниях; участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации [37, 140, 141, 174].

Организационно-методическая деятельность, к которой относятся: формирование терапевтического участка (из числа прикрепленного к нему населения, а также работников организаций, расположенных на территории обслуживания); анализ основных медико-статистических показателей на участке; анализ потребности прикрепленного населения в оздоровительных мероприятиях, разработка программ проведения этих мероприятий; взаимодействие в пределах компетенции с другими медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями; ведение учета лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «терапия»; осуществление внедрения в практику новых современных методов профилактики, диагностики и лечения пациентов в амбулаторных условиях; участие в проведении мероприятий по повышению квалификации врачей и медицинских

работников со средним медицинским образованием по вопросам терапии; ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке [37].

Функции ВТУ регламентированы соответствующим Положением, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 07.12.2005 № 765, квалификационными характеристиками должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н, и профессиональным стандартом «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», утвержденным приказом Минтруда России от 21.03.2017 № 293н.

Основными нормативными правовыми актами, регламентирующими деятельность МСУ, являются соответствующее Положение, утвержденное приказом Минздравсоцразвития России от 21.06.2006 № 490, квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н, и профессиональный стандарт «Медицинская сестра / медицинский брат», утвержденный приказом Минтруда России от 31.07.2020 № 475н.

Функции фельдшера регламентированы квалификационными характеристиками должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н, и профессиональным стандартом, утвержденным приказом Минтруда России от 31.7.2020 № 470н. Также согласно приказу Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н при организации оказания ПМСП отдельные функции лечащего врача могут возлагаться на фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, оказывающего первичную доврачебную медико-санитарную помощь; на фельдшера медицинской организации при некомплектованности, недостаточной укомплектованности медицинской организации, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь, или ее подразделений врачами-терапевтами или ВТУ или в случае их временного отсутствия.

Отдельные функции лечащего врача возлагаются на фельдшера приказом руководителя медицинской организации, в котором указываются причины возложения на фельдшера отдельных функций лечащего врача и перечень этих функций. Указанные

функции определяются исходя из должностных обязанностей, предусмотренных квалификационными характеристиками ВТУ, а также с учетом положений иных нормативных правовых актов. Стоит отметить, что функции, «возложенные» на фельдшера, выполняются фельдшером в рамках компетенции в соответствии с профессиональным стандартом.

В соответствии со статьей 4 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ приоритет профилактики является одним из основных принципов в сфере охраны здоровья граждан. Задачами профилактики являются: обучение населения основам здорового образа жизни и формирование мотивации и приверженности к ведению здорового образа жизни, раннее выявление рисков развития хронических заболеваний или осложнений у лиц с установленным диагнозом, профилактика распространения инфекционных заболеваний [37, 140, 141, 174]. Для решения указанных задач реализуются следующие мероприятия: проводятся профилактический медицинский осмотр (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН), диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями (ДН, ХНИЗ), вакцинация в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, проводятся обучение населения в школах здоровья и обучение первой помощи при развитии жизнеугрожающих состояний, иные мероприятия.

Функции ВТУ, МСУ и фельдшера в части проведения ПМО и ДОГВН отражены в Порядке, утвержденном приказом Минздрава России от 27.04.2021 №404н. Целью проведения ДН за пациентами с ХНИЗ является предотвращение обострений, уменьшение выраженности симптомов, улучшение качества жизни и замедление прогрессирования заболевания, при этом ряд функций врача (фельдшера) отражен в Порядке, утвержденном приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н. Данным Порядком также регламентированы критерии оценки качества и эффективности ДН: охват ДН лиц с ХНИЗ и инфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском не менее 70%; охват ДН лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих ему не менее 90%; своевременное

установление ДН в срок не более 3 дней с момента установления диагноза; достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями; сокращение числа обращений по поводу обострений ХНИЗ среди лиц, находящихся под ДН; снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под ДН, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под ДН; уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под ДН; уменьшение числа госпитализаций, в том числе по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под ДН; снижение показателей смертности, в том числе внебольничной, лиц, находящихся под ДН. Эти критерии лежат в основе оценки эффективности как деятельности ВТУ, так и деятельности МСУ (приказы Минздравсоцразвития России от 19.04.2007 № 282 и от 11.05.2007 № 324 соответственно) [73]. Анализ деятельности на участке необходимо проводить с целью оценки качества медицинской помощи и своевременного принятия управленческих решений.

Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных заболеваний. Иммунопрофилактика осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям на врачебном участке в рамках обязательного медицинского страхования бесплатно.

Еще одним аспектом профилактической работы с населением является обучение и мотивация населения ведению здорового образа жизни, санитарно-гигиеническое просвещение, формирование у населения приверженности к прохождению профилактических мероприятий, к своевременным посещениям врача в рамках ДН с целью профилактики и ранней диагностики обострений, осложнений и прогрессирования заболевания, медицинской реабилитации, организация и проведение школ здоровья [37, 140].

В соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации продолжительность рабочей недели медицинских работников составляет 39 часов,

продолжительность 1 смены соответственно составляет 7 часов 48 минут.

Продолжительность амбулаторного приема ВТУ (в том числе на дому) регламентирована типовыми отраслевыми нормами времени на выполнение работ, утвержденными приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н, и составляет 15 мин. – на первичный прием по заболеванию (с учетом затрат времени на оформление медицинской документации), на повторное посещение – 70-80% от норм времени, связанных с первичным посещением (10,5-12 мин.). На работу с медицинской документацией должно затрачиваться не более 35% времени от общей продолжительности приема. Нормы времени на посещение пациентом ВТУ с профилактической целью составляют 60-70 % от норм времени, связанных с посещением по заболеванию, – 9-10,5 мин. В медицинских организациях, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, нормы времени устанавливаются с учетом плотности проживания и половозрастного состава населения, а также с учетом уровня и структуры заболеваемости населения путем суммирования корректирующих коэффициентов норм времени.

С целью совершенствования и повышения эффективности ПМСП рекомендуется организовывать кабинет/отделение неотложной медицинской помощи, кабинет доврачебной медицинской помощи (приказы Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н), а с целью повышения охвата граждан профилактическими мероприятиями и совершенствования профилактической работы – кабинет/отделение медицинской профилактики (приказ Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н), кабинет по отказу от потребления табака (приказ Минздрава России от 26.02.2021 № 140н), проводить школы здоровья с учетом потребности населения в указанных мероприятиях, структуры заболеваемости, обращаемости в медицинские организации, смертности. Эти структурные подразделения являются вспомогательными для участковой службы.

Таким образом, нормативными правовыми актами в части организации оказания ПМСП регламентированы основные положения организации оказания ПМСП (виды, формы, условия оказания); организация деятельности, основные функции (задачи) и рекомендуемое штатное расписание медицинских организаций и структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих ПМСП; требования к

размещению медицинских организаций и структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих ПМСП; функции ВТУ, фельдшера и МСУ; продолжительность рабочей недели медицинских работников; типовые отраслевые нормы времени на амбулаторный прием пациента в медицинской организации, однако организационные технологии работы ВТУ и МСУ, порядок взаимодействия между ними в процессах оказания ПМСП, четкое распределение функций и обязанностей между ВТУ, МСУ и иными структурными подразделениями (отделениями, кабинетами профилактики, медицинской реабилитации, паллиативной службой и другими) не отражены.

1.2. Современное состояние организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению

Государственная политика в сфере охраны здоровья граждан направлена на соблюдение прав граждан по охране здоровья, обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, обеспечение доступности и качества медицинской помощи (Федеральный закон № 323-ФЗ). Для этого реализуются мероприятия по обеспечению квалифицированными кадрами медицинских организаций, оказывающих ПМСП, обеспечению оптимальной доступности для населения медицинских организаций, оказывающих ПМСП, иные мероприятиями (паспорт национального проекта «Здравоохранение») [82].

В работах А.Ш. Сененко (2018, 2023), А.В. Гажевой, И.А. Купеевой (2018); И.М. Шеймана, С.В. Сажинной (2018); А.В. Мельцер, Н.В. Ерастовой, Е.А. Абумуслимовой, Н.Б. Найговзиной (2019); П.С. Турзина (2020); Л.В. Руголь, Л.И. Меньшиковой (2020); И.М. Сон, 2018, 2020 и многих других авторов изучались проблемы кадрового обеспечения ПМСП и влияние дефицита кадров на доступность и качество медицинской помощи, проблемы привлечения и удержания кадров на местах; тенденции изменения функции врачебной должности и нагрузки на медицинский персонал [48, 52, 53, 56, 75, 78-82, 90, 114, 124-126, 149, 168, 170].

Результаты анализа обеспеченности населения врачами, оказывающими ПМСП – ВТУ и ВОП (по данным ФФСН № 30), проведенного рядом авторов (А.Ш. Сененко, И.М. Сон, А.В. Гажевой, И.А. Купеевой, А.В. Мельцер, Н.В. Ерастовой, Е.А. Абумуслимовой и др.; (2018, 2019, 2023), показали существенные различия по обеспеченности врачами в субъектах Российской Федерации (Российской Федерации) и выраженный дисбаланс распределения врачей в системе здравоохранения [81, 82, 124, 134, 170]. Неравномерность распределения медицинских кадров может быть обусловлена неспособностью руководителей медицинских организаций, организаторов здравоохранения уровня субъектов Российской Федерации сформировать конкурентоспособные предложения для привлечения и удержания специалистов.

В работах Л.В. Руголь, И.М. Сон, Л.И. Меньшиковой (2020) и др. авторов отмечалось увеличение коэффициента совместительства и его значительная вариативность по врачебным специальностям, что также косвенно может свидетельствовать о снижении доступности и качества медицинской помощи по причине увеличения нагрузки на врача. Авторы отмечали, что снижение функции врачебной должности ВТУ на фоне снижения числа штатных должностей, физических лиц и показателей обеспеченности свидетельствуют о снижении роли ВТУ для населения как основного лечащего врача [82, 114]. Значительный уровень совместительства приводит формально к незначительному количеству незанятых должностей, формируя скрытый дефицит медицинских кадров [82, 168].

Дефицит и дисбаланс кадров приводят к следующим организационным проблемам: ведению ВТУ нескольких участков; увеличению численности прикрепленного населения на одном участке со значительным превышением рекомендуемых нормативов; несоблюдению территориально-участкового принципа оказания ПМСП – пациента записывают к любому врачу на ближайшее доступное время записи вне зависимости от прикрепления к конкретному участку; отсутствию постоянного лечащего врача у пациента; увеличению сроков ожидания медицинской помощи, регламентированных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; снижению качества медицинской помощи [35, 82]. В целом все это – нарушения прав пациентов в сфере охраны здоровья.

Разнонаправленность тенденций показателей кадрового обеспечения подтверждает отсутствие доступности ПМСП повсеместно. Разнонаправленная динамика числа штатных должностей ВТУ, укомплектованности занятыми должностями и физическими лицами, увеличение штатных должностей врачей-специалистов на фоне снижения штатных должностей ВТУ свидетельствуют об отсутствии рациональной кадровой политики [7, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 30, 34, 38, 47, 82, 90, 113, 139].

В вопросах доступности и качества медицинской помощи акцент делается на врача, однако в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, также наблюдается дефицит среднего медицинского персонала, в частности – МСУ, дисбаланс кадров, изменение соотношения врачебного и сестринского персонала как 2 к 1 и более [82, 168]. В свою очередь, недостаточное соотношение врачебного и среднего медицинского персонала может приводить к выполнению некоторых видов работ специалистами с более высоким уровнем образования, а соответственно – более высоким уровнем оплаты труда (в данном случае – врачей взамен среднего медицинского персонала), снижению экономической эффективности, падению престижа профессии; ограничению и снижению компетенций персонала и как следствие – усложнению внедрения новых технологий [82, 85, 149].

Однако изменение соотношения врачебного и среднего медицинского персонала, снижения потребности во врачебном персонале становятся возможными и очевидными в случае перераспределения функций между ВТУ и МСУ и повышения роли МСУ. Следовательно, способствовать развитию ПМСП, в том числе в условиях дефицита и дисбаланса кадров, могут новые организационные решения, основанные на повышении роли среднего медицинского персонала и более активному их привлечению к оказанию непосредственно медицинской помощи.

Профилактическая работа с населением является важным направлением ПМСП, однако в текущих условиях наблюдаются низкий охват населения профилактическими мероприятиями и низкое качество профилактической работы в целом. И.М. Шейман, С.В. Шишкин, В.И. Шевский и др. (2021) отмечают, что фактически готовность медицинских организаций, оказывающих ПМСП, к реализации профилактических

мероприятий, к проведению ДН, ПМО и ДОГВН остаются на низком уровне: по данным социологического исследования, проведенного в 2019 году в 81 субъекте Российской Федерации, около половины врачей, участвующих в оказании ПМСП, в том числе врачей отделений профилактики, не знают о результатах ДОГВН прикрепленного населения [82, 169].

Текущность кадров в совокупности с дефицитом и дисбалансом кадров в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, приводят к отсутствию постоянного лечащего врача у пациента и ухудшению медико-демографических показателей, снижению доверия пациентов к медицинским организациям, оказывающим ПМСП. Очевидно, соотношение притока и оттока врачей и медицинских сестер в отрасль не соотносится с потребностью населения в медицинской помощи. Следовательно, решение задачи по устранению дефицита кадров должно сопровождаться структурными преобразованиями и внедрением организационных решений [48, 82].

В работах В.В. Люцко, И.М. Сон, М.А. Ивановой, В.Н. Фентисовой (2019); В.И. Вечорко (2016, 2017), А.Ш. Сененко (2021) и др. авторов изучались вопросы затрат времени на разные виды работ как в течение амбулаторного приема ВТУ совместно с МСУ, так и в течение рабочего дня у ВТУ и МСУ, а также проблемы нормирования труда врачей и эффективного кадрового менеджмента [23, 24, 68, 76, 82, 123, 153]. Между тем, нормированию труда МСУ уделено недостаточно внимания. Данные проводимых фотохронометражных наблюдений за работой ВТУ и МСУ и анализ затрат времени подтверждали нерациональное распределение рабочего времени и наличие проблем в организации работы на ТУ.

Средние затраты рабочего времени ВТУ при посещении одним пациентом в медицинской организации составляли 13,3-17,3 мин. (на первичный прием – 14,31-18,51 мин., на повторный прием – 11,28-14,88 мин.), при посещении пациента на дому – 30,5-34,5 мин. (на первичный прием – 32,5-37,5 мин., на повторный прием – 27,8-32,2 мин.). У ВТУ 47,31% времени приходилось на работу с медицинской документацией, 45,54% – на основную деятельность, 7,15% – на иные виды деятельности [24, 82]. У МСУ при работе на амбулаторном приеме с ВТУ 53,13% времени приходилось на работу с медицинской документацией, 28,51% – на основную деятельность; 18,36% – на иную

деятельность (вспомогательная, личное необходимое время, служебные разговоры и т.д.) [23, 82].

Такие затраты времени могли быть обусловлены слабым владением компьютером, в том числе работой в медицинских информационных системах (МИС), низкой функциональностью МИС, а также дублированием медицинской документации на бумажном носителе. Вместе с тем согласно типовым отраслевым нормам времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом ВТУ (приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н) на оформление медицинской документации должно затрачиваться не более 35% времени [82]. Очевидно, при таком уровне организации работы пациенту на амбулаторном приеме уделяется недостаточно внимания, а профессиональные возможности медицинских работников, особенно МСУ, используются не в полной мере: работа у МСУ, а в ряде случаев и ВТУ преимущественно связана с работой с медицинской документацией.

Исследования затрат рабочего времени ВТУ и МСУ показали необходимость пересмотра организации работы на участке [23, 24, 82, 101]. Ряд авторов отмечал наличие переработок у врачей и выполнение трудовых обязанностей сверхурочно, а для решения указанных проблем отмечали необходимость проведения анализа графиков рабочего времени медицинских работников, регулирования объемов совместительства и совмещения для недопущения оказания некачественной медицинской помощи по причине высоких нагрузок [23, 24, 82, 101].

В настоящее время продолжают активно изучаться вопросы развития кадрового потенциала и технологии снижения непрофильной нагрузки на медицинский персонал, в том числе посредством перераспределения функциональных обязанностей между врачебным и средним медицинским персоналом [2, 3, 5-9, 11, 14, 15, 18, 26-29, 33, 54, 55, 61, 68, 82, 178, 180, 185]. Между тем, анализ данных зарубежных источников о деятельности среднего медицинского персонала показывает, что рациональное использование данной категории медицинских работников приводит к значительному улучшению доступности и качества медицинской помощи и к более эффективному использованию кадровых ресурсов [21, 55, 82, 111, 118, 178, 180, 185].

В работах С.И. Двойникова (2020, 2023); А.А. Калининской, Л.А. Гаджиевой, А.В.

Гажевой (2017); С.А. Карасевой, Ю.В. Бурдастовой, М.К. Аскарова, Е.И. Аксеновой и др. (2020); В.И. Стародубова, И.М. Сон, И.А. Купеевой, Н.В., Л.И. Меньшиковой, А.Ш. Сененко (2016, 2021); Н.Н. Камыниной (2020, 2021); О.О. Салагая, А.Д. Родионовой (2022) и др. изучались перспективные направления развития кадрового потенциала отрасли на основе анализа российских и зарубежных практик, повышение роли среднего медицинского персонала и изменение содержания его работы, привлечение медицинских сестер к профилактическим мероприятиям и санитарно-просветительской работе с населением [11, 21, 54, 55, 82, 106, 112, 113, 118, 120, 151, 178, 180, 185].

Основой государственной социальной политики и деятельности в здравоохранении является профилактика. Профилактические мероприятия направлены на выявление факторов риска развития ХНИЗ, ХНИЗ на ранних стадиях, своевременно выявлять осложнения и обострения ХНИЗ, корректировать тактику ведения пациентов.

Осуществление МСУ санитарно-просветительской работы, проведение группового и индивидуального краткого профилактического консультирования, патронажа определенных групп прикрепленного населения (часто обращающихся за медицинской помощью, часто вызывающих скорую медицинскую помощь, маломобильных или немобильных категорий граждан и т.д.), иные профилактические мероприятия повышают доступность ПМСП и оказывают положительное влияние на качество жизни пациентов с ХНИЗ [82, 133].

Примеры и анализ зарубежного опыта активного привлечения медицинских сестер к работе с населением свидетельствует о возможности, целесообразности и эффективности такого направления развития ПМСП [21, 82, 118, 178, 180, 185]. Например, в Канаде реализована технология MyHealthTeam, в которой медицинские сестры выполняют функцию координации специалистов разных уровней медицинской помощи, взаимодействие с социальными службами, тем самым играя важную роль в улучшении координации и непрерывности оказания медицинской и социальной помощи. В Австралии, Эстонии, Ирландии, Латвии, Мексике, Швеции и Великобритании тоже совершенствуют роль медицинских сестер в системе ПМСП: от проведения доврачебного приема пациентов до права назначения лекарственных препаратов, организации и дальнейшей координации медицинского ухода за пациентами

[21, 82]. Такое расширение компетенций среднего медицинского персонала способствует их стремлению к профессиональному росту и повышению качества медицинской помощи [21, 82, 149].

Организационные аспекты ПМСП, вопросы перспективного развития системы оказания ПМСП путем внедрения новых организационных моделей, в том числе перераспределения функциональных обязанностей, изучались в работах И.М. Сон (2017, 2020); А.А. Калининской, Л.А. Гаджиевой (2017); Л.В. Руголь, В.И. Кириллова, С.Л. Гусевой (2020); О.Л. Задворной (2021) и др. [7, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 30, 34, 38, 47, 58, 82, 90, 113, 122, 139]. Одним из организационных решений, предлагаемых авторами для совершенствования ПМСП в текущей кадровой ситуации, являлась бригадная форма организации труда на врачебном участке: перераспределение функциональных обязанностей между работниками с различным уровнем образования для максимального использования профессионального потенциала медицинских работников и обеспечения прикрепленного населения всеми необходимыми услугами в рамках ПМСП [58, 67, 69, 82, 90, 133].

Также авторы приводят примеры успешно реализованных и использующихся организационных решений, которые предусматривают соотношение врачебного и среднего медицинского персонала на врачебном участке как 1 : 2; 1 : 3 или 1 : 4, при этом в роли среднего медицинского персонала могут выступать фельдшеры или медицинские сестры – специалисты с различными профессиональными компетенциями и полномочиями в оказании медицинской помощи. К работе на врачебных участках могут быть привлечены медицинские регистраторы (МР) для выполнения работы по оформлению медицинской документации, информирования населения посредством телефонного звонка о профилактических мероприятиях и т.д. [47, 113].

1.3. Основания для новых организационных технологий оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению

Изучение нормативных правовых актов, а также источников литературы по

вопросам проблем организации оказания ПМСП и предлагаемых решениях показало, что для обеспечения доступности и качества ПМСП необходимы новые организационные технологии [7, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 30, 34, 38, 47, 90, 113, 122, 139]. Мероприятия по увеличению числа физических лиц медицинских работников коренным образом не решают существующих проблем в ПМСП: отсутствие повсеместной доступности и качества медицинской помощи; формирование профилактической направленности и выполнение необходимых объемов профилактических мероприятий, в том числе санитарно-гигиенического просвещения населения по актуальным вопросам здорового образа жизни и многие другие; обеспечение населения необходимыми объемами медицинских услуг в ПМСП. Возрастает роль структурных преобразований для обеспечения соответствия кадрового состава реальным потребностям отрасли и населения в целом [48, 66, 67, 69, 133].

Увеличение числа физических лиц медицинских работников при одновременной реализации мероприятий по притоку медицинских кадров в систему здравоохранения и удержанию на местах коренным образом не меняет ситуацию по обеспечению системы здравоохранения кадрами: на протяжении длительного периода времени сохраняются неуккомплектованность штатных должностей, низкая укомплектованность ТУ медицинскими работниками, текучесть кадров [9, 14, 27, 28, 31, 43, 53, 56, 60, 66, 67, 75, 78-81, 96, 101, 115, 121, 124, 125, 134, 135, 137, 146, 150, 170, 173]. В свою очередь сокращение срока получения высшего и среднего профессионального медицинского образования (допуск к медицинской деятельности в должности ВТУ без прохождения обучения в ординатуре, сокращение сроков подготовки фельдшеров и медицинских сестер) может повлечь снижение требований к уровню образования врачей и среднего медицинского персонала, оказывающих ПМСП; снижение качества медицинской помощи; снижение доверия населения к медицинским организациям, оказывающим ПМСП.

Отсутствие заметных улучшений в организации медицинской помощи несмотря на проводимые реформирования свидетельствуют о необходимости поиска, изучения и внедрения новых организационных технологий оказания ПМСП. Для этого могут быть предложены следующие решения: организация доврачебных консультаций (в том числе

на дому), доврачебного сестринского приема с целью увеличения времени у врача на основную работу с пациентом, с целью проведения профилактической работы с пациентом и в случае необходимости – последующей маршрутизации к врачу, подготовке к приему врачом; организация работы врача на участке с несколькими медицинскими сестрами в соотношениях 1 к 2, 1 к 3 или 1 к 4; передача выполнения некоторых манипуляций среднему медицинскому персоналу в рамках компетенции; привлечение специалистов без медицинского образования и обучение на местах работе с медицинской документацией [7, 8, 11, 15, 18, 82].

ПМСП, являясь основой системы здравоохранения, во многом определяет доступность и качество всей системы здравоохранения. ПМСП оказывают специалисты с разными уровнями медицинского образования: первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и иными специалистами со средним медицинским образованием; первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается ВТУ, ВОП, врачами-терапевтами [66, 67, 69, 82, 133]. Уровень доступности ПМСП зависит в том числе от уровня ее обеспеченности кадрами, как врачебными, так и средним медицинским персоналом. В настоящее время имеющиеся кадровые ресурсы ПМСП не могут в полной мере обеспечить доступность и выполнение необходимых объемов медицинской помощи, поэтому, наряду с подготовкой и привлечением кадров в систему здравоохранения, внедрение новых организационных технологий позволит, не увеличивая численности медицинского персонала, удовлетворить потребность населения в ПМСП [82, 133].

Врач является ключевой фигурой в оказании медицинской помощи, между тем средний медицинский персонал также обладает достаточными компетенциями для оказания непосредственно медицинской помощи пациентам, что отражено в соответствующих федеральных государственных образовательных стандартах и профессиональных стандартах [48, 82, 133]. В том числе приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н определен порядок возложения на фельдшера руководителем медицинской организации при организации оказания ПМСП отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения при неукomплектованности либо

недостаточной укомплектованности медицинской организации, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь, или ее подразделений врачами участковой службы. Организация и задачи кабинета доврачебного приема определены приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.12 № 543н. Возможности привлечения среднего медицинского персонала для непосредственной работы с пациентами при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, проведения самостоятельных приемов пациентов медицинскими сестрами регламентированы иными нормативными правовыми актами и могут быть использованы при разработке организационных технологий [82, 133].

Эффективное использование профессионального потенциала работников возможно при бригадной форме организации труда, где за каждым специалистом, включенным в состав бригады, закрепляется определенный раздел работы, но при этом общий результат деятельности суммируется [32, 58, 67, 70, 82, 133]. Медицинская бригада на участке (участковая бригада) может включать в себя специалистов с различным уровнем образования, при этом численность прикрепленного населения на участке может быть увеличена в зависимости от штатной структуры бригады [82, 133].

Выбор организационной технологии, распределение функциональных обязанностей и численность прикрепленного населения к врачебному участку, обслуживаемому медицинской бригадой, определяются условиями оказания медицинской помощи в конкретной медицинской организации, возможностью привлечения медицинских кадров для формирования медицинской бригады, наличием вспомогательных структурных подразделений, структурой заболеваемости, уровнем обращаемости, половозрастным составом прикрепленного населения, потребностью прикрепленного населения в медицинской помощи [82, 133].

Развитие сети медицинских организаций способствует повышению доступности медицинской помощи, однако требует одновременного привлечения кадров в систему здравоохранения. Наряду с этим должны развиваться новые организационные технологии оказания ПМСП с доказанной эффективностью, что является неотъемлемой частью реформирования системы здравоохранения [66, 67, 69, 82, 133].

Организационные технологии на основе бригадной формы организации труда

позволяют комплексно решать проблемы пациента при обращении за медицинской помощью и максимально использовать профессиональный потенциал персонала с учетом распределения функциональных обязанностей в процессах оказания медицинской помощи. При этом внимание врача направлено на пациента, который нуждается в решении вопросов, требующих специальных врачебных знаний, а также на координацию деятельности персонала такой бригады. Специалисты со средним медицинским образованием занимаются профилактической работой и решают иные проблемы пациента в рамках своей компетенции. Статус и роль врачей и среднего медицинского персонала участковой службы опосредованно повышаются, что в целом способствует привлекательности работы в первичном звене здравоохранения [133].

Результаты исследований, представленных в данной главе, опубликованы в статьях: Крякова, М.Ю. Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях кадрового дисбаланса врачей-терапевтов участковых и пути их решения (обзор литературы) / Л.И. Меньшикова, И.М. Сон, М.Ю. Крякова, , Е.В. Каракулина, Г.Г. Введенский, И.А. Купеева, П.Е. Щеголев// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023;2:771-803. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-2-771-803. – EDN CCVMUO;

Крякова, М.Ю. Бригадная форма организации труда на врачебном участке как перспективное направление совершенствования первичной медико-санитарной помощи / И.М. Сон, Л.И. Меньшикова, М.Ю. Крякова, И.А. Купеева, Е.В. Каракулина, Г.Г. Введенский // Профилактическая медицина. 2023;26(11):7-13. DOI: 10.17116/profmed2023261117.

Резюме. Эффективно разработанная, организованная и оптимально функционирующая система ПМСП, ориентированная на оказание качественной медицинской помощи, может обеспечить население необходимыми, достаточными объемами медицинской помощи. Таким образом, ПМСП играет важную роль в повышении доступности медицинской помощи в целом. Поэтому в условиях дефицита и дисбаланса кадров, функциональной перегруженности медицинского персонала, переход на бригадную форму организации труда может способствовать более эффективному использованию имеющихся кадровых ресурсов.

Однако, несмотря на интерес исследователей к проблемам организации оказания ПМСП, детального описания возможных моделей ПМСП с конкретизацией функций и алгоритмов действий и взаимодействия между медицинскими работниками не представлено, не описаны варианты структуры организационных технологий на основе бригадной формы организации труда на участке, а также перспективы их тиражирования в другие медицинские организации.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационное исследование проводилось в 2022-2024 гг., в субъектах Российской Федерации – Кемеровской области-Кузбассе (КО) и Новосибирской области (НСО), в 5 городских поликлиниках: поликлиника № 1 ГАУЗ Клинический консультативно-диагностический центр имени И.А. Колпинского; территориальная поликлиника ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша»; поликлиника ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн № 3»; ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 17»; ГАУЗ НСО «Городская клиническая поликлиника № 1».

Работа медицинских организаций осуществлялась с 08:00 до 20:00, численность прикрепленного населения в четырех медицинских организациях варьировала от 32 047 до 37 815 чел, число терапевтических участков (ТУ) – от 17 до 20, в пятой медицинской организации численность прикрепленного населения составляла 53 376 чел., число ТУ – 29. Средняя численность прикрепленного населения на ТУ варьировала от 1780 до 2224 чел. Продолжительность амбулаторного приема была сопоставима в трех медицинских организациях (ГАУЗ ККДЦ им. И.А. Колпинского, ГБУЗ «КККД», ГАУЗ НСО «ГКП № 1») и составляла 15 мин, в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» – 12 мин, в ГБУЗ НСО «ГП № 17» – 10 мин. Характеристика бах исследования представлена с таблице 2.1.

Объект исследования – система организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (ПМСП).

Предмет исследования – организация работы врача-терапевта участкового (ВТУ) и медицинской сестры участковой (МСУ) на терапевтическом участке (ТУ).

Единицы наблюдения на различных этапах исследования: формы федерального статистического наблюдения; анкеты; ведомости учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому; дневники учета работы медицинской сестры участковой; отчеты медицинских регистраторов о выполненной работе; данные фотохронометражных наблюдений.

Материалы и методы исследования, источники информации и объемы исследования представлены в таблице 2.2, этапы исследования – на рисунке 2.1.

Таблица 2.1 – Характеристика баз исследования

Параметры	Поликлиника № 1 ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского	Территориальная поликлиника ГБУЗ «КККД»	Поликлиника ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»	ГБУЗ НСО «ГП № 17»	ГАУЗ НСО «ГКП № 1»
График работы	С 8.00 до 19:00, две рабочие субботы в месяц с 08:00 до 13:00	С 08:00 до 20:00, в субботу с 08:00 до 14:00, у ВТУ две рабочие субботы в месяц по графику, дополнительно дежурства в кабинете неотложной медицинской помощи по графику	С 08:00 до 20:00	С 08:00 до 20:00	С 08:00 до 20:00
Количество обслуживаемого (прикрепленного) взрослого населения, чел.	32 047	37 815	37 212	53 376	33 200
Общее число ТУ, ед.	18	17	20	29	18
Средняя численность населения на ТУ, чел.	1780	2224	1860	1840	1844
Общее число кабинетов (включая кабинет заведующих отделениями и старших медицинских сестер), ед.	13	12	12	20	12
Продолжительность амбулаторного приема ВТУ, мин.	15	15	12	10	15
Характеристика пилотного ТУ	Участок № 15, организованный в центре общей врачебной практики (расположен на первом этаже жилого многоквартирного дома), протяженность участка 1100 м	Участки № 10 (расположен недалеко от поликлиники) и № 11 (отдален от поликлиники на 2-2,5 км)	Участки №№ 6 и 8, компактные, расположены недалеко от поликлиники, на территории обслуживания расположено общежитие	Участок №19, участок компактный, расположен недалеко от поликлиники	Участок №11, участок компактный, расположен недалеко от поликлиники

Таблица 2.2 – Материалы и методы исследования, источники информации и объемы исследования

Этапы	Задачи исследования	Материалы исследования, источники информации и объемы исследования	Методы исследования
I	1. Изучить обеспеченность кадрами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, в Российской Федерации, пилотных субъектах Российской Федерации и пилотных медицинских организациях	ФФСН № 30 «Сведения о медицинской организации» (раздел II. «Штаты медицинской организации», ч. 1 «Должности и физические лица медицинской организации», таблицы 1100 и 1107) пилотных медицинских организаций, пилотных субъектов Российской Федерации, Российской Федерации за 2017-2021 гг. (40 форм)	Статистический
	2. Изучить основные количественные и качественные показатели деятельности пилотных медицинских организаций, оказывающих взрослому населению первичную медико-санитарную помощь	ФФСН № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (раздел 4. «Взрослые 18 лет и более», таблица 3000) медицинских организаций, субъектов Российской Федерации, Российской Федерации за 2017-2021 гг. (40 форм); ФФСН № 30 «Сведения о медицинской организации» (раздел III. «Деятельность медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях», пункт 5. «Профилактические осмотры и диспансеризация, проведенные медицинской организацией», таблица 2510) медицинских организаций, субъектов Российской Федерации, Российской Федерации за 2017-2021 гг. (40 форм)	Статистический
II	3. Изучить мнение пациентов, врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер участковых и экспертов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке	Анкеты пациентов, ВТУ, МСУ, экспертов об организации оказания ПМСП (531 пациент, 152 ВТУ, 105 МСУ, 74 эксперта), приложения А-Г	Социологический Метод экспертных оценок Статистический
III	4. Оценить организацию оказания медицинской помощи на терапевтическом участке путем проведения фотохронометражных наблюдений	Карты фотохронометражных наблюдений (5 ВТУ, 5 МСУ)	Фотохронометражный
IV	5. Разработать организационные технологии оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке с использованием бригадной формы организации труда, внедрить и оценить эффективность их работы	Результаты исследований из предыдущих глав; учетная форма № 039/у-02 «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому» (врач и фельдшер пилотных терапевтических участков). – 70 форм (5 врачей, 2 фельдшера) за март-декабрь 2023 г.; учетная форма № 039-1/у-06 «Дневник учета работы медицинской сестры участковой». пилотных терапевтических участков (5 МСУ) – 50 форм за март-декабрь 2023 г; данные отчетов медицинских регистраторов «Дневник учета работы медицинского регистратора» (приложение Д) по форме, разработанной под задачи проекта (таблица Excel, ежемесячная) – 50 форм за март-декабрь 2023 г.; карты фотохронометражных наблюдений (5 ВТУ, 5 МСУ, 2 фельдшера, 5 медицинских регистраторов/оператора); выгрузки из МИС для расчета показателей: коэффициент доступности и коэффициент полноты охвата диспансерным наблюдением, разработанных под задачи исследования	Организационный эксперимент Фотохронометражный Статистический

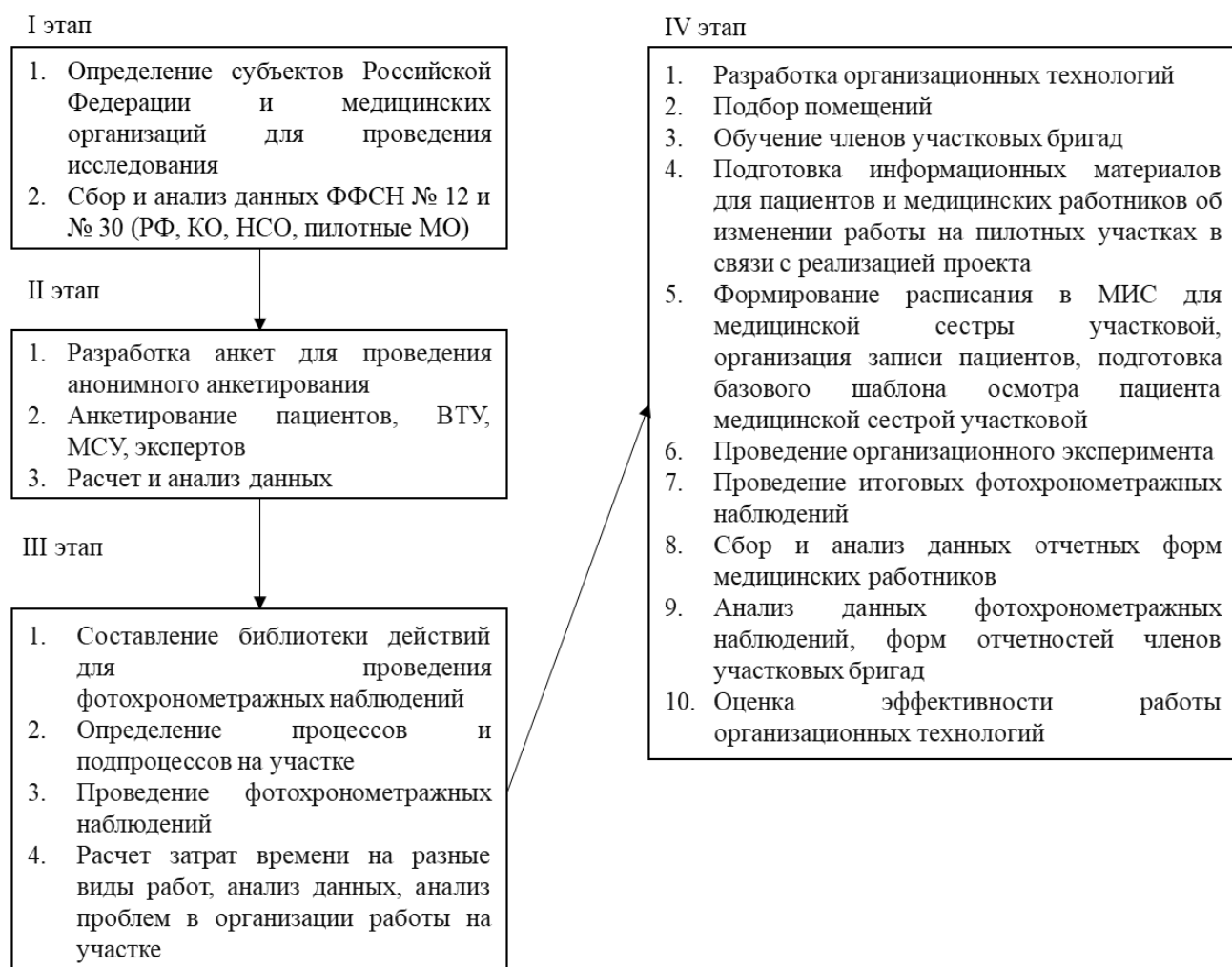


Рисунок 2.1 – Этапы исследования

На основании данных ФФСН № 30 в Российской Федерации, КО и НСО, пилотных медицинских организациях за период 2017–2021 гг. произведен анализ кадровой обеспеченности: физическая численность ВТУ и МСУ в динамике, а также расчет и анализ динамики показателей укомплектованности ТУ физическими лицами; обеспеченности взрослого населения физическими лицами, укомплектованности штатных должностей физическими лицами и занятыми должностями, коэффициенты совместительства и соотношение ВТУ и МСУ.

Динамика основных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, в Российской Федерации, КО и НСО, пилотных медицинских организациях за период 2017–2021 гг. произведена на основании анализа данных ФФСН № 12 (показатели общей и первичной заболеваемости) и ФФСН № 30 (число посещений

ВТУ, в том числе на дому, структура посещений, охват населения профилактическим медицинским осмотром и диспансеризацией, распределение населения по группам здоровья).

Для проведения социологического исследования и экспертной оценки были разработаны анкеты с использованием сервиса Yandex Forms. Анкетирование проводилось анонимно, без использования персональных данных пациентов, ВТУ, МСУ, экспертов. Легитимность исследования подтверждена решением локального этического комитета ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (протокол № 18 от 13.12.2022).

Объем выборки пациентов для оценки организации оказания ПМСП на ТУ, участвующих в пилотном проекте, а также ВТУ и МСУ медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте, определялся по методике К.А. Отдельновой для $p=0,05$ (таблица 2.3). Сопоставимые объемы выборки подтверждаются в том числе по методике В.И. Паниотто (для $p=0,05$ от 222 до 400 чел.) и N. Fox (при величине допускаемой ошибки 10% – 88 чел., при 5% – 350 чел.) [91].

Таблица 2.3 – Определение объема выборки по методике К.А. Отдельновой

Уровень значимости (p)	Уровень точности		
	Ориентировочное знакомство	Исследование средней точности	Исследование повышенной точности
0,05	44	100	400

Всего в анкетировании приняли участие 531 пациент, 152 ВТУ, 105 МСУ.

Анкеты пациентов содержали 19 вопросов – открытые, полузакрытые и закрытые; состояли из паспортной и основной частей (4 вопроса и 15 вопросов соответственно; приложение А). Вопросы паспортной части включали оценку характеристик респондентов и определение социального статуса. Вопросы основной части были направлены на оценку текущего состояния организации оказания ПМСП взрослому населению, необходимости совершенствования оказания ПМСП взрослому населению и изучение предложений, направленных, по мнению респондентов, на повышение доступности и качества медицинской помощи.

Анкеты для медицинских работников содержали открытые, полузакрытые и

закрытые вопросы: для ВТУ – 48 вопросов, для МСУ – 47 вопросов; состояли из паспортной и основной частей (паспортная часть – для врачей – 12 вопросов, для медицинских сестер – 11 вопросов; основная часть – 36 вопросов). Вопросы паспортной части были посвящены оценке характеристик респондентов и определению социального статуса. Вопросы основной части были направлены на изучение вопросов отношения респондентов к работе в участковой службе, на оценку текущего состояния организации оказания ПМСП взрослому населению, на оценку необходимости совершенствования оказания ПМСП взрослому населению и предложений, направленных, по мнению респондентов, на повышение доступности и качества медицинской помощи (приложения Б, В).

Для проведения экспертной оценки об организации оказания ПМСП взрослому населению и возможных направлениях ее совершенствования было проведено сплошное анкетирование главных внештатных специалистов по терапии и/или общей врачебной практики органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и иных специалистов в области организации здравоохранения субъектов Российской Федерации (приложение Г).

В анкетировании приняли участие 74 эксперта из 53 субъектов Российской Федерации [131]. Анкеты экспертов содержали 30 вопросов (закрытые, полузакрытые и открытые) и состояли из паспортной и основной частей (паспортная часть – 5 вопросов; основная часть – 25 вопросов).

Вопросы паспортной части были посвящены оценке характеристик респондентов и социального статуса. Вопросы основной части были направлены на оценку текущего состояния организации оказания ПМСП взрослому населению и оценку предложений о совершенствовании организации оказания ПМСП [131]. Распределение экспертов по полу и возрасту представлено в таблице 2.4.

Основной контингент опрошенных экспертов – это специалисты в возрасте от 36 до 50 лет, имеющие стаж работы по специальности более 21 года, что позволяет считать исследование достоверным [131].

Таблица 2.4 – Характеристика экспертов

Возраст	Пол	Число и доля экспертов, принявших участие в анкетировании:	
		чел.	% (от числа опрошенных)
до 36 лет	женский	0	0
	мужской	1	1,4
36-45 лет	женский	17	22,9
	мужской	7	9,5
46-50 лет	женский	18	24,3
	мужской	3	4,0
51-55 лет	женский	6	8,1
	мужской	2	2,7
56-59 лет	женский	8	10,8
	мужской	2	2,7
60-64 лет	женский	6	8,1
	мужской	2	2,7
65 лет и старше	женский	1	1,4
	мужской	1	1,4
Всего	женский	56	75,6
	мужской	18	24,4

По завершении экспертного опроса (анкетирования) на следующем этапе было проведено определение количественной оценки степени совпадения ответов экспертов и подтверждение согласованности их мнений, с расчетом коэффициента конкордации Кендалла (W). При проведении оценки согласованности мнений обозначено число экспертов ($m = 74$), число выбранных факторов для оценки согласованности мнений экспертов $n=6$. Было проведено ранжирование ответов 74 экспертов на вопросы, составлена сводная матрица рангов; фактор, которому эксперт давал наивысшую оценку, присваивался ранг 1. Для оценки значимости коэффициента конкордации был рассчитан коэффициент Пирсона (χ^2) при заданном уровне значимости $\alpha = 0,05$.

Проведение фотохронометражных наблюдений было направлено на изучение средних арифметических затрат времени (мин и %) на разные виды деятельности в течение рабочего дня (смены) исходя из 39-часовой рабочей недели (постановление Правительства Российской Федерации от 14.02.2003 № 101) и в течение амбулаторного приема одного пациента в каждой пилотной медицинской организации и средние по 5 пилотным медицинским организациям с целью

выявления проблем в организации работы ВТУ и МСУ и разработки организационных технологий на ТУ.

Число ВТУ и МСУ для проведения фотохронометражных исследований определялось по формуле, рекомендуемой Научно-исследовательским институтом труда: $n = N / K \times N + 1$, где

n – объем выборки; N – генеральная совокупность; K – коэффициент ошибки выборки. Допустимая величина относительной ошибки наблюдений равна 10%, т.е. $K = 0,022$. В соответствии с формулой рассчитан объем выборки для проведения фотохронометража: $n = 5 / (0,022 \times 5 + 1) = 4,5$ чел.

Фотохронометражное наблюдение проводилось за работой 5 ВТУ и 5 МСУ с соблюдением следующих правил:

- 1) следование технологии лечебно-диагностического процесса;
- 2) проведение предварительных наблюдений за работой ВТУ и МСУ без замеров времени с целью определения видов деятельности составления библиотеки действий для проведения фотохронометражных наблюдений и формы для заполнения при проведении наблюдений;
- 3) составление библиотеки действий для проведения фотохронометражных наблюдений, определение фиксажных точек начала и окончания действий (трудовых операций) (приложение Е);
- 4) обучение специалистов, участвующих в проведении фотохронометражных наблюдений;
- 5) проведение фотохронометражных наблюдений в течение двух недель (10-12 рабочих дней).

Сроки проведения наблюдения были достаточными для получения репрезентативных данных по затратам времени на все виды деятельности: основную, вспомогательную, работу с медицинской документацией, незагруженное время и личное необходимое время.

Для исследования времени на отдельные виды работ, исследования, процедуры, манипуляции рассчитано число необходимых замеров по формуле:

$n = 2500 \times ((K^2 \times (K_y - 1)^2) / (C^2 \times (K_y + 1)^2))$, где

K – коэффициент, соответствующий заданной доверительной вероятности (при вероятности 95,0% $K = 2$);

K_y – нормативный коэффициент устойчивости хроноряда ($K = 2,5$);

C – необходимая точность наблюдений ($C = 0,95$).

Расчет: $n = 2500 \times ((2^2 \times (2,5 - 1)^2) / (0,95^2 \times (2,5 + 1)^2)) = 2035$.

По результатам расчетов необходимо провести не менее 2035 замеров. По итогам фотохронометражных наблюдений было выполнено более 2400 замеров отдельных трудовых действий и операций по ВТУ и 2100 замеров по МСУ (в рамках более 700 процессов оказания медицинской помощи на ТУ, более 450 амбулаторных приемов ВТУ совместно с МСУ), что указывает на достоверность полученных данных при измерении рабочего процесса ВТУ и МСУ. В рамках итоговых фотохронометражных наблюдений было выполнено более 11000 замеров трудовых действий и операций по ВТУ и более 6000 по МСУ (отдельно, в рамках более 1700 процессов оказания медицинской помощи на ТУ, более 14500 амбулаторных приемов ВТУ и МСУ, выполненных отдельно). Это указывает на высокую достоверность полученных данных при измерении рабочего процесса.

На основании изучения нормативных правовых актов, регламентирующих организацию оказания ПМСП взрослому населению и деятельность ВТУ, МСУ и фельдшера; литературных источников, посвященных проблемам ПМСП и возможным направлениям решения этих проблем, а также на основании изучения кадровой ситуации в пилотных медицинских организациях, основных показателей деятельности медицинских организаций, результатов фотохронометражных наблюдений были определены две организационные технологии для проведения организационного эксперимента.

Оценка медико-социальной эффективности проводилась по данным итоговых фотохронометражных наблюдений за работой персонала, включенного в состав организационных технологий, на основании анализа соответствующих форм и отчетов о выполненных посещениях в медицинской организации и на дому. Дополнительно для оценки медико-социальной эффективности были разработаны следующие показатели:

коэффициент доступности (Т) и коэффициент полноты охвата диспансерным наблюдением (D).

Показатель коэффициент доступности (Т) рассчитывался как отношение доступности записи на прием к ВТУ, работающему в составе организационной технологии, к доступности записи на прием к ВТУ, работающему на стандартном ТУ (ед.). Целевой значение показателя было <1 , расчет производился по формуле: $T = \frac{T_6}{T_c}$, где T_6 – количество дней до первой свободной ячейки записи на прием к ВТУ, работающему в составе участковой бригады; T_c – количество дней до первой свободной ячейки записи на прием к ВТУ, работающему на стандартном ТУ. Источник информации для расчета показателя: данные МИС. Периодичность мониторинга показателя: раз в месяц, с марта по декабрь 2023 г. (10 точек).

Показатель коэффициент полноты охвата диспансерным наблюдением (D) рассчитывался как отношение охвата ДН лиц из числа подлежащих ему, прикрепленных к ТУ, обслуживаемому участковой бригадой, к охвату ДН лиц из числа подлежащих ему, прикрепленных к стандартному ТУ, ед. Целевой значение показателя было >1 , расчет проводился по формуле: $D = \frac{D_{\text{одн(б)}}}{D_{\text{одн(с)}}$, где $D_{\text{одн(б)}}$ – полнота охвата ДН лиц из числа подлежащих ему, прикрепленных к ТУ, обслуживаемому участковой бригадой, за отчетный период; $D_{\text{одн(с)}}$ – полнота охвата ДН лиц из числа подлежащих ему, прикрепленных к стандартному ТУ, за отчетный период. Источник информации для расчета показателя: данные МИС. Периодичность мониторинга показателя: раз в две недели, с апреля по декабрь 2023 г. (20 точек, нарастающим итогом).

Проверка статистических гипотез проводилась по общепринятым в статистике методикам, программным путем. При обработке результатов исследования были рассчитаны простые средние арифметические, среднеквадратические отклонения, произведены расчет коэффициента конкордации Кендалла, коэффициент Пирсона (χ^2), 95% доверительного интервала (ДИ) методом Фишера. Обработка результатов проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel (2019), обработка статистических данных произведена с помощью пакетов прикладных программ IBM SPSS Statistics 25.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ, В ДИНАМИКЕ ЗА 5 ЛЕТ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПИЛОТНЫХ РЕГИОНАХ И ПИЛОТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

3.1. Анализ обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и медицинскими сестрами участковыми в Российской Федерации, Кемеровской и Новосибирской областях

Доступность и качество медицинской помощи определяются в том числе достаточной численностью квалифицированных кадров, поэтому одной из целей государственной политики в сфере охраны здоровья граждан является кадровое обеспечение системы здравоохранения (паспорт национального проекта «Здравоохранение»). Вместе с тем темп роста физической численности медицинских работников не соответствует темпу роста потребности населения в медицинской помощи. Соответственно, государственная политика в сфере охраны здоровья граждан также должна быть направлена и на более рациональное использование кадровых ресурсов системы здравоохранения в конкретных условиях.

Медицинские сестры обладают всеми необходимыми компетенциями для обеспечения доступности ПМСП, поэтому с целью оценки обеспеченности населения медицинскими кадрами, оказывающими ПМСП, наряду с оценкой обеспеченности врачами, также необходимо оценивать обеспеченность медицинскими сестрами.

Показатели, характеризующие кадровое обеспечение ПМСП в стране и пилотных субъектах представлены в таблице 3.1.

В Российской Федерации к 2021 г. численность ВТУ увеличилась до 38 406, темп прироста составил 9,9%, (+ 3 477 человек), а число физических лиц МСУ сократилось до 38 229 (- 2 457 человек), темп снижения составил -6,0%, при этом число ТУ к 2021 г. увеличилось до 47 673 ед. (+1232 ед.) и темп прироста составил 2,7%.

Таблица 3.1 – Показатели кадрового обеспечения ПМСП в Российской Федерации, Кемеровской и Новосибирской обл., 2017-2021 гг.

Показатели	Российская Федерация			Кемеровская область			Новосибирская область		
	2017	2021	Динамика, %	2017	2021	Динамика, %	2017	2021	Динамика, %
Число ТУ, ед.	46441	47673	2,7	984	1001	1,7	1136	1176	3,52
Число физических лиц ВТУ, ед.	34929	38406	9,9	515	471	-8,5	823	865	5,10
Число физических лиц МСУ, ед.	40686	38229	-6,0	858	721	-16,0	971	878	-9,58
Число штатных должностей ВТУ, ед.	45 896,50	48 536,25	5,8	946,5	703,25	-25,7	1136	1217,25	7,15
Число штатных должностей МСУ, ед.	51 514,50	49 631,75	-3,7	1221,5	1129,5	-7,5	1144,25	1186,25	3,67
Число занятых должностей ВТУ, ед.	39 600,75	40 850,00	3,2	902,75	528	-41,5	955,25	873,5	-8,56
Число занятых должностей МСУ, ед.	45 845,75	42 573,50	-7,1	1137	847,75	-25,4	1069,75	942,75	-11,87
Укомплектованность ТУ физ. лицами ВТУ, %	75,2	80,3	6,8	52,3	47,1	-9,9	72,4	73,6	1,66
Укомплектованность ТУ физ. лицами МСУ, %	87,6	80,2	-8,4	87,2	72,0	-17,4	85,4	74,7	-12,53
Соотношение ВТУ: МСУ	1 : 1,16	1 : 0,99	-	1 : 1,67	1 : 1,53	-	1 - 1,17	1 - 1,02	-
Обеспеченность на 10000 взрослого населения ВТУ	2,98	3,32	11,4	2,4	2,3	-4,2	3,7	3,9	5,4
Обеспеченность на 10000 взрослого населения МСУ	3,47	3,3	-4,9	4,0	3,5	-12,5	4,4	4,0	-9,1
Укомплектованность штатных должностей физическими лицами ВТУ, %	76,1	79,1	3,9	54,4	66,9	23,0	72,4	71,1	-1,80
Укомплектованность штатных должностей физическими лицами МСУ, %	78,9	77	-2,4	70,2	63,8	-9,1	84,9	74,0	-12,8
Укомплектованность штатных должностей ВТУ занятыми, %	86,3	84,2	-2,4	95,4	75,1	-21,3	84,1	71,8	-14,63
Укомплектованность штатных должностей МСУ занятыми, %	89,0	85,8	-3,6	93,1	75,1	-19,3	93,5	79,5	-14,97
Коэффициент совместительства ВТУ	1,13	1,06	-6,2	1,75	1,12	-36,0	1,16	1,01	-12,93
Коэффициент совместительства МСУ	1,13	1,11	-1,8	1,32	1,17	-11,4	1,1	1,07	-2,73

Соотношение ВТУ к МСУ в 2021 г. составило 1 : 0,99. В Кемеровской области (КО) к 2021 г. численность физических лиц ВТУ и МСУ сократилась до 471 и 721 соответственно (темп снижения составил -8,5% и -16,0% соответственно), при этом число ТУ увеличилось до 1001 (темп роста 1,7%). Соотношение ВТУ к МСУ к 2021 г. составило 1 : 1,53. В НСО изменение численности физических лиц ВТУ и МСУ имело разнонаправленные тенденции: к 2021 г. численность ВТУ увеличилась и составила 865 чел, темп роста 5,1%, а МСУ сократилась до 878 чел., темп снижения -9,58%; при этом число ТУ увеличилось до 1176 (темп роста 3,52%). Соотношение ВТУ к МСУ в 2021 г. составило 1 : 1,02.

Укомплектованность ТУ физическими лицами ВТУ и МСУ в стране составила 80,3% (темп роста 6,8%) и 80,2% (темп снижения -8,4%) соответственно. В КО оба показателя имели отрицательную динамику и к 2021 г. составили 47,1% и 72,0% соответственно (темпы снижения -9,9% и -17,4% соответственно). В НСО укомплектованность ТУ физическими лицами ВТУ увеличилась и составила 73,6% (темп роста 1,66%), а МСУ – снизилась и составила 74,7% (темп снижения -12,53%). В обоих субъектах показатели к 2021 г. ниже среднероссийских.

Важными показателями для оценки обеспечения ПМСП кадрами является показатель обеспеченности на 10 000 взрослого населения ВТУ и МСУ. В стране эти показатели имели разнонаправленные тенденции: показатель обеспеченности ВТУ увеличился с 2,98 в 2017 г. до 3,32 в 2021 г., темп роста составил 11,4%; а МСУ, напротив, снизился с 3,47 в 2017 г. до 3,3 в 2021 г., темп снижения – -4,9%. В КО оба показателя имели тенденцию снижения: показатель обеспеченности ВТУ снизился с 2,4 в 2017 г. до 2,3 в 2021 г. (ниже среднероссийского), а МСУ с 4,0 в 2017 г. до 3,5 в 2021 г. (выше среднероссийского), темпы снижения составили соответственно -4,2% и -12,5%. В НСО показатель обеспеченности ВТУ в 2017-2021 гг. увеличился с 3,7 до 3,9 (выше среднероссийского), темп роста составил 5,4%, а показатель обеспеченности МСУ снизился с 4,4 до 4,0 в 2021 г. (выше среднероссийского), темп снижения составил -9,1%.

Для детального анализа обеспеченности кадрами была изучена укомплектованность штатных должностей ВТУ и МСУ физическими лицами.

Выявлено, что в стране показатель укомплектованности штатных должностей физическими лицами ВТУ в 2017 г. составлял 76,1% и к 2021 г. увеличился до 79,1%, темп прироста составил 3,9%, темп снижения показателя укомплектованности штатных должностей физическими лицами МСУ за период 2017-2021 гг. составил -2,4% (с 78,9% в 2017 г. до 77,0% в 2021 г.) [133].

В КО показатель укомплектованности штатных должностей ВТУ физическими лицами к 2021 г. увеличился до 66,9% (ниже среднероссийского), темп прироста составил 22,9%; показатель укомплектованности физическими лицами МСУ в 2021 г. составил 63,8% (ниже среднероссийского), темп снижения составил -9,1%.

В НСО показатель укомплектованности штатных должностей физическими лицами ВТУ к 2021 г. составил 71,1% (ниже среднероссийского), темп снижения составил 1,8%. Показатель укомплектованности физическими лицами МСУ штатных должностей к 2021 г. составил 74,0% (ниже среднероссийского), темп снижения составил -12,8%.

Показатель укомплектованности штатных должностей занятыми ВТУ в стране к 2021 г. снизился до 84,2%, темп снижения составил -2,4%, показатель укомплектованности штатных должностей МСУ к 2021 г. снизился до 85,8%, темп снижения -3,6%. При этом коэффициент совместительства ВТУ с 2017 г. по 2021 г. снизился с 1,13 до 1,06 (темп снижения 6,19%), МСУ – с 1,13 до 1,11 (темп снижения 1,77%). В КО показатели укомплектованности ВТУ и МСУ к 2021 г. снизились и составили 75,1% (ниже среднероссийского), темпы снижения составили соответственно -21,3% и -19,3%.

Коэффициенты совместительства ВТУ и МСУ также снизились и составили к 2021 г. 1,12 (темп снижения -3,0%) и 1,17 (темп снижения -11,4%) соответственно. В НСО показатели укомплектованности ВТУ и МСУ к 2021 г. имели тенденции снижения и составили 71,8% и 79,5% соответственно (ниже среднероссийских), темпы снижения сопоставимы: -14,63% и -14,97% соответственно. Коэффициент совместительства ВТУ к 2021 г. составил 1,01, а МСУ 1,07.

3.2. Анализ ситуации по обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и медицинскими сестрами участковыми в пилотных медицинских организациях

Для обоснования выбора организационной технологии в пилотных медицинских организациях была изучена динамика и уровень показателей укомплектованности ТУ физическими лицами ВТУ и МСУ, укомплектованности штатных должностей занятыми и физическими лицами, а также коэффициент совместительства. Показатели, характеризующие кадровую ситуацию в пилотных медицинских организациях, оказывающих ПМСП, до начала организационного эксперимента представлены в таблице 3.2. Из данных, представленных в таблице, следует, что во всех пилотных медицинских организациях в течение пяти лет (2017-2021г.) число ТУ оставалось неизменным. Соответственно, число штатных должностей ВТУ и МСУ оставалось неизменным.

Следует отметить разные подходы к формированию штатного расписания в пилотных медицинских организациях к определению числа штатных должностей МСУ. Так, в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского число штатных должностей МСУ определяется из расчета 1,5 должности на каждую должность ВТУ (Приложение № 2 к Положению об организации оказания ПМСП взрослому населению, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н), в остальных медицинских организациях – из расчета 1 должность на каждую должность ВТУ (Приложение № 2 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия», утвержденному приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 923н). Эта особенность влияет на показатели укомплектованности должностей МСУ.

Число физических лиц ВТУ и МСУ в пилотных поликлиниках изменялось разнонаправлено: в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», ГАУЗ НСО «ГКП № 1» число ВТУ уменьшилось, в ГБУЗ «КККД» и ГБУЗ НСО «ГП № 17» – возросло; число физических лиц МСУ во всех пилотных поликлиниках, кроме ГБУЗ «КККД», уменьшилось.

Таблица 3.2 – Показатели обеспеченности ВТУ и МСУ в пилотных медицинских организациях в 2017 и 2021 гг.

Показатели	ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского		ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	2017	2021	2017	2021	2017	2021	2017	2021	2017	2021
Число ТУ	18	18	17	17	20	20	29	29	18	18
Число физических лиц ВТУ	14	9	8	13	20	18	23	25	18	14
Число физических лиц МСУ	12	11	11	13	8	7	24	23	16	15
Число штатных должностей ВТУ	18,0	18,0	16,75	17,0	20,0	20,0	29,0	29,0	18,0	18,0
Число штатных должностей МСУ	26,5	26,5	19,5	18,5	8,0	20,0	29,0	26,75	18,0	20,0
Число занятых должностей ВТУ	15,25	9,0	12	13,75	20,0	20,0	29,0	27,0	18,0	14,0
Число занятых должностей МСУ	13,0	12,5	15	14,5	8,0	7,0	29,0	25,0	17,5	17,5
Укомплектованность ТУ физ. лицами ВТУ, %	77,8	50,0	47,1	76,5	100,0	90,0	79,3	86,2	100	77,8
Укомплектованность ТУ физ. лицами МСУ, %	66,7	61,1	64,7	76,5	40,0	35,0	82,8	85,9	88,9	83,3
Соотношение ВТУ: МСУ	1:0,9	1:1,2	1:0,7	1:1	1:0,4	1:0,4	1:1	1:0,9	1:0,9	1:1,1
Укомплектованность штатных должностей физическими лицами ВТУ, %	77,8	50,0	47,7	76,4	100,0	90,0	79,3	86,2	100,0	77,8
Укомплектованность штатных должностей физическими лицами МСУ, %	45,3	41,5	56,4	70,3	100,0	35,0	82,8	85,9	88,9	75,0
Укомплектованность штатных должностей ВТУ занятыми, %	84,7	50,0	71,6	80,9	100,0	100,0	100,0	93,1	100,0	77,8
Укомплектованность штатных должностей МСУ занятыми, %	49,0	47,2	76,9	78,4	100,0	35,0	100,0	93,5	97,2	87,5
Коэффициент совместительства ВТУ	1,09	0,6	1,5	1,05	1,00	1,1	1,26	1,1	1,0	1,0
Коэффициент совместительства МСУ	1,08	1,14	1,4	1,12	1,00	1,00	1,2	1,1	1,09	1,16

Анализ показателей укомплектованности ТУ физическими лицами ВТУ и МСУ выявил, что в 2021 году (перед началом организационного эксперимента) во всех поликлиниках были участки, неукомплектованные ВТУ, показатель колебался в пределах от 50,0% (в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского) до 90,0% (в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»). Наиболее сложная ситуация к 2021 г. сложилась с укомплектованностью ТУ физическими лицами МСУ: от 35,0% в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» до 85,9% в ГБУЗ НСО «ГП №17».

Соотношение числа ВТУ к числу МСУ подтверждает недостаточную укомплектованность всех пилотных поликлиник МСУ. В ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» на одного врача в 2021 году приходилось всего 0,4 медицинской сестры, в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского – соотношение ВТУ к МСУ составило 1:1,2, в остальных пилотных поликлиниках – 1:0,9 - 1:1.

Далее были изучены показатели укомплектованности штатных должностей физическими лицами и занятыми должностями ВТУ и МСУ.

Укомплектованность штатных должностей физическими лицами ВТУ в пилотных поликлиниках в 2021 г. составляла от 50,0% в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, 76,4 – 77,8% (ГБУЗ «КККД» и ГАУЗ НСО «ГКП №1»), до 86,2 – 90,0 % (в ГБУЗ НСО «ГП №17» и ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»); число ВТУ уменьшилось в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» и ГАУЗ НСО «ГКП №1», а в ГБУЗ «КККД» и ГБУЗ НСО «ГП №17» – увеличилось. Укомплектованность штатных должностей физическими лицами МСУ была наиболее высокой в ГБУЗ НСО «ГП №17» (85,9%); показатель составил 70,3% в ГБУЗ «КККД» и 75,0% в ГАУЗ НСО «ГКП № 1. В ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» и ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского был наименьший показатель – 35,0 и 41,5% соответственно.

Показатель укомплектованности штатных должностей ВТУ и МСУ занятыми, как правило, выше, чем показатель укомплектованности штатных должностей физическими лицами. В пилотных поликлиниках в 2021 г. показатель укомплектованности штатных должностей ВТУ занятыми составлял от 50,0% в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского до 100,0% в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»; штатных должностей МСУ – от 35,0% в ГБУЗ

НСО «НОКГВВ № 3» до 93,5% в ГБУЗ НСО «ГП №17». Необходимо отметить, что в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского показатель укомплектованности штатных должностей ВТУ занятыми составлял всего 50,0%, что связано с дефицитом физических лиц ВТУ, а также с тем, что на пяти ТУ медицинская помощь оказывается совместителями, которые занимают 0,25 штатной должности.

Коэффициент совместительства ВТУ и МСУ во всех пилотных поликлиниках в 2017 и 2021 гг. не превышал нормативного значения, равного 1,2.

Таким образом, во всех пилотных поликлиниках в течение пяти лет до начала организационного эксперимента отмечался дефицит ВТУ и МСУ, что подтверждается уровнем показателя укомплектованности штатных должностей физическими лицами ВТУ и МСУ, при этом дефицит МСУ более выражен. Исходя из проведенного анализа ситуации можно сделать заключение о целесообразности разработки нескольких организационных технологий оказания медицинской помощи на ТУ.

Резюме. В Российской Федерации, КО и НСО с 2017 по 2021 гг. отмечалась разнонаправленная тенденция обеспеченности ВТУ и МСУ. Таким образом, к 2021 г. число физических лиц ВТУ в стране и НСО увеличилось, а в КО – сократилось; численность МСУ и в стране, и в пилотных субъектах сократилась. Укомплектованность ТУ кадрами также имела разнонаправленные тенденции и к 2021 г. в КО и НСО показатели ниже среднероссийских: показатель укомплектованности ВТУ в КО составил 47,1%, в НСО 73,6% (в Российской Федерации – 80,3%), показатель укомплектованности МСУ в КО составил 72,0%, в НСО – 74,7% (в Российской Федерации – 80,2%). Обеспеченность на 10000 взрослого населения ВТУ в Российской Федерации и НСО увеличилась и составила 3,32 и 3,9 соответственно, а в КО сократилась до 2,3. При этом обеспеченность МСУ и в стране, и в пилотных субъектах имела тенденцию снижения: в Российской Федерации показатель составил 3,3, в КО 3,5, в НСО 4,0.

Показатели укомплектованности штатных должностей физическими лицами ВТУ и МСУ имели разнонаправленные тенденции, но в пилотных субъектах остаются ниже среднероссийских. Так, укомплектованность штатных должностей

физическими лицами ВТУ в Российской Федерации составила 79,1%, в КО 66,9%, в НСО 71,1%, а укомплектованность МСУ – 77,0%, 63,8% и 74,0% соответственно. Укомплектованность штатных должностей занятыми ВТУ и МСУ и в Российской Федерации, и в пилотных субъектах имела отрицательные тенденции, в субъектах показатели ниже среднероссийских: в Российской Федерации 84,2% и 85,8%, в НСО 71,8% и 79,5% соответственно, в КО оба показателя составили 75,1%. Коэффициент совместительства ВТУ и МСУ нигде не превышал 1,2.

В пилотных медицинских организациях численность физических лиц ВТУ и МСУ имела разнонаправленные тенденции, при этом укомплектованность штатных должностей физическими лицами ВТУ в ГБУЗ «КККД» (76,4%), ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» (90,0%), ГБУЗ НСО «ГП № 17» (86,2%), ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (77,8%) выше соответствующих среднерегиональных, а в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского (50,0%) – ниже. Укомплектованность штатных должностей физическими лицами МСУ в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» (35,0%) и ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского (41,5%) – ниже соответствующих среднерегиональных, а в ГБУЗ «КККД» (70,3%), ГБУЗ НСО «ГП № 17» (85,9%), ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (75,0%) – выше, но остается на недостаточном уровне.

Укомплектованность штатных должностей занятыми ВТУ и МСУ в целом на недостаточном уровне: в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского 50,0% и 47,2%, ГБУЗ «КККД» 67,9% и 78,4%, ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» 100,0% и 35,0%, ГБУЗ НСО «ГП № 17» 93,1% и 93,5%, ГАУЗ НСО «ГКП № 1» 77,8% и 87,5% соответственно. Коэффициенты совместительства не превышают 1,2.

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НАСЕЛЕНИЮ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

4.1. Динамика основных количественных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, в Российской Федерации, пилотных субъектах и базовых медицинских организациях

Для подтверждения необходимости разработки и внедрения новых форм организации работы на ТУ был проведен анализ показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению. Анализировались: число посещений в медицинской организации, в том числе профилактических, к ВТУ; число посещений на 1 должность ВТУ, число посещений на дому; число посещений на 1 должность ВТУ на дому; структура посещений; число посещений в смену (из расчета на 1 занятую должность, 227 рабочих дней в году по соответствующему производственному календарю, за исключением отпускных дней), общее число посещений на 1 жителя (в медицинской организации и на дому) в целом по Российской Федерации, в пилотных субъектах (КО и НСО) и пилотных медицинских организациях. Основные количественные показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, а также их динамика в целом по Российской Федерации и в пилотных субъектах представлены в таблице 4.1.

Из таблицы следует, что в целом по Российской Федерации число посещений (в том числе профилактических) ВТУ в медицинской организации за период 2017-2021 гг. увеличилось, темп прироста составил 2,0%. В пилотных субъектах число посещений (в том числе профилактических) ВТУ в медицинской организации имело разнонаправленные тенденции: в КО показатель имел тенденцию снижения (темп снижения составил -19,7%), а в НСО – увеличения (темп прироста 9,7%).

Таблица 4.1 - Основные показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, Российская Федерация, Кемеровская и Новосибирская обл., 2017 и 2021 гг.

Наименование показателя	Российская Федерация			Кемеровская обл.			Новосибирская обл.		
	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %
Число занятых должностей, ед.	39 600,75	40 850	3,2	902,75	528	-41,5	955,25	873,5	-8,6
Число посещений к ВТУ, в том числе с профилактической целью, ед.	175 065 560	178 648 364	2,0	3 303 707	2 654 136	-19,7	4 633 463	5 082 773	9,7
из них по заболеванию, ед.	129 048 457	117 552 384	-8,9	2 274 015	1 640 159	-27,9	3 497 409	3 881 057	11,0
Доля посещений по заболеванию, %	73,7	65,8	-10,7	68,8	61,8	-10,1	75,5	76,4	1,2
Доля посещений с профилактической целью, %	26,3	34,2	30,0	31,2	38,2	22,4	24,5	23,6	-3,7
Число посещений на 1 занятую должность ВТУ, ед.	4420,76	4373,28	- 1,1	3659,60	5026,77	37,4	4850,52	5818,86	20,0
Число посещений на дому всего, ед.	22 279 546	33 840 399	51,9	557 940	331 203	-40,6	526 651	889 507	68,9
из них по заболеванию на дому, ед.	20 846 958	31 220 252	49,7	479 542	282 780	-41,0	514 774	845 259	64,2
Доля посещений по заболеванию на дому , %	93,6	92,3	-1,4	85,9	85,4	-0,6	97,7	95,0	-2,8
Доля посещений с профилактической целью на дому , %	6,4	7,7	20,3	14,1	14,6	3,5	2,3	5,0	117,4
Число посещений на 1 занятую должность ВТУ на дому , ед.	562,60	828,41	47,2	618,04	627,28	1,5	551,32	1018,33	84,7
Число посещений в смену на 1 занятую должность, ед.	19	19	-	16	22	37,5	21	26	23,8
Число посещений на дому в смену на 1 занятую должность, ед.	2	4	100	3	3	0	2	4	100,0
Число посещений на 1 жителя (в МО и на дому), ед.	1,68	1,84	9,52	2,08	1,45	-30,3	2,32	2,72	17,2

Соответственно изменялось и число посещений по заболеванию: за 2017-2021 гг. в целом по стране и в КО оно уменьшилось (на 8,9% и 27,9% соответственно), а в НСО – возросло (на 11,0%). Следует отметить, что темпы изменения числа посещений по заболеванию были выше, чем темпы изменения общего числа посещений. В структуре посещений в среднем по Российской Федерации, в КО и НСО доля посещений по заболеванию среди общего числа посещений в 2021 г. составляла 65,8%, 61,8% и 76,4% соответственно, но по сравнению с 2017 г. в среднем по Российской Федерации и в КО она уменьшилась (на 10,7% и 10,1% соответственно), а в НСО возросла на 1,2%.

Число посещений на дому в 2017-2021 гг. в целом по Российской Федерации и в НСО имело тенденции к увеличению, всего за этот период времени рост составил 51,9% и 68,9% соответственно, в КО, наоборот, число этих посещений снизилось на 40,6%. Такая разнонаправленная динамика может свидетельствовать о разных подходах к организации работы: в одних поликлиниках ВТУ освобожден от посещения пациентов на дому, в других – нет.

Структура посещений на дому также свидетельствует о разных подходах к организации работы на ТУ. Так, в 2021 г. в структуре посещений на дому по стране и в НСО доля посещений по заболеванию составила 92,3% и 95,0% соответственно. В КО показатель составил 85,4%, то есть ВТУ на дому посещают маломобильных пациентов с профилактической целью более активно. Структура посещений в Российской Федерации и пилотных субъектах Российской Федерации в 2017 и 2021 гг. представлена на рисунке 4.1.

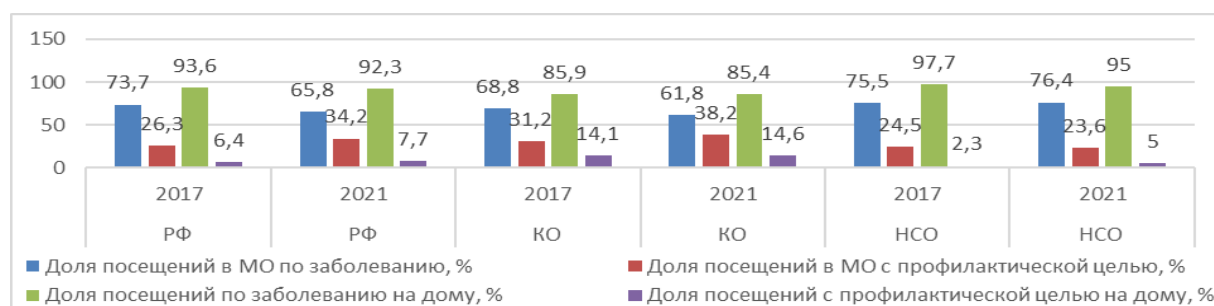


Рисунок 4.1 – Структура посещений в Российской Федерации, Кемеровской и Новосибирской обл. в медицинской организации и на дому с 2017 по 2021 г. (%)

Как следует из представленных на рисунке данных, доля посещений по заболеванию в два и более раза превышает долю посещений, выполненных с профилактической целью.

Число посещений на 1 должность ВТУ является важным показателем для оценки нагрузки на ВТУ. Динамика показателей в Российской Федерации, Кемеровской и Новосибирской областях представлена на рисунке 4.2.

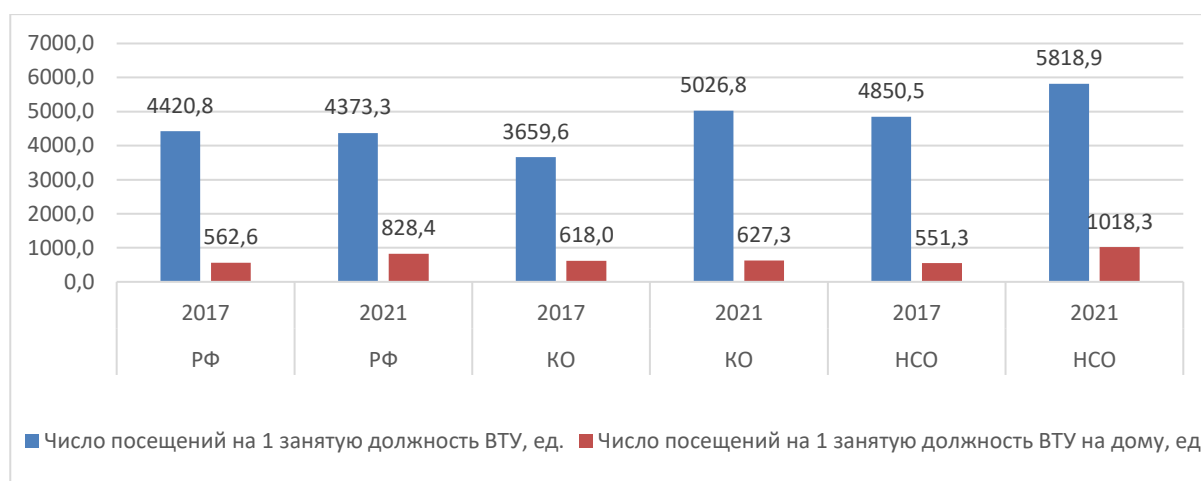


Рисунок 4.2 – Динамика числа посещений на 1 занятую должность ВТУ в медицинской организации и на дому, ед.

Из представленных на рисунке 4.2 данных следует, что к 2021г. показатель составил: в среднем по Российской Федерации 4373,3 посещения, в КО – 5026,8 посещений, в НСО – 5818,9 посещения, т.е. в пилотных субъектах ВТУ работали интенсивнее. Кроме того, с 2017 по 2021 гг., этот показатель в среднем по стране имел тенденцию к снижению (темп снижения составил 1,1%), при этом число занятых должностей ВТУ возрастало (см. гл. 3). В пилотных субъектах, наоборот, на фоне сокращения числа занятых должностей ВТУ число посещений на 1 занятую должность возрастало (в КО – на 37,4%, в НСО – на 20,0%).

Число посещений на 1 занятую должность ВТУ на дому в Российской Федерации с 2017 по 2021 г. существенно возросло (с 562,6 до 828,4 посещений), темп прироста составил 47,2%. В Новосибирской области показатель возрос еще более значительно – 84,4% (с 551,3 до 1018,3 посещения), в Кемеровской области

число посещений на одну занятую должность ВТУ за пять лет практически не изменилось, темп прироста составил всего 1,5%.

Проведена оценка функции врачебной должности – рассчитано число посещений в смену в медицинской организации и на дому. Выявлено, что в целом по стране отмечалось невыполнение функции врачебной должности, число посещений медицинской организации за 2017-2021гг. не изменилось и составляло 19 посещений в смену, число посещений в смену на дому увеличилось с 2 посещений в 2017г. до 4 посещений в 2021г., на что, очевидно, повлияла пандемия COVID-19. В пилотных субъектах – Кемеровской и Новосибирской областях – отмечалось увеличение числа посещений в смену, в 2021 г. показатели составили 22 и 26 соответственно, темпы прироста 37,5% и 23,8% соответственно.

Суммарное число посещений на 1 жителя в целом по стране имело тенденцию роста, в 2021 г. показатель составил 1,84, по сравнению с 2017 годом он возрос на 9,52%. В пилотных субъектах регистрировались разнонаправленные тенденции: в КО в 2021 г. показатель составлял 1,45, за пять лет он снижился на 30,3%, в НСО показатель в 2021 г. составил 2,72, темп прироста равен 17,2%.

В таблицах 4.2 и 4.3 представлены качественные показатели деятельности пилотных медицинских организаций, в том числе их динамика за 2017-2021 гг., в сравнении с соответствующими пилотными субъектами Российской Федерации.

В ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и в ГБУЗ «КККД» отмечалось увеличение числа посещений, в том числе профилактических к ВТУ на 23,5% и 11,1% соответственно (в КО -19,7%), причем в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского число посещений по заболеванию увеличилось (на 14,5%), а в ГБУЗ «КККД» сократилось (-10,7%). В ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», ГБУЗ НСО «ГП № 17», ГАУЗ НСО «ГКП № 1» также отмечалось увеличение числа посещений к ВТУ, в том числе с профилактической целью на 31,6%, 43,8% и 49,3% соответственно (НСО 9,7%), на фоне отсутствия изменения или сокращения числа занятых должностей ВТУ.

Доля посещений по заболеванию и в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, и в ГБУЗ «КККД», и в КО имели тенденцию к снижению (-7,4%, -19,6% и -10,1% соответственно), причем в 2021 г. показатели в субъекте и пилотных медицинских организациях были сопоставимы (67,9%, 61,2% и 61,8% соответственно). В ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» показатель имел тенденцию снижения -13,6%, в ГБУЗ НСО «ГП № 17» показатель практически не изменился, а вот в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» имел тенденцию увеличения 50,4% (НСО 1,2%).

В 2021 г. доля посещений по заболеванию в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, ГБУЗ «КККД» и в КО составляла менее 70,0% (67,9%, 61,2% и 61,8% соответственно), в НСО – 76,4%, а в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», ГБУЗ НСО «ГП № 17», ГАУЗ НСО «ГКП № 1» – 80,8%, 80,4% и 88,0% соответственно, что выше среднего по субъекту.

Число посещений на дому в пилотных субъектах имело разнонаправленные тенденции – снижения в КО и увеличения в НСО.

При этом в пилотных медицинских организациях НСО также присутствовала тенденция увеличения (39,3% в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», 81,0% в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и 20,6% ГАУЗ НСО «ГКП № 1»), а в пилотных медицинских организациях КО были разнонаправленные тенденции: ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского снижение -32,5%, в ГБУЗ «КККД» увеличение 23,3%. К 2021 г. только в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» все посещения на дому выполнялись по заболеванию, в остальных медицинских организациях и пилотных субъектах также выполнялись посещения с профилактической целью (патронаж).

Число посещений на дому на 1 занятую должность ВТУ имело тенденции роста как в пилотных субъектах (КО 1,5%, НСО 84,7%), так и в пилотных медицинских организациях (ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского 14,4%, ГБУЗ «КККД» 7,6%, ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» 39,3%, 94,4% в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и 55,0% ГАУЗ НСО «ГКП № 1»).

Таблица 4.2 – Основные показатели деятельности пилотных медицинских организаций, медицинских организаций Кемеровской обл., 2017 и 2021 гг.

Наименование показателя	ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского			ГБУЗ «КККД»			Кемеровская обл.		
	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %
Число занятых должностей, ед.	15,25	9,0	-41,0	12	13,75	14,6	902,75	528	-41,5
Число посещений к ВТУ, в том числе с профилактической целью, ед.	54 322	67 074	23,5	47 788	53 096	11,1	3 303 707	2 654 136	-19,7
из них по заболеванию, ед.	39 793	45 576	14,5	36 377	32 488	-10,7	2274015	1 640 159	-27,9
Доля посещений по заболеванию, %	73,3	67,9	-7,4	76,1	61,2	-19,6	68,8	61,8	-10,1
Доля посещений с профилактической целью, %	26,7	32,1	20,2	23,9	38,8	62,3	31,2	38,2	22,4
Число посещений на 1 занятую должность ВТУ, ед.	3562,10	7452,67	109,2	3982,33	3861,53	-3,0	3659,60	5026,77	37,4
Число посещений на дому всего, ед.	10 135	6 841	-32,5	6 212	7 662	23,3	557 940	331 203	-40,6
из них по заболеванию на дому , ед.	10 135	6 841	-32,5	6 048	6 636	9,7	479 542	282 780	-41,0
Доля посещений по заболеванию на дому , %	100,0	100,0	0,0	97,4	86,6	-11,1	85,9	85,4	-0,6
Доля посещений с профилактической целью на дому , %	0,0	0,0	-	2,6	13,4	415,4	14,1	14,6	3,5
Число посещений на 1 занятую должность ВТУ на дому , ед.	664,59	760,11	14,4	517,67	557,24	7,6	618,04	627,28	1,5
Число посещений в смену на 1 занятую должность, ед.	16	33	106,3	18	17	-5,6	16	22	37,5
Число посещений на дому в смену на 1 должность, ед.	3	3	0,0	2	2	0,0	3	3	0
Число посещений на 1 жителя (в МО и на дому), ед.	2,05	2,31	12,7	1,43	1,61	12,6	2,08	1,45	-30,3

Таблица 4.3 – Основные показатели деятельности пилотных медицинских организаций, медицинских организаций Новосибирской обл., 2017 и 2021 гг.

Наименование показателя	ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»			ГБУЗ НСО «ГП № 17»			ГБУЗ НСО «ГКП № 1»			Новосибирская область		
	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %
Число занятых должностей, ед.	20	20	0,0	29	27	-6,9	18	14	-22,2	955,25	873,5	-8,6
Число посещений к ВТУ, в т.ч. с проф. целью, ед.	87 014	114 500	31,6	123 580	177 745	43,8	69 463	103 725	49,3	4 633 463	5 082 773	9,7
из них по заболеванию, ед.	81 334	92 550	13,8	99 509	142 920	43,6	40 640	91 317	124,7	3 497 409	3 881 057	11,0
Доля посещений по заб., %	93,5	80,8	-13,6	80,5	80,4	-0,1	58,5	88,0	50,4	75,5	76,4	1,2
Доля посещений с проф. целью, %	6,5	19,2	195,4	19,5	19,6	0,5	41,5	12,0	-71,1	24,5	23,6	-3,7
Число посещений на 1 занятую должность ВТУ, ед.	4350,7	5725,0	31,6	4261,38	6583,2	54,5	3859	7408,9	92,0	4850,5	5818,8	20,0
Число посещений на дому всего, ед.	23 723	33 048	39,3	13 518	24 465	81,0	6 538	7 883	20,6	526 651	889 507	68,9
из них по заболеванию на дому , ед.	23 556	33 048	40,3	13 495	23 895	77,1	6 538	7 472	14,3	514 774	845 259	64,2
Доля посещений по заболеванию на дому , %	99,3	100,0	0,7	99,8	97,7	-2,1	100,0	94,8	-5,2	97,7	95,0	-2,8
Доля посещений с проф. целью на дому , %	0,7	0,0	-100,0	0,2	2,3	1050,0	0,0	5,2	-	2,3	5,0	117,4
Число посещений на 1 занятую должность ВТУ на дому , ед.	1186,15	1652,40	39,3	466,14	906,11	94,4	363,22	563,07	55,0	551,32	1018,33	84,7
Число посещений в смену на 1 занятую должность, ед.	19	25	31,6	19	29	52,6	17	33	94,1	21	26	23,8
Число посещений на дому в смену на 1 занятую должность, ед.	5	7	40,0	2	4	100,0	2	2	0,0	2	4	100,0
Число посещений на 1 жителя (в МО и на дому), ед.	3,19	4,14	29,8	2,62	3,84	46,6	2,20	3,18	44,5	2,32	2,72	17,2

Число посещений в смену на дому на 1 занятую должность ВТУ оставалось без динамики в КО и пилотных медицинских организациях КО. В НСО, ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» и ГБУЗ НСО «ГП № 17» имело тенденцию увеличения, в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» оставалось без динамики.

Число посещений в смену в медицинской организации на 1 занятую должность ВТУ в ГБУЗ «КККД» имело отрицательную тенденцию -5,6% и к 2021 г. оставалось на недостаточном уровне, вместе с тем в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского показатель имел значительный темп прироста (106,3%) и число посещений составило 33. Аналогичные тенденции наблюдаются в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (темп роста 52,6% и 94,1%, показатель 29 и 33 посещений соответственно). Между тем в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» к 2021 г. показатель составил 25 посещений (темп прироста 31,6%).

Число посещений на 1 жителя в медицинской организации и на дому (суммарно) во всех пилотных медицинских организациях имело тенденцию увеличения. Так, к 2021 г. в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ «КККД» показатель был меньше 3 (2,31 и 1,61 соответственно, темп прироста был сопоставим и составил 12,7% и 12,6% соответственно). Вместе с тем в КО показатель к 2021 г. снизился до 1,45 (темп снижения -30,3%). В ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» показатель был более 3 (4,14, 3,84 и 3,18 соответственно; темп прироста составил 29,8%, 46,6% и 44,5% соответственно), между тем в НСО показатель имел не такой значительный темп прироста (17,2%) и к 2021 г. составил 2,72.

Таким образом, в результате проведенного анализа основных количественных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, выявлены разнонаправленные тренды их изменения, которые можно объяснить с одной – стороны разным уровнем обеспеченности терапевтических участков, с другой стороны – применением разных организационных технологий.

4.2. Динамика основных качественных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, в Российской Федерации, пилотных субъектах и пилотных медицинских организациях

Одним из важнейших показателей, которые характеризуют общественное здоровье, является уровень заболеваемости (общей и первичной). От здоровья населения зависит уровень обращаемости за медицинской помощью и потребность населения в тех или иных видах медицинской помощи, в том числе в профилактических мероприятиях. Также с целью раннего и своевременного выявления факторов риска развития заболеваний или состояний, выявления заболеваний на ранних стадиях проводится диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН) и ежегодный профилактический медицинский осмотр (ПМО).

Для оценки основных качественных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению, в Российской Федерации, Кемеровской и Новосибирской областях, пилотных медицинских организациях проводился анализ следующих показателей и их динамика: общая и первичная заболеваемость (на 10 тыс. взрослого населения); число лиц на конец года, состоящих под диспансерным наблюдением; охват ПМО/ДОГВН, распределение населения по группам здоровья. Сводные данные по анализируемым показателям в Российской Федерации, Кемеровской и Новосибирской областях представлены в таблице 4.4.

Показатели первичной заболеваемости (на 10 тыс. взрослого населения) с 2017 г. по 2021 г. в целом по Российской Федерации возросли на 20,1% (с 5452,5 до 6549,9 на 10 тысяч населения). В пилотных субъектах показатели первичной заболеваемости также возросли, но если в КО темп прироста был несущественным и составил всего 3,9% (с 6384,0 до 6634,2), то в НСО показатель первичной

заболеваемости возрос 28,2% (с 4953,0 до 6347,3). Рост показателей первичной заболеваемости в стране и пилотных субъектах произошел на фоне сокращения численности взрослого населения (темп снижения составил 1,2% в Российской Федерации, 3,0% в КО и 1,2% в НСО).

В 2021 г. показатель общей заболеваемости на 10 тыс. взрослого населения в Российской Федерации составил 15582,9 на 10 тыс. населения, с 2017 г. он возрос 6,2%. Более значительно (на 10,6%) показатель общей заболеваемости взрослого населения в НСО увеличился (с 15222,5 до 16829,7), напротив, в КО отмечалось снижение показателя общей заболеваемости взрослого населения с 14547,2 до 13999,3 (на 3,8%).

Таким образом, выделить общую тенденцию в динамике показателей заболеваемости в Российской Федерации и пилотных субъектах не представляется возможным. Так, в КО показатели общей и первичной заболеваемости имели разнонаправленные тенденции: показатель общей заболеваемости снижался и был ниже среднероссийского; показатель первичной заболеваемости возрастал и в 2021 г. был незначительно выше среднероссийского. В НСО показатели общей и первичной заболеваемости имели тенденцию увеличения, темпы прироста превышали среднероссийские, в 2021 г. показатель общей заболеваемости был выше среднероссийского, а показатель первичной заболеваемости – ниже среднероссийского уровня.

Число лиц, состоящих под ДН, за 2017-2021 гг. имело тенденцию увеличения как в целом по стране, так и в пилотных субъектах, темпы прироста составляли по стране 27,0%, в КО - 21,5%, в НСО - 35,9%.

Охват профилактическими мероприятиями, в частности ПМО и ДОГВН, является одним из показателей деятельности на ТУ. Так, в динамике за 2017-2021 гг. в Российской Федерации, в КО и НСО отмечалось снижения охвата ПМО/ДОГВН и к 2021 г. показатель составил 62,0%, 72,8% и 72,6% соответственно (темпы снижения -32,5%, -26,4% и -22,6% соответственно) (рисунок 4.3).

Таблица 4.4 – Основные качественные показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, Российская Федерация, Кемеровская и Новосибирская обл., 2017 и 2021 гг.

Наименование показателя	Российская Федерация			Кемеровская обл.			Новосибирская обл.		
	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %
Среднегодовая численность взрослого населения, чел.	117 182 574	115 741 745	-1,2	2 129 047	2 064 232	-3,0	2 225 663	2 195 929	-1,3
Общая заболеваемость, на 10 тыс. взрослого населения	14675,2	15582,9	6,2	14547,2	13999,3	-3,8	15222,5	16829,7	10,6
Первичная заболеваемость, на 10 тыс. взрослого населения	5452,5	6549,9	20,1	6384,0	6634,2	3,9	4953	6347,3	28,2
Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года, чел.	53 520 475	67 992 151	27,0	929437	1 129 173	21,5	925282	1 257 455	35,9
Подлежало ПМО/ДОГВН, ед.	35 065 969	41 491 096	18,3	458 698	754 870	64,6	712 566	762 552	7,0
Прошло ПМО/ДОГВН, ед.	32 226 344	25 719 722	-20,2	453 738	549 743	21,2	668 379	553 539	-17,2
Охват ПМО/ДОГВН, %	91,9	62,0	-32,5	98,9	72,8	-26,4	93,8	72,6	-22,6
Число лиц с установленной I группой, ед.	9 899 488	6 698 227	-32,3	130 163	141 044	8,4	249 340	169 618	-32,0
Доля лиц с установленной I группой, %	30,7	26,0	-15,3	28,7	25,7	-10,5	37,3	30,6	-18,0
Число лиц с установленной II группой, ед.	6 331 704	4 931 312	-22,1	110 032	160 237	45,6	121 838	103 472	-15,1
Доля лиц с установленной II группой, %	19,6	19,2	-2,0	24,3	29,1	19,8	18,2	18,7	2,7
Число лиц с установленной IIIа группой, ед.	11 344 883	10 073 536	-11,2	182 976	204 952	12,0	241 041	232 025	-3,7
Доля лиц с установленной IIIа группой, %	35,2	39,2	11,4	40,3	37,3	-7,4	36,1	41,9	16,1
Число лиц с установленной IIIб группой, ед.	3 128 575	2 709 396	-13,4	30 567	43 510	42,3	56 160	48 424	-13,8
Доля лиц с установленной IIIб группой, %	9,7	10,5	8,2	6,7	7,9	17,9	8,4	8,7	3,6

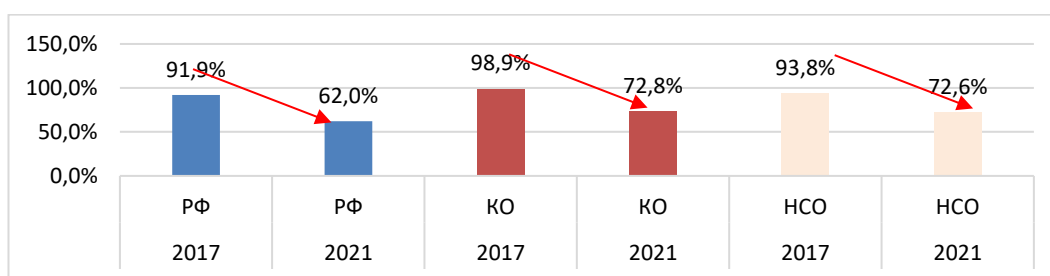


Рисунок 4.3 – Охват ПМО/ДОГВН, Российская Федерация, Кемеровская и Новосибирская обл., %

Как представлено на рисунке, и в целом по стране, и в пилотных субъектах уровень показателя недостаточно высокий.

Ключевым моментом ПМО/ДОГВН является определение группы здоровья, так как она должна являться основанием для планирования тактики дальнейшего медицинского наблюдения конкретного пациента и формирования всей системы профилактических мероприятий на участке. Фактически динамика распределения обследованного населения по группам здоровья характеризует эффективность всей профилактической работы с населением.

При этом из числа прошедших профилактические мероприятия отмечалось снижение числа лиц с установленной I группой здоровья: к 2021 г. в Российской Федерации показатель составил 26,0%, в КО сопоставимый показатель 25,7%, в НСО показатель составил 30,6%, что выше среднероссийского, темп снижения составил соответственно -15,3%, -10,5% и -18,0%. Доля лиц с установленной II группой здоровья к 2021 г. в стране и в НСО имела сопоставимые показатели – 19,2% и 18,7% соответственно, в КО превышала среднероссийские – 29,1%, при этом в динамике показатели имели разнонаправленные тенденции: снижения в целом по стране (-2,0%), и увеличения в КО и НСО (19,8% и 2,7% соответственно).

Доли лиц с установленной IIIa группой здоровья имела тенденцию увеличения в Российской Федерации (11,4%) и НСО (16,1%), и снижения в КО (-7,4%): так, к 2021 г. показатель в Российской Федерации составил 39,2%, в КО 37,3%, в НСО 41,9%. Доли лиц с установленной IIIб группой здоровья имели тенденцию увеличения в Российской Федерации и пилотных субъектах: показатели

составили в Российской Федерации 10,5%, в КО 7,9%, в НСО 8,7%, темпы прироста соответственно 8,2%, 17,9% и 3,6%.

На рисунке 4.4 представлено распределение населения по группам здоровья в 2017 и 2021 гг., при этом из числа прошедших ПМО/ДОГВН в целом по стране не у всех была установлена группа здоровья.

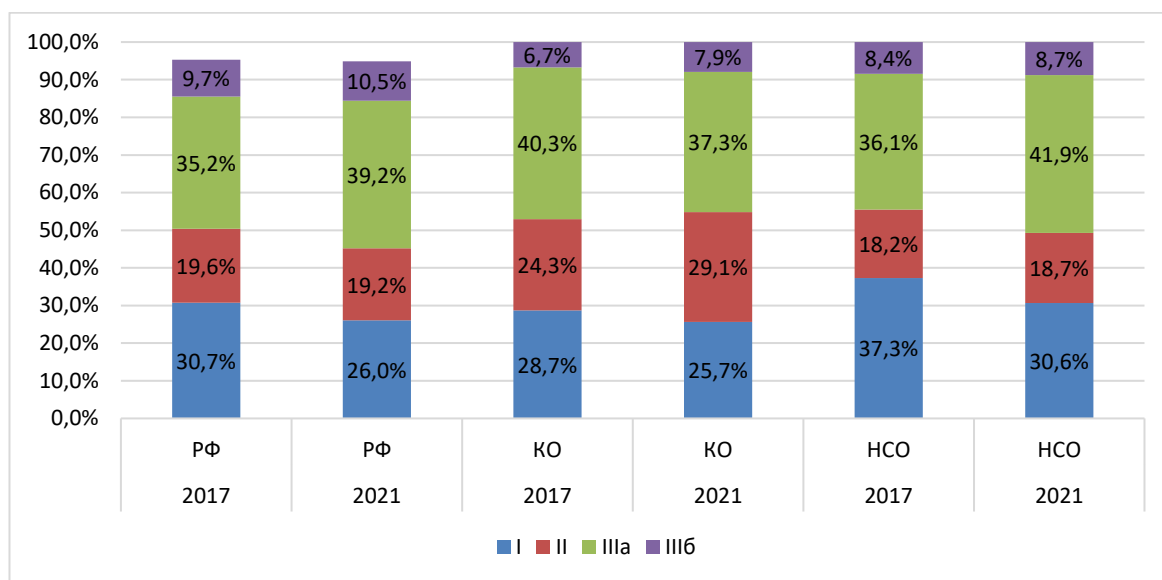


Рисунок 4.4 – Распределение населения по группам здоровья в Российской Федерации, КО и НСО, %

Как видно из представленных на рисунке данных, в стране и пилотных субъектах отмечаются разнонаправленные тенденции изменения доли лиц с различными группами здоровья.

В пилотных поликлиниках так же, как и в Российской Федерации и пилотных субъектах, охват ПМО/ДОГВН имел тенденции снижения в четырех медицинских организациях, в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» охват оставался без динамики и к 2021 г. составил 100,0% (рисунок 4.5).

В ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского охват ПМО/ДОГВН к 2021 г. составил 73,7%, что сопоставимо со среднерегиональным показателем (КО 72,8%), темпы снижения также сопоставимы – -26,3% и -26,4% соответственно. В ГБУЗ «КККД» показатель составил 51,5%, темп снижения значительно превышал среднерегиональный и составил -48,5%. В ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» показатель

составил 69,4%, что ниже среднерегионального (72,6%), темп снижения -30,5% (НСО -22,6%), а вот в ГБУЗ НСО «ГП № 17» охват 95,4% (выше среднерегионального), темп снижения -4,6%.

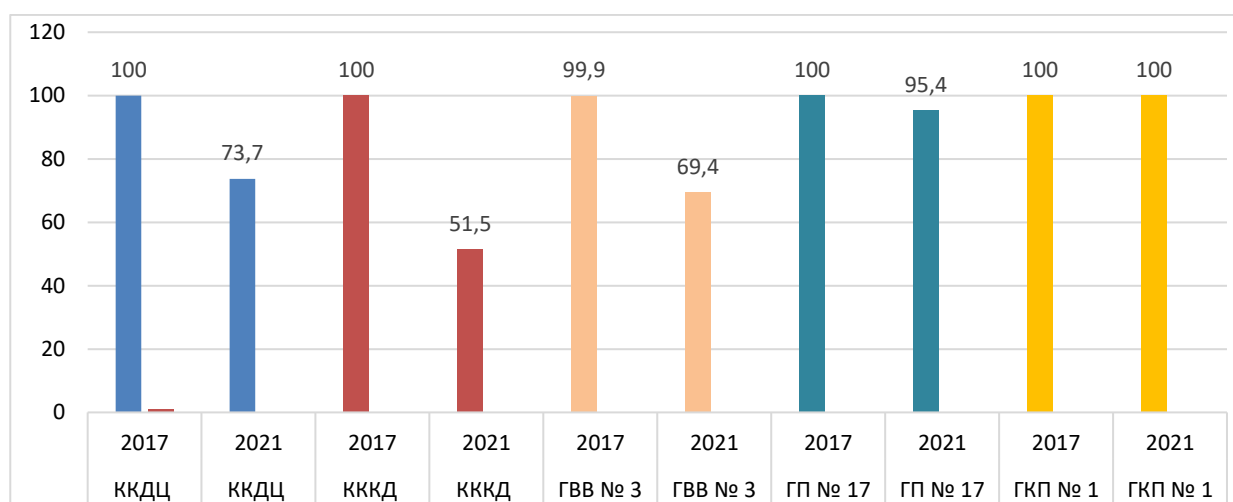


Рисунок 4.5 – Охват ПМО/ДОГВН в пилотных медицинских организациях, %

Таким образом, в трех медицинских организациях наблюдалось значительное снижение охвата ПМО/ДОГВН к 2021 г. Анализируемые показатели в пилотных медицинских организациях и субъектах Российской Федерации представлены в таблицах 4.5 и 4.6.

Доля лиц с установленной I группой здоровья по итогам ПМО/ДОГВН во всех пилотных поликлиниках и пилотных субъектах имела тенденцию снижения разной интенсивности. Так, в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ «КККД» показатели составили 17,2% и 18,2% соответственно, что ниже среднерегионального, в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» показатель составил 29,8%, 24,5% и 26,7% соответственно, что также ниже среднерегионального (НСО 30,6%). В ГБУЗ «КККД» темп снижения был наиболее выраженным -62,0% (КО -10,5%), в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» темп снижения также был значительным и составил -33,6% (НСО -18,0%). В остальных поликлиниках темпы снижения были сопоставимы со среднерегиональными.

Таблица 4.5 – Основные качественные показатели деятельности пилотных медицинских организаций, медицинских организаций Кемеровской обл., 2017 и 2021 гг.

Наименование показателя	ГАОУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского			ГБУЗ «КККД»			Кемеровская обл.		
	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %
Среднегодовая численность взрослого населения, чел.	31 395	32 047	2,1	37 868	37 852	0,0	2 129 047	2 064 232	-3,0
Общая заболеваемость, на 10 тыс. взрослого населения	11469,9	13702,7	19,5	18170	18511,6	1,9	14547,2	13999,3	-3,8
Первичная заболеваемость, на 10 тыс. взрослого населения	3018,3	7304,6	142,0	5463,2	9518,1	74,2	6384,0	6634,2	3,9
Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года, чел.	12796	20639	61,3	17540	24425	39,3	929437	1129173	21,5
Подлежало ПМО/ДОГВН, ед.	8 438	11 610	37,6	4 818	15 045	212,3	458 698	754 870	64,6
Прошло ПМО/ДОГВН, ед.	8 438	8 559	1,4	4 818	7 742	60,7	453 738	549 743	21,2
Охват ПМО/ДОГВН, %	100,0	73,7	-26,3	100,0	51,5	-48,5	98,9	72,8	-26,4
Число лиц с установленной I группой, ед.	1 573	1 472	-6,4	2 310	1 408	-39,0	130 163	141 044	8,4
Доля лиц с установленной I группой, %	18,6	17,2	-7,5	47,9	18,2	-62,0	28,7	25,7	-10,5
Число лиц с установленной II группой, ед.	1 049	1 725	64,4	302	737	144,0	110 032	160 237	45,6
Доля лиц с установленной II группой, %	12,4	20,2	62,9	6,3	9,5	50,8	24,3	29,1	19,8
Число лиц с установленной IIIа группой, ед.	5 214	4 612	-11,5	1 884	5 527	193,4	182 976	204 952	12,0
Доля лиц с установленной IIIа группой, %	61,8	53,9	-12,8	39,1	71,4	82,6	40,3	37,3	-7,4
Число лиц с установленной IIIб группой, ед.	602	750	24,6	322	70	-78,3	30 567	43 510	42,3
Доля лиц с установленной IIIб группой, %	7,1	8,8	23,9	6,7	0,9	-86,6	6,7	7,9	17,9

Таблица 4.6 – Основные качественные показатели деятельности пилотных медицинских организаций, медицинских организаций Кемеровской обл., 2017 и 2021 гг.

Наименование показателя	ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»			ГБУЗ НСО «ГП № 17»			ГБУЗ НСО «ГКП № 1»			Новосибирская область		
	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %	2017	2021	темп сдвига, %
Среднегодовая численность взрослого населения, чел.	34 741	35 619	2,5	52 376	52 610	0,4	34 507	35 147	1,9	2 225 663	2 195 929	-1,3
Общая заболеваемость, на 10 тыс. взрослого населения	16136,8	11674,7	-27,7	13192,3	12554,6	-4,8	20151,2	17538,9	-13,0	15222,5	16829,7	10,6
Первичная заболеваемость, на 10 тыс. взрослого населения	3927,1	5032,9	28,2	2731,9	4218,2	54,4	8138,3	8307,9	2,1	4953	6347,3	28,2
Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года, чел.	14486	13933	-3,8	23204	24630	6,1	13144	20441	55,5	925282	1257455	35,9
Подлежало ПМО/ДОГВН, ед.	9 732	17 774	82,6	12 593	16 624	32,0	6 588	3 189	-51,6	712 566	762 552	7,0
Прошло ПМО/ДОГВН, ед.	9 726	12 343	26,9	12 593	15 857	25,9	6 588	3 189	-51,6	668 379	553 539	-17,2
Охват ПМО/ДОГВН, %	99,9	69,4	-30,5	100,0	95,4	-4,6	100,0	100,0	0,0	93,8	72,6	-22,6
Число лиц с установленной I гр., ед.	4 369	3 678	-15,8	3 588	3 892	8,5	1 989	853	-57,1	249 340	169 618	-32,0
Доля лиц с установленной I гр., %	44,9	29,8	-33,6	28,5	24,5	-14,0	30,2	26,7	-11,6	37,3	30,6	-18,0
Число лиц с установленной II гр., ед.	203	728	258,6	2 871	559	-80,5	1 058	251	-76,3	121 838	103 472	-15,1
Доля лиц с установленной II гр., %	2,1	5,9	181,0	22,8	3,5	-84,6	16,1	7,9	-50,9	18,2	18,7	2,7
Число лиц с установленной IIIa гр., ед.	3 214	6 198	92,8	5 225	9 827	88,1	3 004	1 674	-44,3	241 041	232 025	-3,7
Доля лиц с установленной IIIa гр., %	33,0	50,2	52,1	41,5	62,0	49,4	45,6	52,5	15,1	36,1	41,9	16,1
Число лиц с установленной IIIб гр., ед.	1 940	1 739	-10,4	909	1 579	73,7	537	411	-23,5	56 160	48 424	-13,8
Доля лиц с установленной IIIб гр., %	19,9	14,1	-29,1	7,2	10,0	38,9	8,2	12,9	57,3	8,4	8,7	3,6

Доля лиц с установленной II группой здоровья к 2021 г. увеличилась в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и составила 20,2% (КО 29,1%), темп роста 62,9% (КО 19,8%); в ГБУЗ «КККД» – 9,5%, темп роста 50,8%; в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» – 5,9%, темп роста 181,0%, в ГБУЗ НСО «ГП № 17» – 3,5%, темп снижения -84,6%, в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» 7,9%, темп снижения -50,9% (НСО – показатель 18,7%, темп роста 2,7%).

Доля лиц с установленной IIIа группой здоровья во всех пилотных медицинских организациях была более 50,0%: в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского 53,9% (темп снижения -12,8%), в ГБУЗ «КККД» 71,4% (темп роста 82,6%), в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» 50,2% (темп роста 52,1%), в ГБУЗ НСО «ГП № 17» 62,0% (темп роста 49,4%), в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» 52,5% (темп роста 15,1%), причем в обоих пилотных субъектах – менее 50,0%. Доля лиц с установленной IIIб группой здоровья была наименьшей в ГБУЗ «КККД» – 0,9%, темп снижения -86,6%; в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского – 8,8% (темп роста 23,9%), в ГБУЗ НСО «ГП № 17» 10,0% (темп роста 38,9%), в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» 12,9% (темп роста 57,3%), в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» 14,1% (темп снижения -29,1%). При этом в обоих субъектах показатель ниже 10,0%.

Распределение населения, прикрепленного для обслуживания к пилотным медицинским организациям, по группам здоровья представлено на рисунке 4.6.

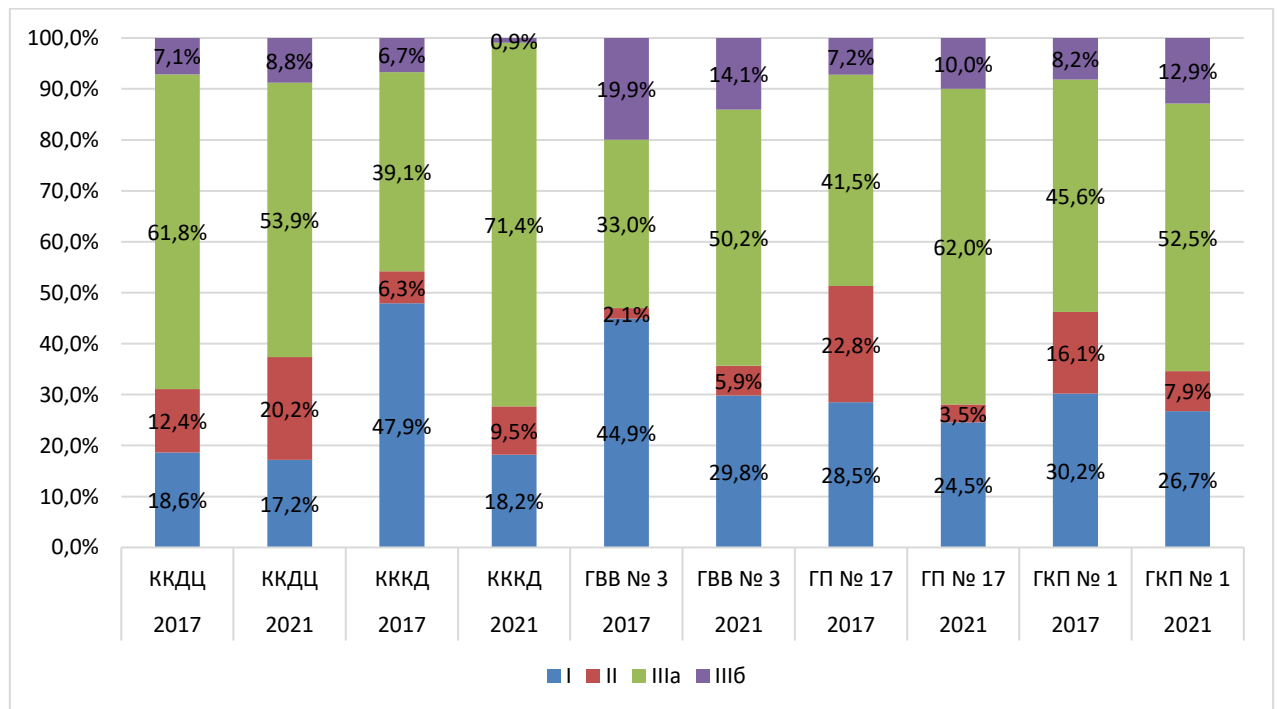


Рисунок 4.6 – Распределение населения пилотных медицинских организаций по группам здоровья, %

В четырех медицинских организациях отмечается рост доли лиц с установленной III группой здоровья (в одной – незначительное снижение), а также снижение доли лиц с установленной I группой здоровья.

Резюме. Анализ показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, показал, что в Российской Федерации, КО и НСО число посещений к ВТУ имело разнонаправленные тенденции. При этом во всех пилотных медицинских организациях отмечалось увеличение посещений ВТУ, темпы прироста составляли от 11,1% до 49,3%. В структуре посещений преобладала доля посещений по заболеванию в Российской Федерации составляла 65,8%, в КО 61,8%, в НСО 76,4%, в пилотных медицинских организациях составляла от 61,2% в ГБУЗ «КККД» до 88,0% в ГАУЗ НСО «ГКП № 1».

Число посещений на 1 занятую должность в Российской Федерации, пилотных субъектах и медицинских организациях имели разнонаправленные тенденции, в Российской Федерации к 2021 г. показатель составил 4373,28, в КО 5026,77 и в НСО 5818,86, что выше среднероссийского. В медицинских организациях показатель колебался от 3861,53 в ГБУЗ «КККД» до 7452,67 в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского.

Число посещений в смену на 1 занятую должность оставалось без динамики в Российской Федерации и к 2021 г. составило 19, что показывает снижение функции врачебной должности. В КО показатель увеличился до 22, в НСО – до 26; в пилотных медицинских организациях показатель составлял от 17 в ГБУЗ «КККД» до 33 в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГАУЗ НСО «ГКП № 1», что показывает отсутствие равномерной нагрузки на ВТУ, о риске невыполнения функции врачебной должности в ряде медицинских организаций и подтверждает необходимость изменения подходов к организации работы ВТУ.

В Российской Федерации, пилотных субъектах и медицинских организациях отмечался рост первичной заболеваемости на 10 тыс. взрослого населения (Российская Федерация 6549,9, КО и НСО – сопоставимые показатели, 6634,2 и 6347,3

соответственно; в пилотных медицинских организациях от 4218,2 в ГБУЗ НСО «ГП № 17» до 9518,1 в ГБУЗ «КККД»), а также увеличение числа лиц, состоящих под ДН (за исключением ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», где отмечалось снижения числа лиц, состоящих под ДН).

Охват населения ПМО/ДОГВН к 2021 г. в Российской Федерации, КО, НСО и четырех пилотных медицинских организациях имел тенденцию снижения и в целом оставался на недостаточном уровне; по стране показатель составил 62,0%, в КО 72,8% и НСО 72,6% - сопоставимы, а в пилотных медицинских организациях колебался от 51,5% до 100,0%.

Изучение распределения населения по группам здоровья в динамике с 2017 по 2021 г. показало рост доли населения с установленной IIIа группой здоровья в целом по стране, в НСО и четырех пилотных медицинских организациях, при этом в медицинских организациях показатель составлял от 50,2% до 71,4%.

Все это свидетельствует об ухудшении показателей здоровья населения и о возможном увеличении обращаемости населения за медицинской помощью, что в свою очередь диктует необходимость пересмотра подходов к работе с населением – увеличению доли профилактических мероприятий в структуре ПМСП (в том числе санитарно-гигиеническому просвещению населения, организации патронажа маломобильных и немобильных категорий граждан, проведению школ здоровья для пациентов с хроническими заболеваниями, проведению профилактического консультирования – индивидуального или группового – с целью коррекции факторов риска), а также более активному привлечению к работе с населением среднего медицинского персонала и высвобождению времени врачей для работы с пациентами, которым необходима именно врачебная помощь.

ГЛАВА 5. ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ, МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР УЧАСТКОВЫХ И ЭКСПЕРТОВ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

5.1. Изучение мнения пациентов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи

С целью изучения мнения пациентов об организации оказания ПМСП взрослому населению и необходимости внедрения новых организационных решений было проведено анонимное анкетирование. Из двух субъектов Российской Федерации в анкетировании приняли участие 531 пациент пилотных ТУ, половозрастной состав анкетизируемых пациентов представлен в таблице 5.1. Большая часть опрошенных в возрасте до 45 лет – 31,1% (165 пациентов), более половины опрошенных – женщины – 61,4% (326 чел.) [131].

Таблица 5.1 – Распределение респондентов по полу и возрасту (чел., %)

№ п/п	Возраст	Пол	Число пациентов, принявших участие в анкетировании (чел.)		Доля из общего числа опрошенных (%)	
1.	до 45 лет	женский	165	95	31,1	17,9
		мужской		70		13,2
2.	46 – 55 лет	женский	93	53	17,5	10,0
		мужской		40		7,5
3.	56 - 65 лет	женский	121	79	22,8	14,9
		мужской		42		7,9
4.	65 и старше	женский	152	99	28,6	18,6
		мужской		53		10,0
5.	Всего	женский	531	326	100	61,4
		мужской		205		38,6

Из числа опрошенных пациентов доля работающих всего составила 46,7% (248 чел., из них работающих – 210 чел., работающих пенсионеров – 38 чел.), доля неработающих всего составила 53,3% (283 чел., из них неработающих пенсионеров 202 чел., неработающих 34 чел., временно неработающих 23 чел., учащихся 24 чел.). Социальный состав респондентов представлен на рисунке 5.1.

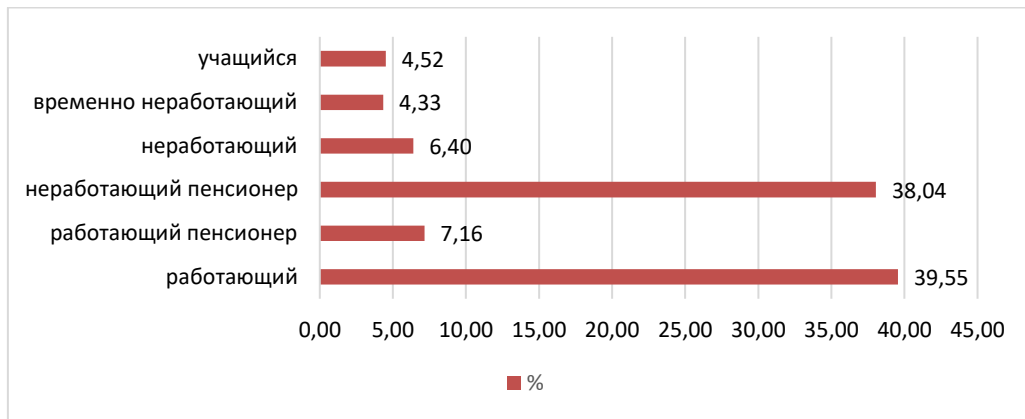


Рисунок 5.1 – Социальный состав респондентов (%)

Установленную инвалидность имели 13,0% (69 чел., 95% ДИ 10,3-16,2) опрошенных, без инвалидности были 87,0% (462 чел., 95% ДИ 83,8-89,7).

К ВТУ 26,7% (142 чел., 95% ДИ 23,0-30,7) обращались раз в полгода, 25,2% (134 чел., 95% ДИ 21,6-29,2) – раз в квартал; раз в год обращались 16,8% (89 чел., 95% ДИ 13,7-20,2); реже, чем раз в год – 16,0% (85 чел., 95% ДИ 13,0-19,4); 15,3% (81 чел., 95% ДИ 12,3-18,6) обращались раз в месяц.

Две трети пациентов из числа опрошенных – 65,5% (348 чел., 95% ДИ 61,3-69,6) – обращались к постоянному ВТУ, а треть – 34,5% (183 чел., 95% ДИ 30,4-38,7) – записывались к любому врачу, к которому была доступна запись на ближайшее и/или удобное время.

При этом большинство пациентов считали график работы ВТУ удобным или скорее удобным – 56,9% (302 чел., 95% ДИ 52,5-61,1) и 23,5% (125 чел., 95% ДИ 20,0-27,4) соответственно, 12,4% (66 чел., 95% ДИ 9,7-15,5) – затруднялись с ответом; считали график работы врача скорее неудобным и неудобным 4,0% (21 чел., 95% ДИ 2,5-6,0) и 3,2% (17 чел., 95% ДИ 1,9-5,1) соответственно (рисунок 5.2).

Из числа опрошенных записались на прием к врачу посредством звонка в регистратуру (или кол-центр) медицинской организации 41,1% (218 чел., 95% ДИ 36,8-45,4), при непосредственном обращении в регистратуру медицинской организации 25,6% (136 чел., 95% ДИ 21,9-29,5), еще 16,0% (85 чел., 95% ДИ 13,0-19,4) воспользовались единым порталом государственных и муниципальных услуг, 7,5% (40 чел., 95% ДИ 5,4-10,1) были записаны лечащим врачом на приеме; только 2,3% (12 чел.,

95% ДИ 1,2-3,9) воспользовались инфоматом при посещении медицинской организации; 7,5% (40 чел., 95% ДИ 5,4-10,1) обратились к врачу без записи.

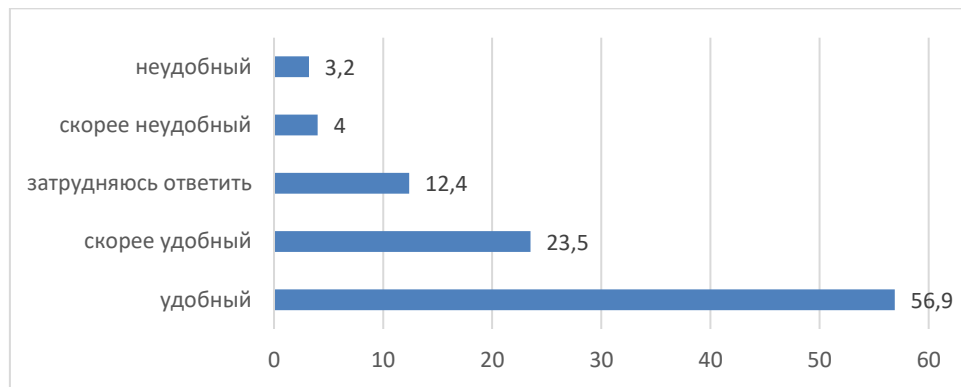


Рисунок 5.2 – Мнение респондентов о графике работы ВТУ (%)

Доступность записи на прием к врачу (% от числа опрошенных пациентов, обратившихся по записи – от 491 чел.) более одного дня была отмечена в 66,0% случаев (324 чел., 95% ДИ 61,6-70,2); один день – в 20,4% случаев (100 чел., 95% ДИ 16,9-24,2); в этот же день смогли записаться 13,6% (67 чел., 95% ДИ 10,7-17,0) (рисунок 5.3).

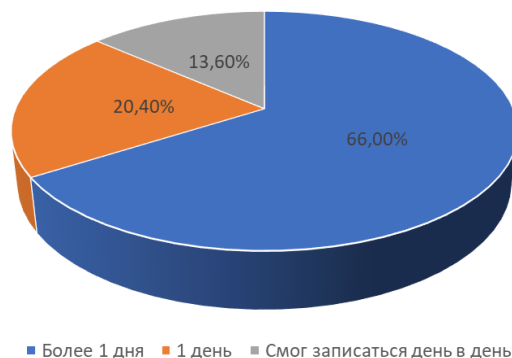


Рисунок 5.3 – Доступность записи на прием к врачу (% от числа опрошенных пациентов, обратившихся по записи)

В целом удовлетворены лечебно-диагностическим процессом 54,8% (291 чел., 95% ДИ 50,5-59,1); скорее удовлетворены – 26,6% (141 чел., 95% ДИ 22,8-30,5), затруднялись с ответом – 6,4% (34 чел., 95% ДИ 4,5-8,8), скорее не были удовлетворены – 6,6% (35 чел., 95% ДИ 4,6-9,0), не были удовлетворены – 5,6% (30 чел., 95% ДИ 3,8-8,0). Рейтинг ответов пациентов в разрезе недостатков лечебно-диагностического процесса представлен в таблице 5.2 (может быть несколько вариантов ответа у одного респондента).

Таблица 5.2 – Недостатки лечебно-диагностического процесса по мнению пациентов (ед., %)

Перечень недостатков	Число пациентов, ед.	Доля пациентов от общего числа опрошенных пациентов, %	95% ДИ, %
Ближайшая доступность записи более одного дня	114	21,5	18,0-25,2
Живая очередь перед кабинетом врача	70	13,2	10,4-16,4
Невозможность дозвониться в регистратуру/кол-центр	66	12,4	9,7-15,5
Прием пациента не в соответствии со временем записи	58	10,9	8,4-13,9
Недостаточно времени отведено на прием врачом-терапевтом участковым (недостаточно времени остается на общение с врачом)	46	8,7	6,4-11,4
Очередь в регистратуру	39	7,3	5,3-9,9
Неудобный способ записи	33	6,2	4,3-8,6
Каждый раз записывают к другому врачу	29	5,5	3,7-7,7
Неудобный график работы врача	13	2,4	1,3-4,2
Неудобен электронный больничный	4	0,8	0,2-1,9
Врач-терапевт участковый не выходит на вызов на дом (взамен обслуживает служба неотложной медицинской помощи)	2	0,4	0-1,4

Мнение пациентов о том, достаточно ли времени отведено на прием, следующее: 53,1% (282 чел., 95% ДИ 48,8-57,4) считали, что достаточно; считали, что скорее достаточно, – 22,8% (121 чел., 95% ДИ 19,3-26,6), из них 27 пациентов были не удовлетворены его качеством. Считали скорее недостаточной продолжительность амбулаторного приема 10,4% (55 чел., 95% ДИ 7,9-13,3); считали недостаточной – 7,7% (41 чел., 95% ДИ 5,6-10,3); затруднялись с ответом – 6,0% (32 чел., 95% ДИ 4,2-8,4).

418 пациентов (78,7%) отметили, что качество амбулаторного приема их устроило полностью. Не были удовлетворены амбулаторным приемом 113 чел., из них считали, что недостаточно времени уделено осмотру, – 49,6% (56 чел., 95% ДИ 40,0-59,1); недостаточно времени уделено беседе и проведению опроса по мнению 43,4% (49 чел., 95% ДИ 34,1-53,0); не разъясняют правила подготовки к лабораторным и инструментальным обследованиям – отметили 10,6% (12 чел., 95% ДИ 5,6-17,8); не разъясняют правила приема лекарственных препаратов (бывает сложно понять

медицинские термины и то, для чего нужен каждый лекарственный препарат) – 8,0% (9 чел., 95% ДИ 3,7-14,6); не разъясняют план лечения – 5,3% (6 чел., 95% ДИ 2,0-11,2) (рисунок 5.4).



Рисунок 5.4 – Оценка пациентами качества амбулаторного приема (%)

Дополнительно пациенты отметили следующие недостатки в организации и проведении амбулаторного приема в медицинской организации: врачи недостаточно компетентны в некоторых вопросах; врачи много времени проводят за компьютером, на пациента (на осмотр и консультацию) времени не остается; врач сжато и быстро проводит беседу, сбор жалоб и проговаривание плана лечения, в связи с чем в том числе тяжело быстро усвоить информацию, которую врач пытается предоставить за короткий промежуток времени, неполные разъяснения; не измерили артериальное давление, не объяснили подготовку к анализам; поверхностный осмотр, отсутствие комплексности в рассмотрении коморбидности пациента, не успевают рассказать все свои жалобы; отвлекаются на других пациентов и прочий медицинский персонал; ввиду того, что недостаточно времени выделено на амбулаторный прием, иногда пациентов приходится смотреть дольше по времени, в связи с чем перед кабинетом врача формируется очередь или в кабинет врача уже заходит другой пациент.

Также пациенты отмечали, что не записывают к врачам-специалистам без прохождения диспансеризации.

Ряд пациентов отметил, что их все не устраивает, а ряд пациентов отметил, что сложно оценить качество проведения амбулаторного приема, так как их каждый раз

записывают к разному врачу – нет врача по участку.

МСУ играет важную роль в лечебно-диагностическом процессе, поэтому анкетирование включало также вопросы об оценке работы МСУ во время амбулаторного приема [70, 131]. Рейтинг ответов пациентов о том, в чем заключалась работа МСУ во время приема, следующий: 45,4% (241 чел., 95% ДИ 41,3-49,9) отметили, что она занималась оформлением, распечаткой и выдачей медицинской документации на руки; 31,8% (169 чел., 95% ДИ 27,9-36,0) – записывала на исследования (лабораторные, инструментальные) в МИС. Выполнение какой-то иной работы с медицинской документацией и/или работы в МИС отметили 26,2% (139 чел., 95% ДИ 22,5-30,1); разъяснение МСУ правил подготовки к исследованиям (лабораторным, инструментальным) – 22,2% (118 чел., 95% ДИ 18,8-26,0); осуществление записи на прием к врачам-специалистам в МИС – 17,3% (92 чел., 95% ДИ 14,2-20,8); измерение АД, проведение иных исследований – 13,4% (71 чел., 95% ДИ 10,6-16,6). При этом 10,2% (54 чел., 95% ДИ 7,7-13,1) не обратили внимания, в чем заключалась работа МСУ на приеме. В 9,8% случаев (52 чел., 95% ДИ 7,4-12,6) МСУ на приеме не было; 6,8% (36 чел., 95% ДИ 4,8-9,3) отметили, что МСУ выдала памятку, а 4,9% (26 чел., 95% ДИ 3,2-7,1) отметили, что работа МСУ не была связана с приемом (рисунок 5.5).

Преимущественная работа МСУ с медицинской документацией и в МИС свидетельствует, что ее профессиональный потенциал реализован не в полной мере, однако по мнению пациентов, к МСУ можно обратиться за оказанием непосредственно медицинской помощи.

При этом к МСУ в отсутствие врача для решения каких-либо вопросов (профилактическое консультирование, получение направлений на исследования для оформления справки, измерение давления и т.д.) обратились бы 32,0% опрошенных (170 чел., 95% ДИ 28,1-36,2), скорее обратились бы – 27,0% (143 чел., 95% ДИ 23,2-30,9), затруднились с ответом на данный вопрос – 12,2% (65 чел., 95% ДИ 9,6-15,3), скорее не обратились бы – 14,1% (75 чел., 95% ДИ 11,3-17,4), не обратились бы – 14,7% (78 чел., 95% ДИ 11,8-18,0) (рисунок 5.6) [70, 131].

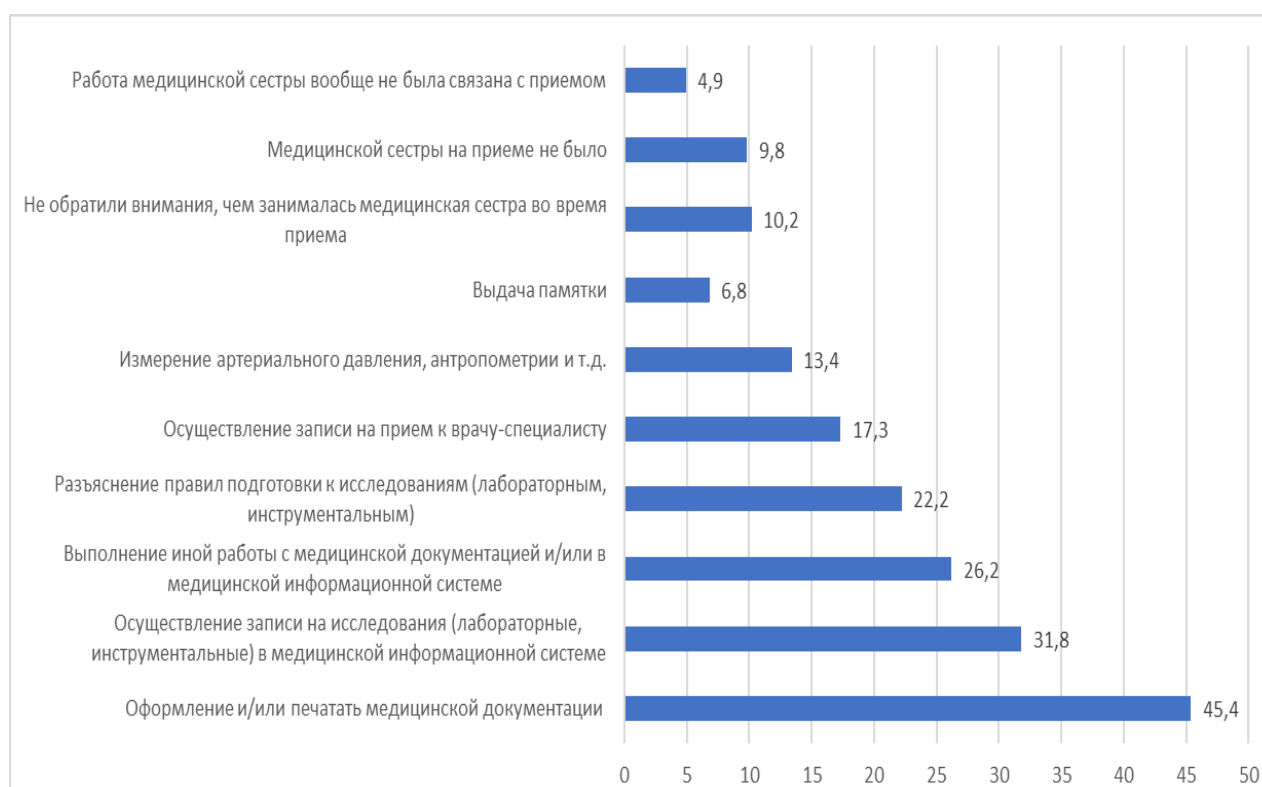


Рисунок 5.5 – Мнение пациентов о функциях МСУ на приеме, %

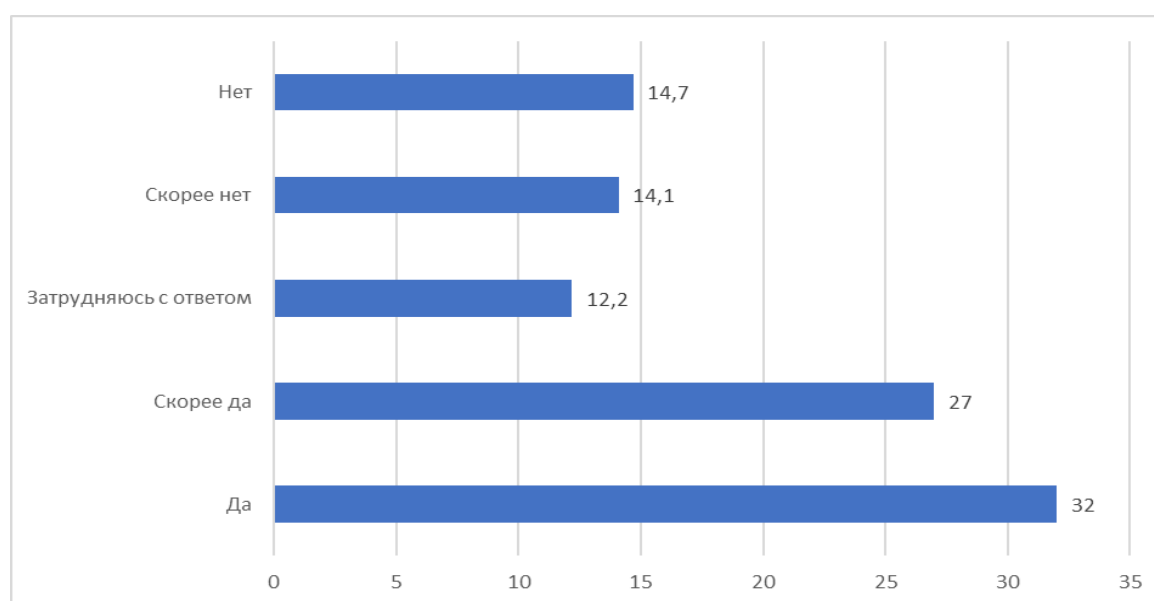


Рисунок 5.6 – Распределение мнения пациентов о том, можно ли к МСУ обратиться за медицинской помощью, %

В целом пациенты оценивают и воспринимают МСУ как компетентного специалиста, к которому можно обратиться для решения следующих вопросов: оказание помощи при срочном первичном обращении по заболеванию (например, ОРВИ) или в

каких-то экстренных случаях; измерение веса, роста, артериального давления (АД); постановка инъекции или проведение вакцинации; краткое профилактическое консультирование, консультация по результатам анализов; получение результатов анализов, направлений на анализы или к врачам-специалистам, консультация по правилам подготовки к исследованиям; оформление санаторно-курортной карты. Также пациенты отметили, что к МСУ можно обратиться с целью получения разъяснений записи в осмотре врачом, разъяснить назначения врача, проконсультироваться по лечению. Ряд пациентов отметил, что МСУ очень компетентна, давно работает на участке и к ней можно обратиться по любому вопросу [131].

5.2. Изучение мнения врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер участковых об организации оказания первичной медико-санитарной помощи

Для более объективной оценки наряду с мнением пациентов об организации оказания медицинской помощи также важно знать мнение самих медицинских работников.

В анкетировании приняли участие 152 ВТУ и 105 МСУ пилотных медицинских организаций КО и НСО. Из 152 ВТУ 67,1% (102 чел.) были в возрасте до 36 лет. Из 152 опрошенных ВТУ 91 специалист (89,0%) имел уровень образования специалитет по специальности «Лечебное дело» с последующей первичной аккредитацией. Отмена интернатуры и возможность осуществления профессиональной деятельности в должности ВТУ после окончания специалитета по специальности «Лечебное дело» с последующей аккредитацией способствуют быстрому притоку кадров в систему здравоохранения, что также подтвердили результаты проведенного анкетирования и распределение респондентов по возрасту [131].

Возраст МСУ также преимущественно до 36 лет – 31,4% (33 чел.), в возрасте 36-45 лет – 22,9% (24 чел.), в возрасте 46-50 лет – 20,9% (22 чел.) [131].

Из числа опрошенных ВТУ вторую квалификационную категорию имели 2 (1,3% опрошенных), первую – 12 (7,9%), высшую – 16 врачей (10,5%); возраст указанных

специалистов от 36 лет и старше. Большинство врачей, участвующих в оказании ПМСП по участковому принципу, не имели ни квалификационной категории, ни ученой степени, что косвенно свидетельствует о низком престиже профессии, отсутствии желания у специалистов первичного звена совершенствовать свои знания, заниматься научной деятельностью [131]. Более половины врачей, принявших участие в анкетировании, имели стаж работы как по специальности, так и в должности ВТУ и в конкретной медицинской организации менее 6 лет (таблица 5.3).

Из числа опрошенных МСУ вторую квалификационную категорию имели 3 (2,9%), первую – 10 (9,5%), высшую – 41 (39,0%), что косвенно свидетельствует о желании профессионального роста и развития данной категории медицинских работников [131].

Таблица 5.3 – Распределение ВТУ в зависимости от стажа работы по специальности, в должности ВТУ и в медицинской организации, участвующей в анкетировании (чел., %)

Стаж работы:	по специальности (из числа опрошенных)		врачом-терапевтом участковым (из числа опрошенных)		в МО, участвующей в анкетировании (из числа опрошенных)	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%
менее 1 года	48	31,6	48	31,6	57	37,5
1-5 лет	52	34,2	55	36,2	57	37,5
6-10 лет	3	2,0	8	5,3	5	3,3
11-15 лет	6	3,9	5	3,3	4	2,6
16-20 лет	8	5,3	9	5,9	5	3,3
21-25 лет	5	3,3	6	3,9	7	4,6
более 25 лет	30	19,7	21	13,8	17	11,2

Распределение МСУ в зависимости от стажа работы представлено в таблице 5.4.

Таблица 5.4 – Распределение МСУ по стажу работы по специальности, в должности МСУ и в медицинской организации, участвующей в анкетировании (чел., %)

Стаж работы	по специальности (% от общего числа опрошенных)		медицинской сестрой участковой (% от общего числа опрошенных)		в МО, участвующей в анкетировании (% от общего числа опрошенных)	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%
менее 1 года	5	4,8	10	9,5	12	11,4
1-5 лет	26	24,8	27	25,7	32	30,5
6-10 лет	8	7,6	13	12,4	16	15,2
11-15 лет	15	14,3	17	16,2	12	11,4
16-20 лет	22	21,0	22	21,0	18	17,2
21-25 лет	10	9,5	6	5,7	5	4,8
более 25 лет	19	18,0	10	9,5	10	9,5

Как следует из представленных данных, основная доля опрошенных МСУ имела стаж работы 1-5 лет как по специальности – 24,8% (26 чел.), так и в соответствующей должности – 25,7% (27 чел.), а также в медицинской организации – 30,5% (32 чел.). Среди ВТУ и МСУ в анкетировании в основном приняли участие молодые специалисты.

Из общего числа опрошенных ВТУ из мер социальной поддержки получали: выплаты «подъемных» при трудоустройстве – 11 чел. (7,2%, 95% ДИ 3,7-12,6); компенсацию за аренду (найм) жилых помещений – 10 чел. (6,6%, 95% ДИ 3,2-11,8); предоставление жилых помещений из числа нуждающихся в улучшении жилищных условий по договору социального найма – 1 чел. (0,7%, 95% ДИ 0-3,6); денежные выплаты наставникам молодых специалистов в первый год их работы в медицинских организациях – 3 чел. (2,0%, 95% ДИ 0,4-5,7); предоставление мест детям в первоочередном порядке в дошкольных общеобразовательных организациях – 2 чел. (1,3%, 95% ДИ 0,2-4,7); приватизация служебного жилья (передача в собственность после 10 лет работы) – 1 чел. (0,7%, 95% ДИ 0-3,6); компенсацию оплаты жилищно-коммунальных услуг – 1 чел. (0,7%, 95% ДИ 0-3,6); компенсационные выплаты по возмещению затрат за проезд на общественном транспорте к месту работы и обратно – 1 чел. (0,7%, 95% ДИ 0-3,6).

Из общего числа опрошенных МСУ получали следующие меры социальной поддержки: компенсацию за аренду (найм) жилых помещений – 5 чел. (4,8%, 95% ДИ 1,6-10,8); выплаты «подъемных» при трудоустройстве – 3 чел. (2,9%, 95% ДИ 0,6-8,1); компенсацию оплаты жилищно-коммунальных услуг – 2 чел. (1,9%, 95% ДИ 0,2-6,7); предоставление жилых помещений из числа нуждающихся в улучшении жилищных условий по договору социального найма – 1 чел. (1,0%, 95% ДИ 0-5,2); денежные выплаты наставникам молодых специалистов в первый год их работы в медицинских организациях – 1 чел. (1,0%, 95% ДИ 0-5,2); предоставление мест детям в первоочередном порядке в дошкольных общеобразовательных организациях – 1 чел. (1,0%, 95% ДИ 0-5,2).

Низкий уровень реализации мер социальной поддержки, отсутствие информации у персонала о предоставляемых мерах социальной поддержки или непредоставление мер

социальной поддержки косвенно свидетельствуют, что реализуемые мероприятия не актуальны и не оказывают существенного влияния на привлечение и удержание кадров. Необходимо проведение социологических исследований, направленных на определение потребности медицинских кадров в мерах социальной поддержки, приведение мер социальной поддержки к современным социально-экономическим особенностям субъектов Российской Федерации.

Также было изучено мнение медицинских работников о причинах выбора специальности. В качестве основных причин выбора специальности 45,4% (69 чел., 95% ДИ 37,3-53,7) врачей отметили интерес к специальности «терапия»; 25,0% (38 чел., 95% ДИ 18,3-32,7) – считали, что проще поступить в интернатуру/ординатуру по данной специальности; 20,4% (31 чел., 95% ДИ 14,3-27,7) отметили возможность самореализации. Основные причины выбора МСУ: 65,7% (69 чел., 95% ДИ 55,8-74,7) отметили интерес к специальности «сестринское дело»; 20,9% (22 чел., 95% ДИ 13,6-30,0) – возможность самореализации; 20,0% (21 чел., 95% ДИ 12,8-28,9) – рекомендации родителей или друзей (рисунок 5.7).

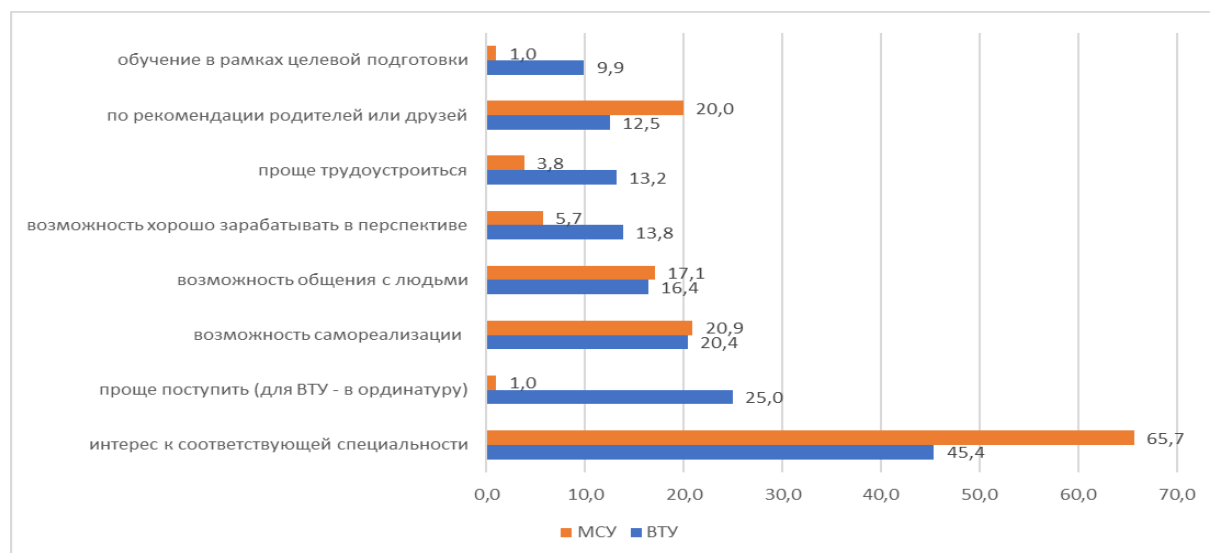


Рисунок 5.7 – Причины выбора специальности (может быть несколько вариантов ответа у одного респондента; %)

Среди опрошенных основной причиной выбора специальности являлся профессиональный интерес. В целом и ВТУ, и МСУ отметили, что осознают важность профессии, поэтому выбрали работу в поликлинике, однако важными составляющими

также являлись удобное расположение работы и график. Обращает на себя внимание низкое число специалистов, прошедших обучение по целевому набору: в условиях дефицита и дисбаланса кадров целевой набор должен являться дополнительной мерой привлечения кадров в систему здравоохранения [131].

В качестве основных причин выбора работы в поликлинике большинство врачей отметили возможность трудоустройства после окончания специалитета «Лечебное дело» – 42,7% (65 чел., 95% ДИ 34,8-51,0), приблизительно столько же врачей – 41,4% (63 чел., 95% ДИ 33,5-49,7) – отметили важность профессии. Удобное расположение поликлиники в качестве причины выбрали 30,3% (46 чел., 95% ДИ 23,1-38,2); столько же – 30,3% (46 чел., 95% ДИ 23,1-38,2) – выбрали удобный график работы. Среди МСУ 44,8% (47 чел., 95% ДИ 35,0-54,8) осознавали важность профессии, поэтому выбрали работу в поликлинике; удобное расположение поликлиники отметили 36,2% (38 чел., 95% ДИ 27,0-46,1); удобный график работы – 27,6% (29 чел., 95% ДИ 19,3-37,2) (рисунок 5.8).

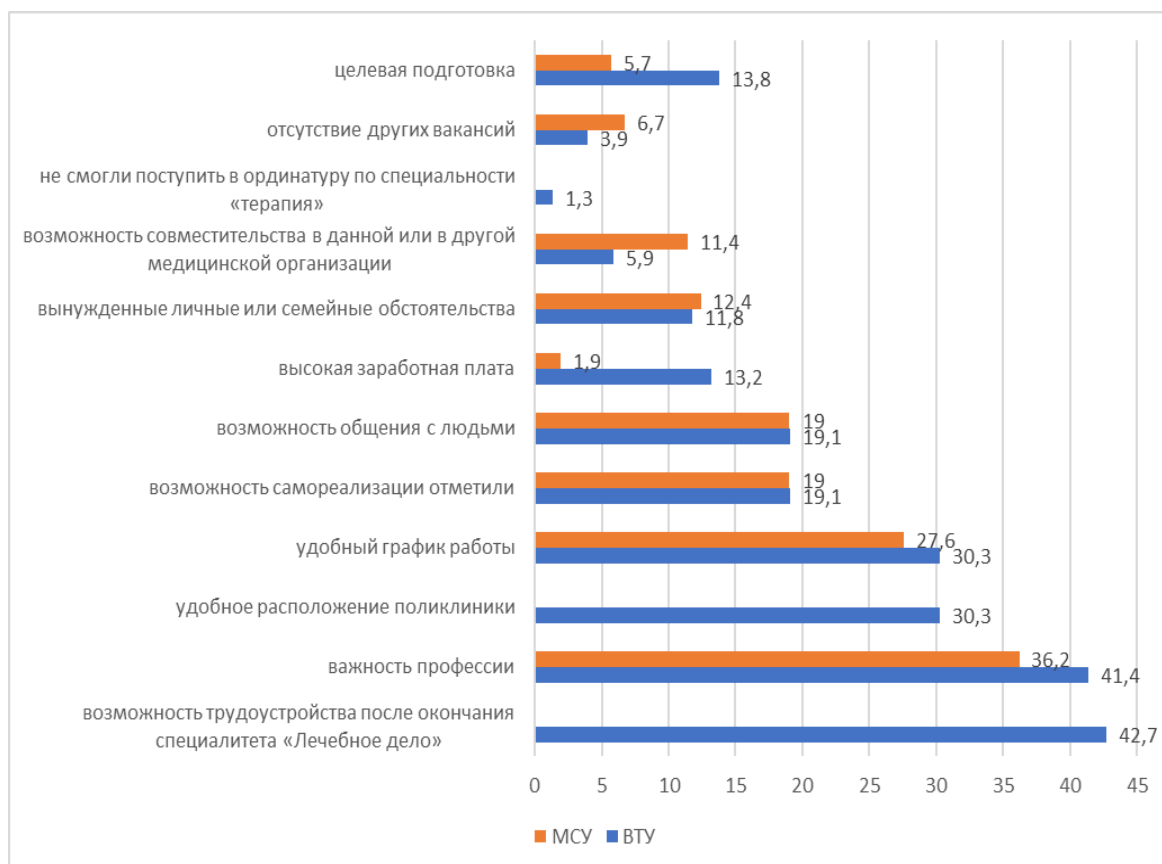


Рисунок 5.8 – Распределение респондентов по причинам выбора работы в поликлинике (может быть несколько вариантов ответа у одного респондента, %)

Работу ВТУ считали интересной 41,4% (63 чел., 95% ДИ 33,5-49,7) опрошенных врачей, скорее интересной – 39,5% (60 чел., 95% ДИ 31,6-47,7), затруднялись с ответом на вопрос – 7,2% (11 чел., 95% ДИ 3,7-12,6), скорее неинтересной – 9,2% (14 чел., 95% ДИ 5,1-15,0), неинтересной – 2,6% (4 чел., 95% ДИ 0,7-6,6). Работу МСУ считали интересной 48,6% (51 чел., 95% ДИ 38,7-58,5), скорее интересной – 34,3% (36 чел., 95% ДИ 25,3-44,2), затруднялись с ответом – 11,4% (12 чел., 95% ДИ 6,0-19,1), считали скорее неинтересной – 3,8% (4 чел., 95% ДИ 1,0-9,5), считали неинтересной – 1,9% (2 чел., 95% ДИ 0,2-6,7). Более половины врачей и медицинских сестер считали свою работу интересной (рисунок 5.9) [131].

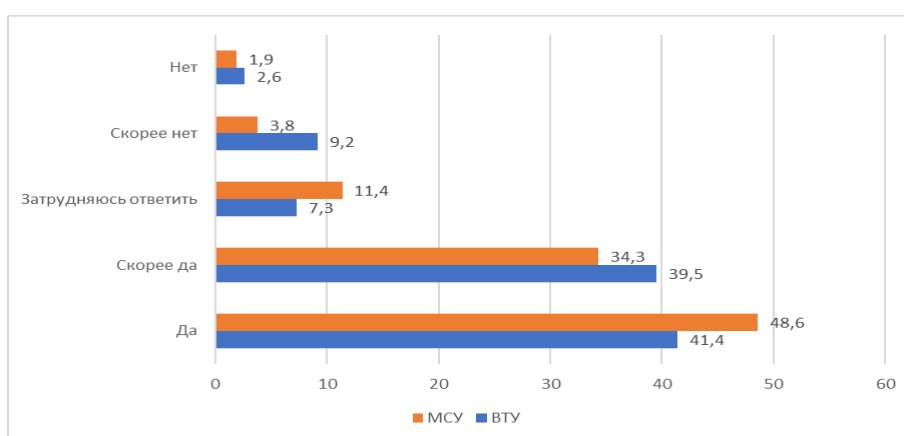


Рисунок 5.9 – Распределение респондентов по вопросу интереса к своей профессии (%)

Считали, что реализуют свой профессиональный потенциал в полной мере, 26,3% (40 чел., 95% ДИ 19,5-34,1) опрошенных врачей; скорее реализуют – 41,5% (63 чел., 95% ДИ 33,5-49,7); затруднялись с ответом – 7,9% (12 чел., 95% ДИ 4,1-13,4); считали, что скорее не реализуют – 12,5% (19 чел., 95% ДИ 7,7-18,8), не реализуют – 11,8% (18 чел., 95% ДИ 7,2-18,1). Среди опрошенных МСУ считали, что реализуют свой профессиональный потенциал в полной мере, 38,1% (40 чел., 95% ДИ 28,8-48,1), скорее реализуют – 30,5% (32 чел., 95% ДИ 21,9-40,2), затруднялись с ответом – 11,4% (12 чел., 95% ДИ 6,0-19,1), считали, что скорее не реализуют – 8,6% (9 чел., 95% ДИ 4,0-15,6), не реализуют – 11,4% (12 чел., 95% ДИ 6,0-19,1). Более половины и врачей, и медицинских сестер считали, что реализуют свой профессиональный потенциал в полной мере (рисунок 5.10) [131].

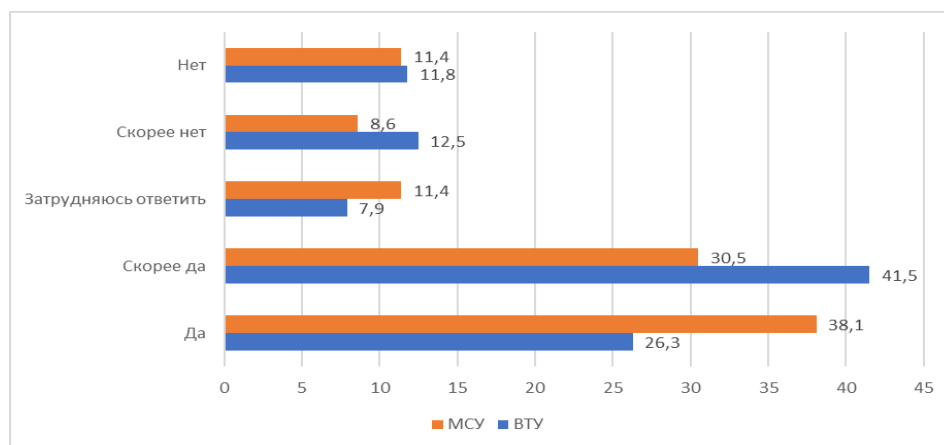


Рисунок 5.10 – Распределение мнения респондентов по вопросу реализации своего профессионального потенциала (%)

Большинство ВТУ и МСУ выбрали профессию по причине интереса к специальности и осознания важности своей профессии, также большинство считали свою работу интересной и считали, что реализуют свой профессиональный потенциал в полной мере.

В качестве основной причины, по которой могли бы поменять место работы, 22,4% врачей (34 чел., 95% ДИ 16,0-29,8) отметили более высокую заработную плату; 14,5% (22 чел., 95% ДИ 9,3-21,1) – хорошие условия и организацию труда на новом месте; 11,8% (18 чел., 95% ДИ 7,2-18,1) – вынужденные личные или семейные обстоятельства.

В отношении причин, по которым могли бы поменять место работы, мнение медицинских сестер аналогично: 31,4% (33 чел., 95% ДИ 22,7-41,2) поменяли бы из-за более высокой заработной платы на новом рабочем месте; 12,4% (13 чел., 95% ДИ 6,8-20,2) – из-за хороших условий и организации труда на новом месте; 11,4% (12 чел., 95% ДИ 6,0-19,1) – из-за вынужденных личных или семейных обстоятельств. Треть ВТУ и МСУ не стали бы менять место работы (рисунок 5.11) [131].

В качестве основных причин, по которым могли бы поменять место работы, и врачи, и медицинские сестры отметили высокую заработную плату, а также хорошие условия и организацию труда на новом месте. Несмотря на слабую реализацию мер социальной поддержки – мало специалистов поменяли бы место работы из-за лучшего социального обеспечения, что косвенно свидетельствует об отсутствии явного влияния

реализуемых мер социальной поддержки на привлечение кадров в медицинские организации [131].

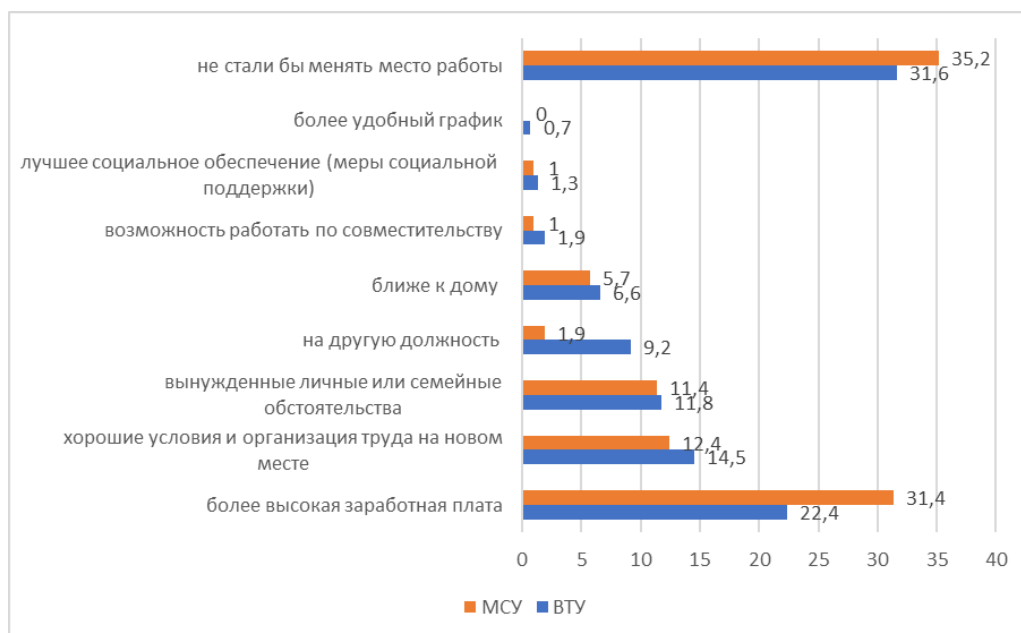


Рисунок 5.11 – Рейтинг причин, по которым ВТУ или МСУ могли бы поменять место работы (могло быть несколько вариантов ответа у одного респондента, %)

В настоящее время по-прежнему актуальны и требуют изучения проблемы высокой рабочей нагрузки ВТУ и МСУ (рисунок 5.12), причины высокой нагрузки (рисунок 5.13), а также вопросы передачи функций врачей среднему медицинскому персоналу с целью снижения нагрузки на врачей [131].

Считали рабочую нагрузку в течение смены высокой более половины врачей – 54,0% врачей (82 чел., 95% ДИ 45,7-62,1), скорее высокой – 38,8% (59 чел., 95% ДИ 31,0-47,0), затруднялись с ответом на вопрос – 2,6% (4 чел., 95% ДИ 0,7-6,6), скорее не считали – 2,6% (4 чел., 95% ДИ 0,7-6,6), не считали рабочую нагрузку высокой – 2,0% (3 чел., 95% ДИ 0,4-5,7). Среди опрошенных медицинских сестер мнение распределилось аналогично – 47,6% (50 чел., 95% ДИ 37,8-57,6) считали рабочую нагрузку высокой; 40,0% (42 чел., 95% ДИ 30,6-50,0) – считали скорее высокой; затруднялись с ответом – 6,6% (7 чел., 95% ДИ 2,7-13,3); скорее не считали рабочую нагрузку высокой – 2,9% (3 чел., 95% ДИ 0,6-8,1) и столько же – не считали рабочую нагрузку высокой.

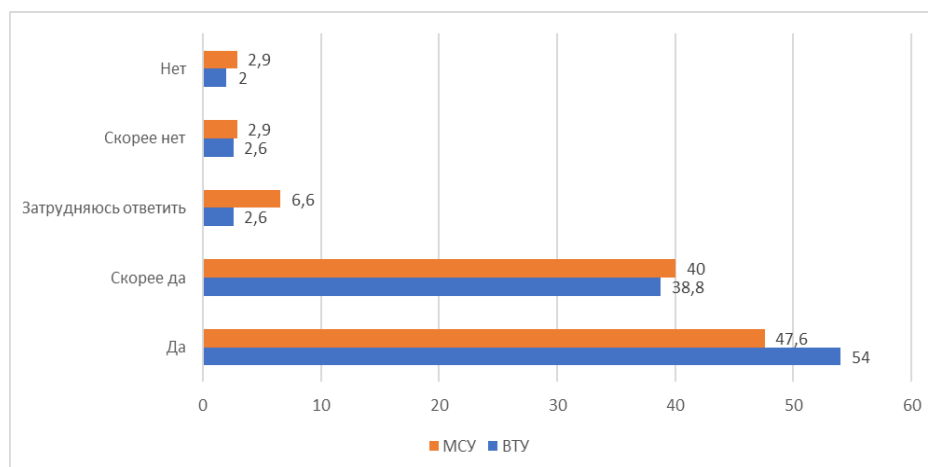


Рисунок 5.12 – Распределение респондентов по вопросам высокой рабочей нагрузки (%)

В качестве основных причин, с которыми связана высокая нагрузка в течение смены, 70,4% врачей (107 чел., 95% ДИ 62,5-77,5) отметили работу с медицинской документацией, в том числе в электронном виде; 57,9% (88 чел., 95% ДИ 49,6-65,8) отметили время, отведенное на прием пациента менее 15 мин.; 42,1% (64 чел., 95% ДИ 34,2-50,4) – поток пациентов без предварительной записи. Высокая рабочая нагрузка в течение рабочей смены (по мнению МСУ) также связана в основном с работой с медицинской документацией, в том числе в электронном виде, что отметили 60,0% респондентов (63 чел., 95% ДИ 50,0-69,4). Поток пациентов без предварительной записи отметили 41,9% (44 чел., 95% ДИ 32,3-51,9); высокую обращаемость прикрепленного населения (в связи с высокой заболеваемостью, преимущественно пожилым населением и т.д.) – 39,0% (41 чел., 95% ДИ 29,7-49,1) (рисунок 5.13) [131].

Необходимость работать в неурочное время ежедневно отметили 34,5% врачей (57 чел., 95% ДИ 29,8-45,7); 30,3% (46 чел., 95% ДИ 23,1-38,2) – несколько раз в неделю; 13,8% (21 чел., 95% ДИ 8,8-20,3) – несколько раз в месяц; 15,8% (24 чел., 95% ДИ 10,4-22,6) – периодически, но не чаще одного раза в месяц. Отсутствие необходимости работать внеурочно отметили всего лишь 2,6% (4 чел., 95% ДИ 0,7-6,6). Среди МСУ необходимость работать в неурочное время ежедневно отметили 10,5% (11 чел., 95% ДИ 5,3-18,0); несколько раз в неделю – 23,8% (25 чел., 95% ДИ 16,0-33,1); несколько раз в месяц – 26,7% (28 чел., 95% ДИ 18,5-36,2); периодически, но не чаще одного раза в месяц – 19,0% (20 чел., 95% ДИ 12,0-27,9). Отсутствие необходимости работать внеурочно отметили 20,0% (21 чел., 95% ДИ 12,8-28,9).

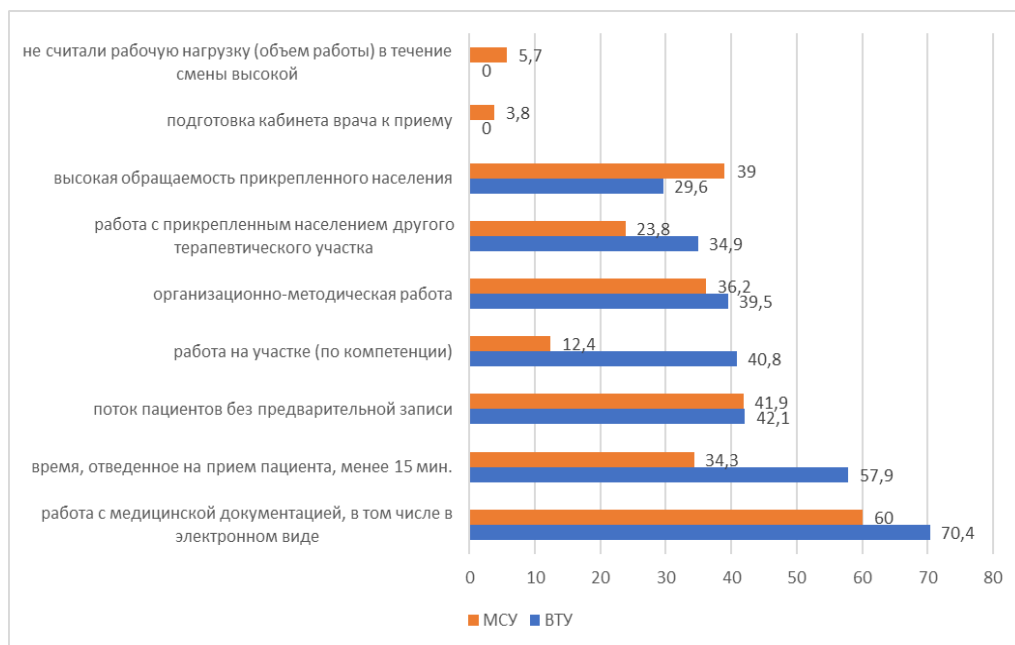


Рисунок 5.13 – Распределение респондентов по вопросу причин высокой рабочей нагрузки в течение смены (может быть несколько вариантов ответа, %)

Работа в условиях высоких нагрузок, наличие переработок могут приводить к эмоциональному выгоранию медицинских работников, снижению качества медицинской помощи ввиду утомляемости и снижения концентрации внимания при работе с пациентами, и как следствие – текучести кадров и оттоку кадров из системы здравоохранения [131]. Все это свидетельствует о том, что организацию ПМСП и организацию работы медицинского персонала необходимо менять, что отметили также более половины опрошенных ВТУ и МСУ (рисунок 5.14).

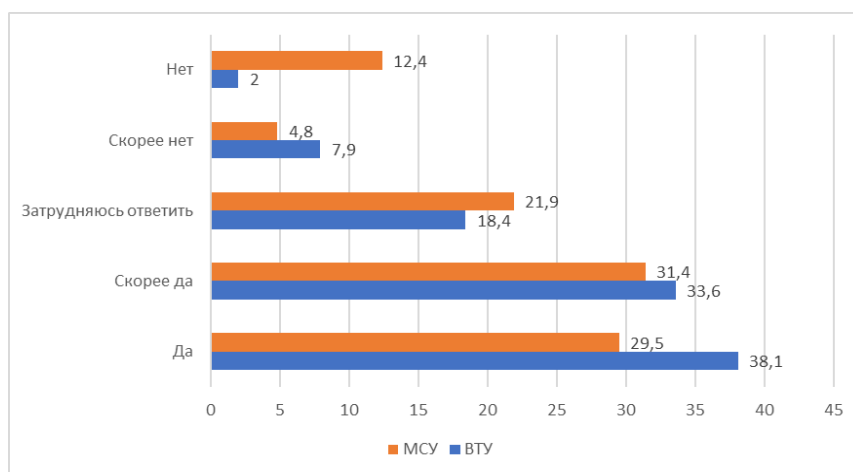


Рисунок 5.14 – Распределение респондентов по вопросу необходимости изменения организации работы на ТУ (%)

Из ВТУ считали, что организацию работы участковой службы необходимо менять, 38,2% (58 чел., 95% ДИ 30,4-46,4); считали, что скорее необходимо менять, – 33,6% (51 чел., 95% ДИ 26,1-41,7); затруднялись с ответом – 18,4% (28 чел., 95% ДИ 12,6-25,5); считали, что скорее не нужно менять, 7,9% (12 чел., 95% ДИ 4,1-13,4); считали, что ничего не нужно менять, – 2,0% (3 чел., 95% ДИ 0,4-5,7). Из МСУ 29,5% (31 чел., 95% ДИ 21,0-39,2) считали, что организацию работы участковой службы необходимо менять; 31,4% (33 чел., 95% ДИ 22,7-41,2) – считали, что скорее нужно менять; 21,9% (23 чел., 95% ДИ 14,4-31,0) – затруднялись с ответом; 4,8% (5 чел., 95% ДИ 1,6-10,8) – считали, что скорее не нужно менять; 12,4% (13 чел., 95% ДИ 6,8-20,2) – считали, что ничего не нужно менять.

Основным принципом организации оказания ПМСП является территориально-участковый – распределение руководителем медицинской организации прикрепленного населения по участкам, однако в виду дефицита и дисбаланса кадров сохранение этого принципа зачастую невозможно. 60,5% врачей (92 чел., 95% ДИ 52,3-68,4) считали, что территориально-участковый принцип оказания ПМСП необходимо сохранить; 23,7% (36 чел., 95% ДИ 17,2-31,3) – больше склонялись к мнению, что территориально-участковый принцип необходимо сохранить; затруднялись с ответом – 9,2% врачей (14 чел., 95% ДИ 5,1-15,0); 3,3% врачей (5 чел., 95% ДИ 1,1-7,5) считали, что скорее не нужно сохранять и столько же врачей считали, что не нужно сохранять территориально-участковый принцип оказания ПМСП. Среди опрошенных МСУ 58,1% (61 чел., 95% ДИ 48,1-67,7) считали, что территориально-участковый принцип оказания ПМСП необходимо сохранить; считали, что скорее нужно сохранить, – 20,9% (22 чел., 95% ДИ 13,6-30,0); затруднялись с ответом на данный вопрос – 16,2% (17 чел., 95% ДИ 9,7-24,7); считали, что скорее не нужно сохранять, – 2,9% (3 чел., 95% ДИ 0,6-8,1); считали, что не нужно сохранять – 1,9% (2 чел., 95% ДИ 0,2-6,7) (рисунок 5.15).

Ведение паспорта участка и базы данных прикрепленного населения к участку является совместной функцией ВТУ и МСУ, однако не все врачи и медицинские сестры из числа опрошенных владеют информацией о численности фактически обслуживаемого населения.

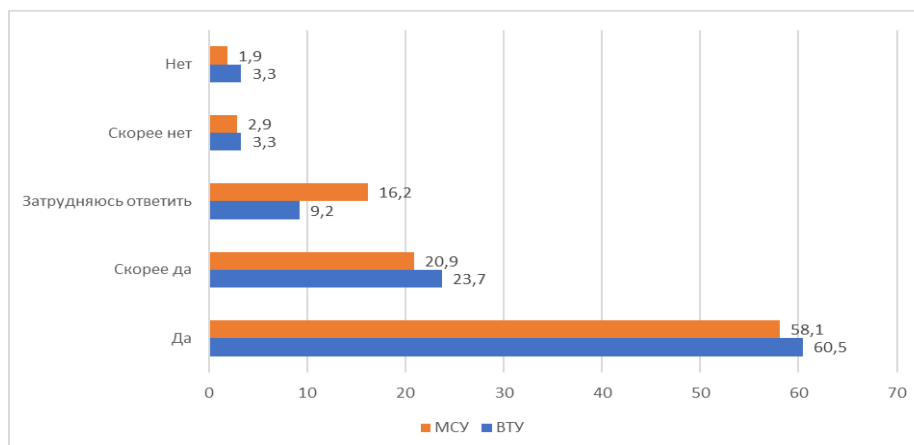


Рисунок 5.15 – Мнение респондентов о необходимости сохранения территориально-участкового принципа оказания ПМСП (%)

В целом распределение времени на различные направления деятельности в структуре рабочей смены считали достаточным 8,6% (13 чел., 95% ДИ 4,6-14,2) врачей; скорее достаточным – 17,7% (27 чел., 95% ДИ 20,1-34,8); затруднялись с ответом 12,5% (19 чел., 95% ДИ 7,7-18,8); скорее недостаточным считали 34,3% (52 чел., 95% ДИ 26,7-42,3), недостаточным считали 26,9% (41 чел., 95% ДИ 20,1-34,8) врачей. Среди медицинских сестер 20,0% (21 чел., 95% ДИ 12,8-28,9) считали достаточным; 11,4% (12 чел., 95% ДИ 6,0-19,1) считали скорее достаточным; 14,3% (15 чел., 95% ДИ 8,2-22,5) затруднялись с ответом; считали скорее недостаточным 35,2% (37 чел., 95% ДИ 26,2-45,2); считали недостаточным 19,0% (20 чел., 95% ДИ 12,0-27,9) (рисунок 5.16).

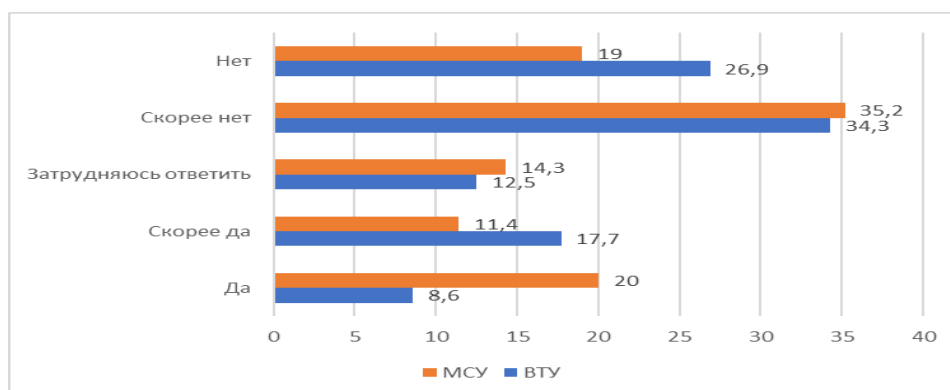


Рисунок 5.16 – Распределение респондентов по вопросу отведенного времени на различные направления деятельности в течение смены (%)

Оказание медицинской помощи на дому является важным аспектом

профессиональной деятельности ВТУ и МСУ. Считали, что врач должен работать на участке, 25,7% опрошенных врачей (39 чел., 95% ДИ 18,9-33,4); считали, что скорее должен, – 11,8% (18 чел., 95% ДИ 7,2-18,1); затруднялись с ответом – 5,3% (8 чел., 95% ДИ 2,3-10,1); считали, что скорее не должен, – 21,0% (32 чел., 95% ДИ 14,9-28,4); 28,9% (44 чел., 95% ДИ 21,9-28,4) считали, что не должен; 7,2% (11 чел., 95% ДИ 3,7-12,6) считали, что врач должен выполнять только активные (плановые) посещения пациентов на дому. Среди МСУ, напротив, считали, что медицинская сестра должна оказывать помощь пациентам на дому по компетенции, – 40,0% (42 чел., 95% ДИ 30,6-50,0); считали, что скорее должна, – 20,0% (21 чел., 95% ДИ 12,8-28,9); затруднялись с ответом – 10,5% (11 чел., 95% ДИ 5,3-18,0); считали, что скорее не должна, – 6,6% (7 чел., 95% ДИ 2,7-13,3); 12,4% (13 чел., 95% ДИ 6,8-20,2) – считали, что не должна; 10,5% (11 чел., 95% ДИ 5,3-18,0) – отметили, что МСУ должна выполнять только активы на дому (рисунок 5.17).

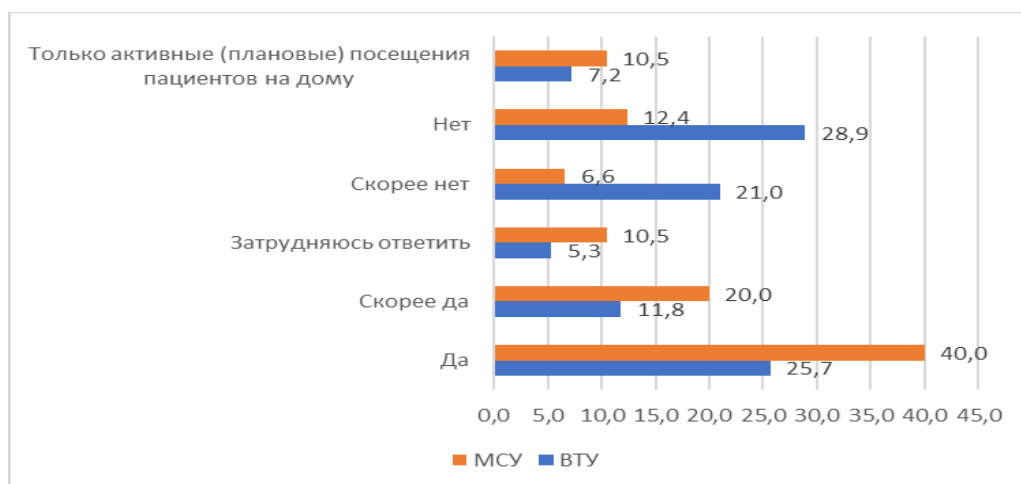


Рисунок 5.17 – Распределение респондентов по вопросу оказания медицинской помощи на дому (%)

У 4,6% врачей (7 чел., 95% ДИ 1,9-9,3) врачей во время приема пациента затраты времени на работу с медицинской документацией занимали менее 30% от продолжительности приема; у 38,2% (58 чел., 95% ДИ 30,4-46,4) – 30-50%; у 33,6% (51 чел., 95% ДИ 26,1-41,7) – 51-70%; у 23,0% (35 чел., 95% ДИ 16,6-30,5) – более 70%; затруднялись с ответом – 0,6% (1 чел., 95% ДИ 0-3,6).

Затраты времени на работу с медицинской документацией во время

амбулаторного приема, по мнению респондентов, занимали менее 30% – у 5,7% (6 чел., 95% ДИ 2,1-12,0) медицинских сестер; 30-50% – у 27,6% (29 чел., 95% ДИ 19,3-37,2); 51-70% – у 26,7% (28 чел., 95% ДИ 18,5-36,2); более 70% – у 28,6% (30 чел., 95% ДИ 20,2-38,2), затруднялись с ответом – 11,4% (12 чел., 95% ДИ 6,0-19,1) (рисунок 5.18).

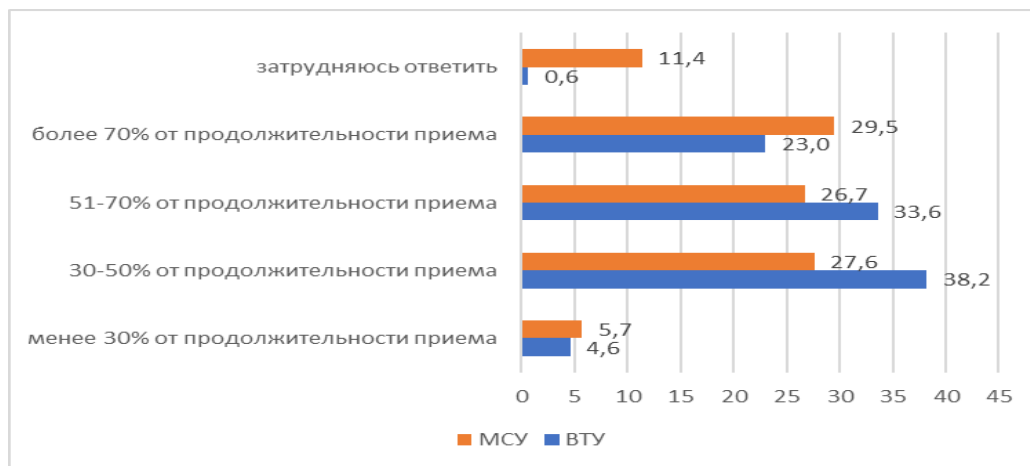


Рисунок 5.18 – Распределение респондентов по вопросу затрат времени на работу с медицинской документацией в течение амбулаторного приема пациента (%)

По мнению ВТУ время, отведенное на первичный прием пациента, должно составлять 10-12 мин. – по мнению 1,3% (2 чел., 95% ДИ 0,2-4,7); 13-15 мин. – по мнению 11,8% (18 чел., 95% ДИ 7,2-18,1); 16-18 мин. – по мнению 17,7% (27 чел., 95% ДИ 12,0-24,8); 19-20 мин. – по мнению 46,1% (70 чел., 95% ДИ 37,9-54,3); более 20 мин – по мнению 23,0% (35 чел., 95% ДИ 16,6-30,5). Время, отведенное на первичный прием пациента врачом, по мнению 6,7% МСУ (7 чел., 95% ДИ 2,7-13,3), должно составлять 10-12 мин.; по мнению 15,2% (16 чел., 95% ДИ 9,0-23,6) – 13-15 мин.; по мнению 26,7% (28 чел., 95% ДИ 18,5-36,2) – 16-18 мин.; по мнению 37,1% (39 чел., 95% ДИ 27,9-47,1) – 19-20 мин.; по мнению 14,3% (15 чел., 95% ДИ 8,2-22,5) – более 20 мин (рисунок 5.26). Так, по мнению большинства ВТУ и МСУ продолжительность амбулаторного приема (первичного) должна составлять 19-20 мин. (рисунок 5.19).

Очевидно, что потребность в увеличении продолжительности амбулаторного приема связана со значительными затратами времени на работу с медицинской документацией. Одной из причин значительных затрат времени на работу с медицинской документацией является неудовлетворительная работа МИС, низкая скорость интернета и иные технические проблемы. Еще одной из причин могут быть

заболевания или состояния пациента, требующие более длительного сбора анамнеза и осмотра.

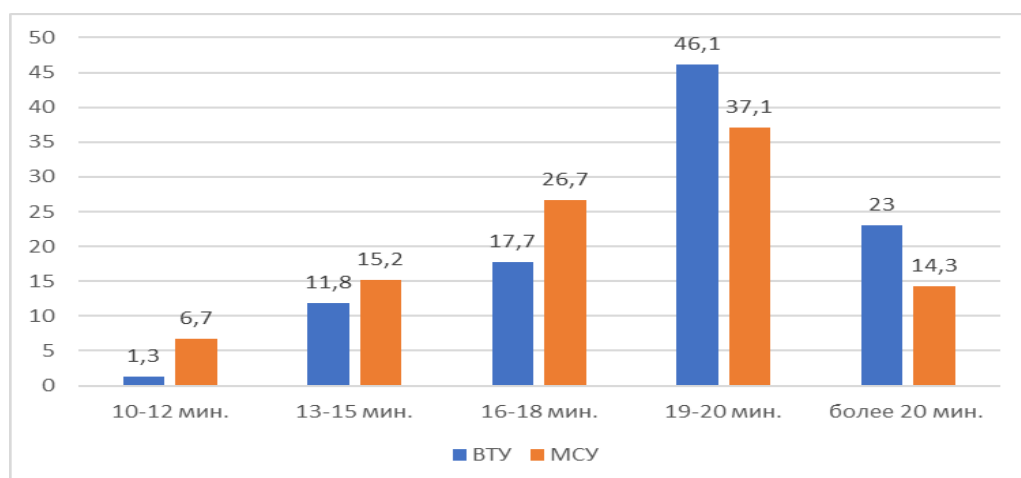


Рисунок 5.19 – Распределение респондентов по вопросу необходимой продолжительности амбулаторного приема пациента первично (%)

В вопросах доступности ПМСП акцент делается на врача, а медицинская сестра при этом рассматривается как вспомогательный персонал, однако среди опрошенных ВТУ и МСУ более половины считали, что МСУ может заниматься самостоятельной работой с пациентом: считали, что МСУ может заниматься самостоятельной работой на участке (профилактические мероприятия, работа с диспансерной группой, патронаж и т.д.), 34,9% (53 чел., 95% ДИ 27,3-43,0) врачей; считали, что скорее может, – 37,5% (57 чел., 95% ДИ 29,8-45,7); затруднялись с ответом – 7,2% (11 чел., 95% ДИ 3,7-12,6); считали, что скорее не может, – 13,8% (21 чел. 95% ДИ 8,8-20,3); считали, что не может, – 6,6% (10 чел., 95% ДИ 3,2-11,8).

Среди опрошенных МСУ считали, что может – 23,8% (25 чел., 95% ДИ 16,0-33,1); считали, что скорее может – 18,1% (19 чел., 95% ДИ 11,3-26,8); затруднялись с ответом – 20,0% (21 чел., 95% ДИ 12,8-28,9); считали, что скорее не может – 20,0% (21 чел., 95% ДИ 12,8-28,9); считали, что не может – 18,1% (19 чел., 95% ДИ 11,3-26,8) (рисунок 5.20) [70, 131].

При текущей организации оказания ПМСП основные функции МСУ по мнению опрошенных ВТУ и МСУ следующие: 90,8% врачей (138 чел., 95% ДИ 85,0-94,9) отметили, что МСУ выполняет обзвон, информирование и/или приглашение пациентов

на профилактические мероприятия (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.); 85,5% (130 чел., 95% ДИ 78,9-90,7) – оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) на приеме; выполнение назначений врача пациентам на дому отметили 81,6% (124 чел., 95% ДИ 74,5-87,4).

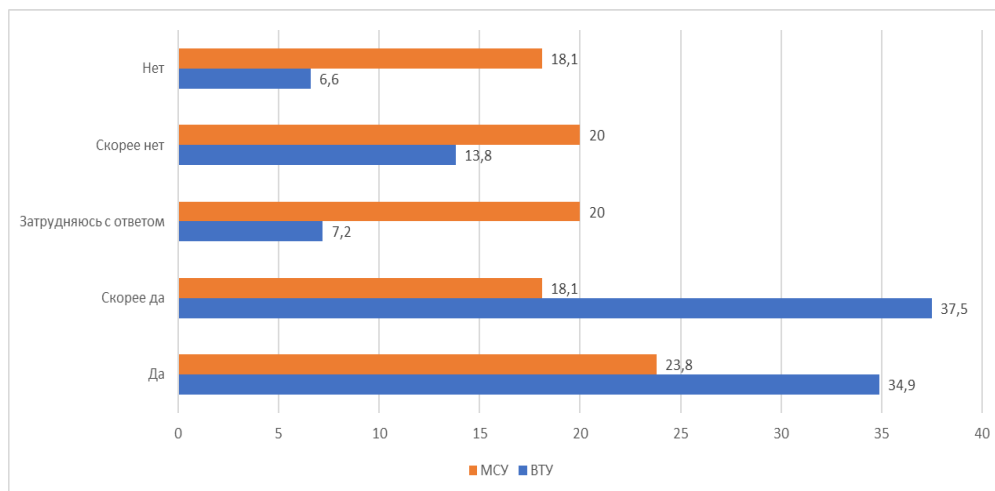


Рисунок 5.20 – Мнение ВТУ и МСУ о возможности МСУ заниматься самостоятельной работой с пациентом (%)

Мнение МСУ о выполняемой работе выглядело аналогично: обзвон, информирование и/или приглашение пациентов (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.) отметили 99,0% (104 чел., 95% ДИ 94,8-100,0) МСУ; оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) на приеме – 94,3% (99 чел., 95% ДИ 88,0-97,9); выполнение назначений врача пациентам на дому – 91,4% (96 чел., 95% ДИ 84,4-96,0). Мнение респондентов о выполняемых МСУ функциях представлено на рисунке 5.21 [70, 131].

Считали, что медицинскую сестру на амбулаторном приеме можно заменить на специалиста без медицинского образования, 3,9% врачей (6 чел., 95% ДИ 1,5-8,4); считали, что скорее можно, – 8,6% (13 чел., 95% ДИ 4,6-14,2); затруднялись с ответом – 3,9% (6 чел., 95% ДИ 1,5-8,4); считали, что скорее невозможно, – 25,7% (39 чел., 95% ДИ 18,9-33,4); считали, что невозможно, – 57,9% (88 чел., 95% ДИ 49,6-65,8); среди опрошенных МСУ считали, что медицинскую сестру на амбулаторном приеме можно заменить на специалиста без медицинского образования 3,8% (4 чел., 95% ДИ 1,0-9,5); считали, что скорее можно – 1,9% (2 чел., 95% ДИ 0,2-6,7); затруднялись с ответом – 4,8% (5 чел., 95% ДИ 1,6-10,8); считали, скорее нельзя заменить – 25,7% (27 чел., 95%

ДИ 17,7-35,2); считали, что нельзя – 63,8% (67 чел., 95% ДИ 53,9-73,0) (рисунок 5.22).

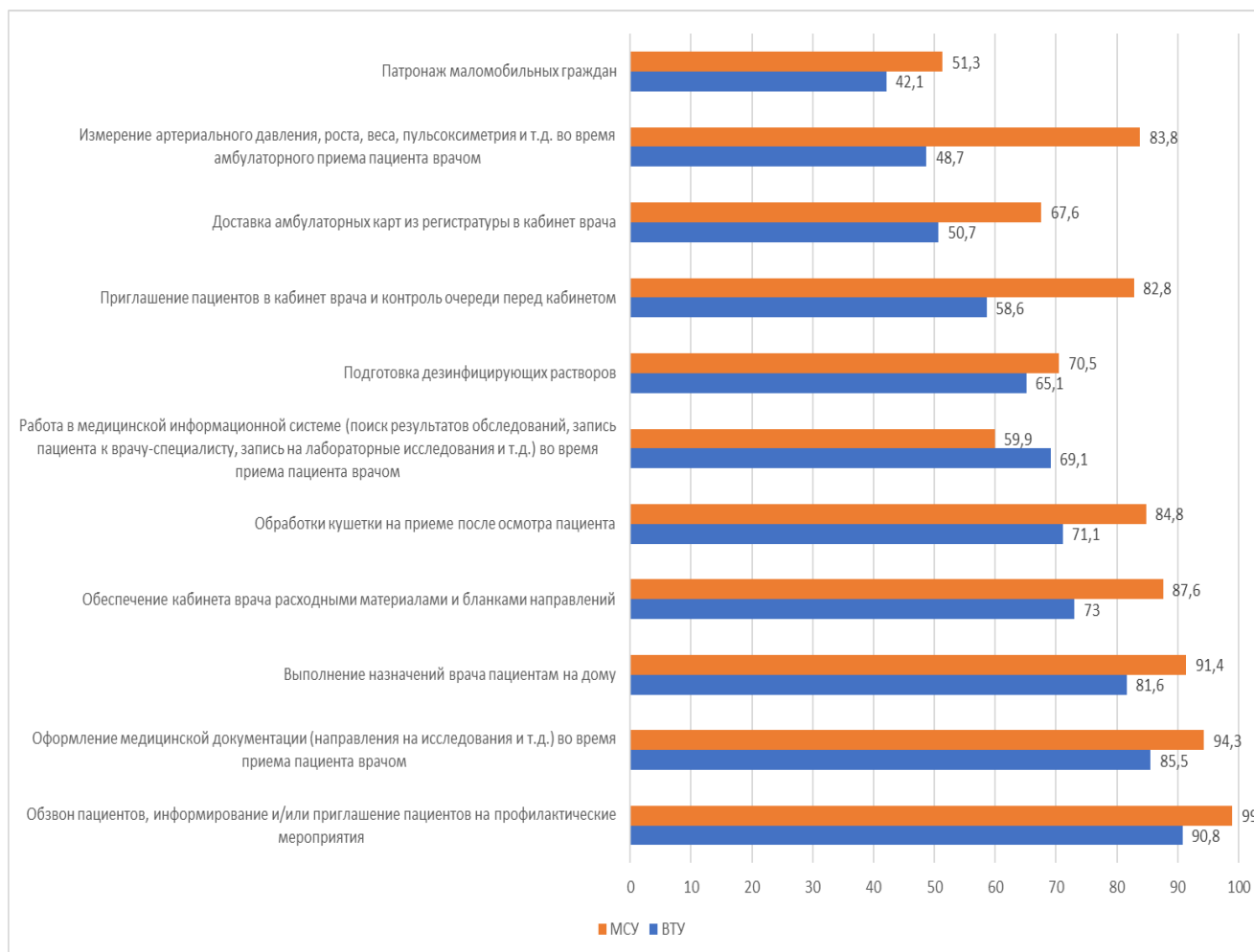


Рисунок 5.21 – Функции МСУ по мнению респондентов (может быть несколько вариантов ответов у одного респондента, %)

Несмотря на то, что более половины врачей и медицинских сестер считали, что медицинскую сестру на амбулаторном приеме нельзя заменить на специалиста без медицинского образования, обе категории медицинских работников отметили функции, которые можно было бы им передать. Основные функции, которые можно передать специалисту без медицинского образования, по мнению 86,2 % (131 чел., 95% ДИ 79,7-91,2) врачей, – обзвон, информирование и/или приглашение пациентов на профилактические мероприятия и т.д.; доставка амбулаторных карт из регистратуры – по мнению 78,3% (119 чел., 95% ДИ 70,9-84,6) врачей; обеспечение кабинета врача расходными материалами и бланками направлений – по мнению 64,5% (98 чел., 95% ДИ 56,3-72,1).

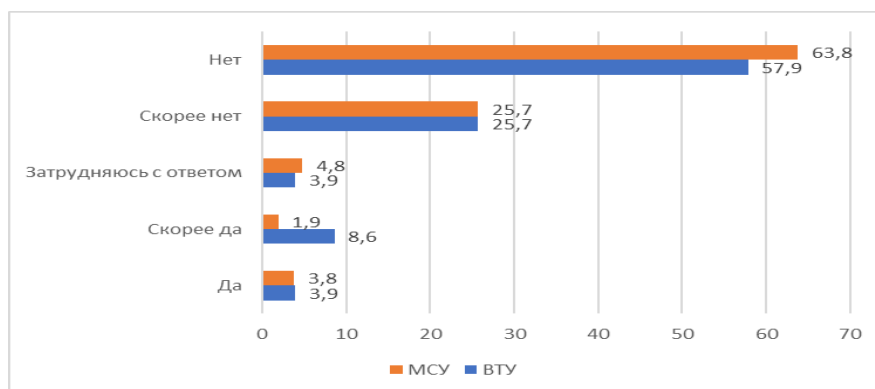


Рисунок 5.22 – Мнение респондентов о возможности замены МСУ на приеме на специалиста без медицинского образования (%)

Мнение МСУ аналогично: 83,8% (88 чел., 95% ДИ 75,3-90,3) МСУ отметили, что специалистам без медицинского образования можно передать функцию обзвона, информирования и/или приглашения пациентов на профилактические мероприятия; по мнению 80,0% (84 чел., 95% ДИ 71,1-87,2) – доставку амбулаторных карт из регистратуры; по мнению 51,4% (54 чел., 95% ДИ 41,5-61,3) – обеспечение кабинета врача расходными материалами и бланками направлений. Другие функции, которые, по мнению респондентов, можно передать специалистам без медицинского образования, представлены на рисунке 5.23 [131].

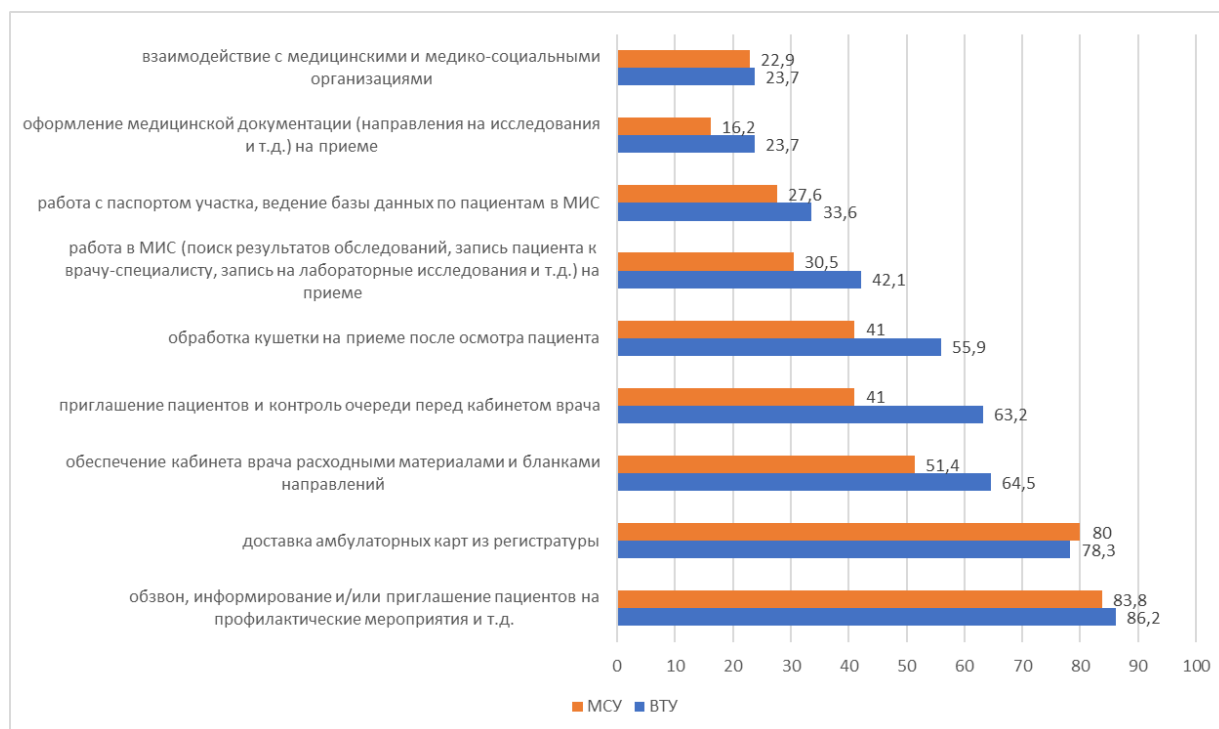


Рисунок 5.23 – Функции, которые можно передать от МСУ специалисту без медицинского образования (%)

Большинство медицинских работников отметило, что ВТУ не может вести амбулаторный прием без МСУ или помощника без медицинского образования. Считали, что могут вести амбулаторный прием без МСУ или помощника без медицинского образования, – 7,2% (11 чел., 95% ДИ 3,7-12,6) врачей; считали, что скорее могут, – 7,9% (12 чел., 95% ДИ 4,1-13,4); затруднялись с ответом – 4,6% (7 чел., 95% ДИ 1,9-9,3); считали, что скорее не могут, – 16,5% (25 чел., 95% ДИ 10,9-23,3); считали, что не могут, – 63,8% (97 чел., 95% ДИ 55,6-71,4). Среди медицинских сестер считали, что врач может вести амбулаторный прием без МСУ или помощника без медицинского образования, – 2,9% (3 чел., 95% ДИ 0,6-8,1); считали, что скорее может, – 10,5% (11 чел., 95% ДИ 5,3-18,0); затруднялись с ответом – 6,6% (7 чел., 95% ДИ 2,7-13,3); считали, что скорее не может, – 25,7% (27 чел., 95% ДИ 17,7-35,2); считали, что не может, – 54,3% (57 чел., 95% ДИ 44,3-64,0) (рисунок 5.24).

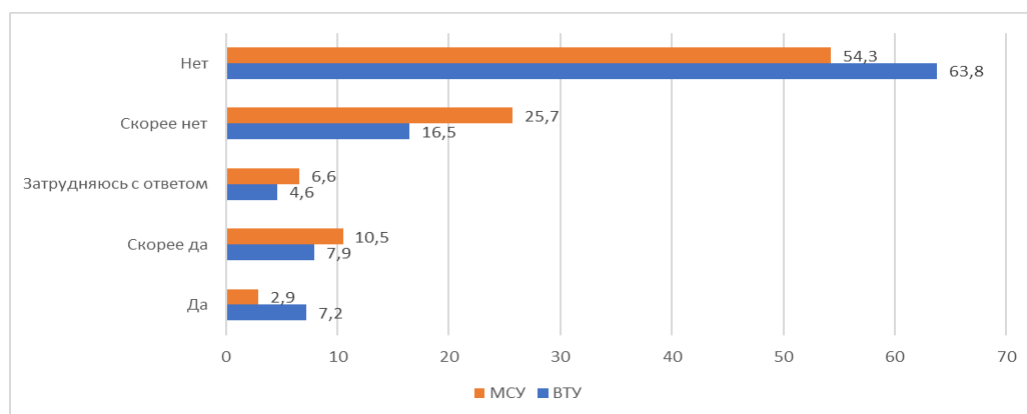


Рисунок 5.24 – Мнение респондентов о возможности работы ВТУ на приеме без МСУ или помощника без медицинского образования (%)

Рейтинг ответов врачей в отношении того, какие изменения необходимы в работе на ТУ, следующий: четкое распределение времени для выполнения разных видов работ (приемы пациентов, работа на дому, организационно-методическая работа) – 62,5% (95 чел., 95% ДИ 54,7-70,6); привлечение фельдшера к работе на участке для обслуживания вызовов на дом – 59,9% (91 чел., 95% ДИ 51,6-67,7); передача обслуживания вызовов врача на дом выездной службе неотложной помощи – 57,2% (87 чел., 95% ДИ 49,0-65,2); привлечение к работе на участке немедицинского персонала для планирования профилактической работы с населением, информирования пациентов и т.д. – 50% (76

чел., 95% ДИ 41,8-58,2); приведение численности обслуживаемого населения к нормативным значениям 1700 чел. – 46,1% (70 чел., 95% ДИ 38,8-55,3); передать функции записи пациента на прием к врачу-специалисту, на повторный прием, на исследования в регистратуру – 34,9% (53 чел., 95% ДИ 27,3-43,0); введение самостоятельных приемов МСУ – 12,5% (19 чел., 95% ДИ 7,7-18,8).

Рейтинг ответов медицинских сестер в отношении того, какие изменения необходимы в работе на ТУ, следующий: привлечение к работе на участке немедицинского персонала для планирования профилактической работы с населением, информирования пациентов и т.д. – 54,3% (57 чел., 95% ДИ 44,3-64,0); четкое распределение времени для выполнения видов работ (приемы пациентов, работа на дому, организационно-методическая работа) – 50,5% (53 чел., 95% ДИ 40,5-60,4); привлечение фельдшера к работе на участке для обслуживания вызовов на дом – 38,1% (40 чел., 95% ДИ 28,8-48,1); передача обслуживания вызовов врача на дом выездной службе неотложной помощи – 36,2% (38 чел., 95% ДИ 27,0-46,1); приведение численности обслуживаемого населения к нормативным значениям 1700 чел. – 35,2% (37 чел., 95% ДИ 26,2-45,2); передать функции записи пациента на прием к врачу-специалисту, на повторный прием, на исследования в регистратуру – 24,7% (26 чел., 95% ДИ 16,9-34,1); введение самостоятельных приемов МСУ – 6,7% (7 чел., 95% ДИ 2,7-13,3) (рисунок 5.25).

Для оптимизации работы на ТУ медицинские работники считали необходимым организацию приема пациентов только по записи, увеличение времени амбулаторного приема пациента, четкое распределение времени для выполнения различных видов работ в течение дня, добавление дней для профилактической и организационно-методической работы. С целью привлечения и удержания кадров на местах необходимо увеличение заработной платы, в частности оплата переработок, работы в неурочное время и в выходные дни. Также и врачи, и медицинские сестры отметили, что необходим пересмотр планов: по мнению респондентов, планы завышены, качественно выполнить работу на нужные показатели невозможно.

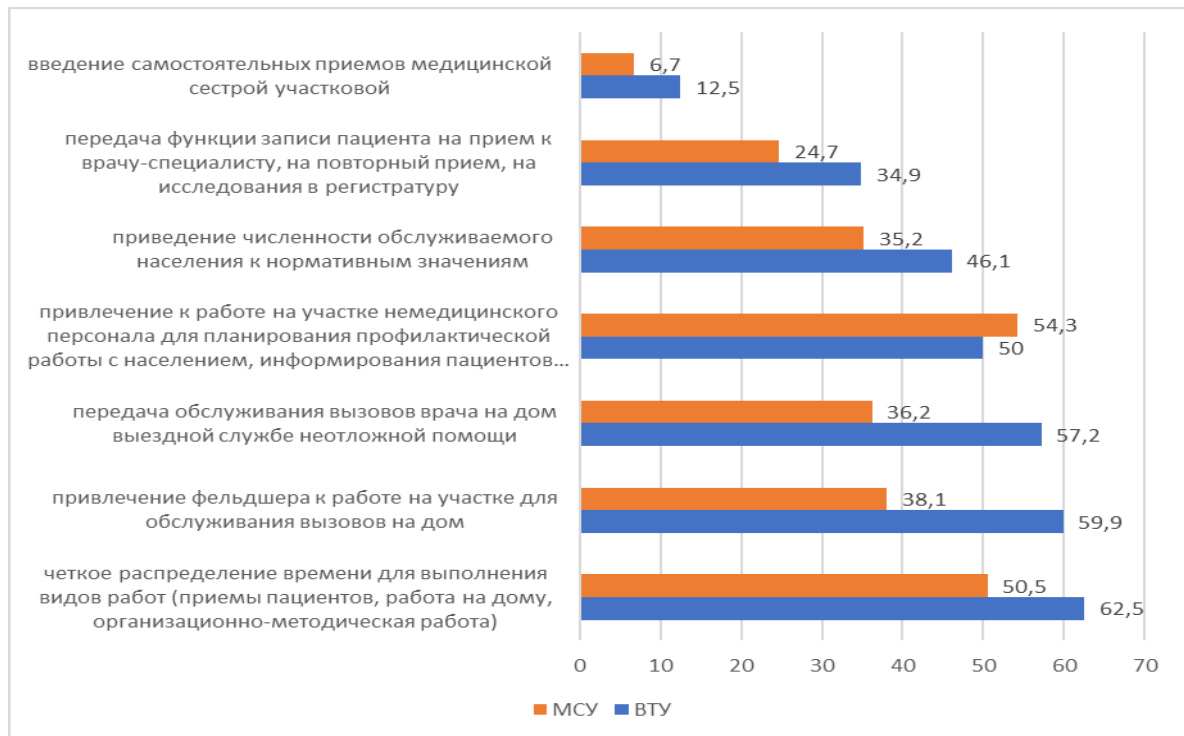


Рисунок 5.25 – Мнение респондентов о необходимых изменениях в работе на ТУ (%)

Несмотря на то, что меры социальной поддержки не являлись ведущей причиной, по которой медицинские работники могли бы поменять место работы, респонденты отметили необходимость пересмотра мер социальной поддержки: для поддержания эмоционального и физического здоровья персонала предложили выделять путевки в оздоровительные санатории, скидки или абонементы в спортивные учреждения, билеты в театры, кино и т.д. Очевидно, необходимо изучение актуальности предоставляемых мер социальной поддержки, определение реальной потребности в них и совершенствование подходов к социальному обеспечению медицинских работников, что может обеспечить приток кадров в систему здравоохранения и их удержание.

Считали, что необходима организация кабинета неотложной медицинской помощи для приема пациентов без предварительной записи в течение всего рабочего дня медицинской организации, а также обеспечение работы кабинета врача-терапевта участкового (с учетом того, что в кабинете посменно работают два врача) в течение 12 часов без интервала (окна) приема пациентов.

С целью снижения потока пациентов, которые не нуждаются во врачебной помощи, в том числе при вызове врача на дом, врачи отметили необходимость

повышения квалификации работников регистратуры и организации кабинета доврачебного приема. Работа на дому врача-терапевта участкового должна быть организована только с пожилыми, немобильными или маломобильными пациентами. При этом для оптимизации работы на дому необходимо улучшение транспортного обеспечения или организация работы отдельных выездных бригад, в том числе для работы в очагах инфекции (корь, гепатит А, ветряная оспа и т.д.), так как медицинский работник, выходя в очаги, находится в группе риска, а после этого возвращается на прием работать с неинфицированным населением. А вот выездная вакцинация на предприятиях, расположенных на территории обслуживания медицинской организации, может быть полностью передана кабинету/отделению медицинской профилактики.

С целью снижения бюрократической нагрузки и оптимизации работы с медицинской документацией и базой данных, в том числе во время приема пациента, отметили необходимость доработки МИС и улучшение ее функциональности. В том числе функционал МИС должен предусматривать формирование отчетности, сбора статистических данных и возможности их выгрузки и обработки, однако расхождение данных в МИС и других источниках приводит к необходимости ручного пересчета, что недопустимо на этапе внедрения и развития цифровых и информационных технологий.

Важным аспектом территориально-участкового принципа организации ПМСП является распределение врачей по участкам и работа «со своим» прикрепленным населением. По мнению медицинских работников, необходимо знание всех пациентов на ТУ, что намного облегчает работу, выявление и ведение пациентов с ХНИЗ, нивелирует возникновение конфликтных ситуаций и способствует формированию и поддержанию доброжелательных и доверительных отношений между пациентами и персоналом медицинской организации. При этом важно во время амбулаторного приема больше времени уделять пациенту, а не работе с компьютером и медицинской документацией, иначе пациент, объясняя проблему, с которой обратился, видит перед собой врача сбоку, который смотрит в компьютер и «стучит» по клавиатуре. Таким образом теряется связь, контакт между пациентом и врачом, пациент не ощущает себя комфортно и не видит заинтересованности в своем обращении.

5.3. Изучение мнения экспертов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи

Наряду с изучением мнения пациентов и медицинских работников как непосредственных участников процессов оказания медицинской помощи на ТУ для более полной оценки организации оказания ПМСП была проведена экспертная оценка [131].

Наиболее острой проблемой организации ПМСП является ее доступность. Среди опрошенных экспертов более половины считали, что повысить доступность ПМСП можно только увеличением численности медицинского персонала: 13,5% (10 чел., 95% ДИ, 6,7-23,5) и 39,2% (29 чел., 95% ДИ 28,0-51,2) экспертов соответственно ответили, что можно или скорее можно; 31,1% (23 чел., 95% ДИ, 20,8 – 42,9) и 16,2% (12 чел., 95% ДИ, 8,7-26,6) экспертов соответственно, считали, что скорее нельзя или нельзя повысить доступность только увеличением численности персонала (рисунок 5.26).

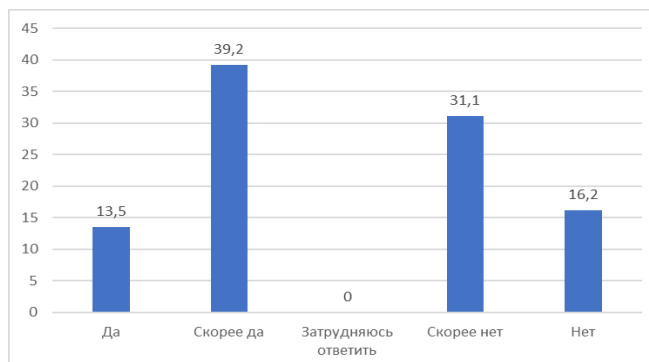


Рисунок 5.26 – Распределение мнения экспертов по вопросу возможности повышения доступности ПМСП только наращиванием числа физических лиц медицинских работников (%)

Среди причин текучести медицинских кадров (может быть несколько вариантов ответа у одного респондента) 82,4% (61 чел., 95% ДИ 71,8-90,3) экспертов отметили большую рабочую нагрузку (объем работы); 72,9% (54 чел., 95% ДИ 61,4-82,6) – отток (выбытие) молодых специалистов, работающих на должностях ВТУ после соответствующего специалитета и аккредитации, в том числе для поступления в ординатуру по иной специальности; 54,1% (40 чел., 95% ДИ 42,1-65,7) – низкий престиж профессии; 45,9% (34 чел., 95% ДИ 34,3-57,9) – наличие переработок (работы в

неурочное время); 45,9% (34 чел., 95% ДИ 34,3-57,9) отметили отсутствие уважения пациентов к медицинским работникам данной категории; 33,7% (25 чел., 95% ДИ 23,2-45,7) отметили низкую заработную плату; 28,4% (21 чел., 95% ДИ 18,5-40,1) – низкий уровень реализации мер социальной поддержки для работников указанной категории; 17,6% (13 чел., 95% ДИ 9,7-28,2) – отсутствие профессионального роста; 14,9% (11 чел., 95% ДИ 7,7-25,0) – необходимость оказания медицинской помощи на дому (работа на участке) (рисунок 5.27).

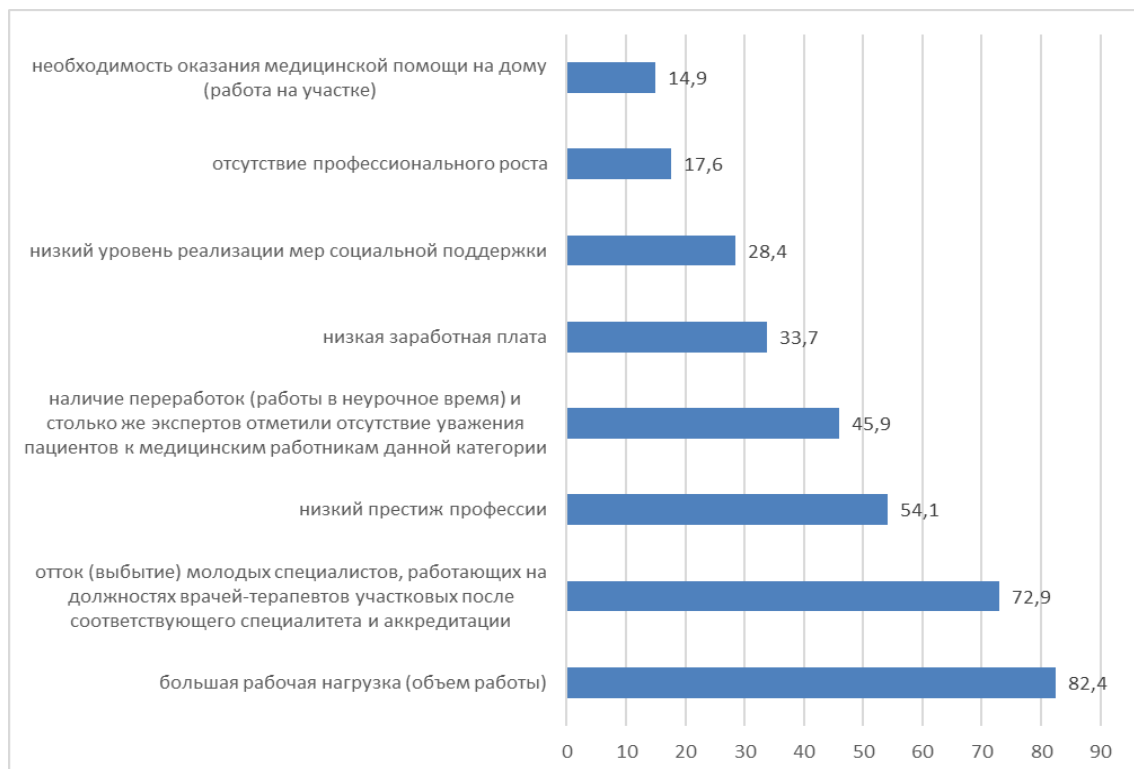


Рисунок 5.27 – Мнение экспертов о причинах оттока кадров (%)

Мнение экспертов в отношении того, реализуют ли ВТУ и МСУ свой профессиональный потенциал, противоположно мнению медицинских работников: считали, что реализуют в полной мере, 5,4% (4 чел., 95% ДИ 1,5-13,3) экспертов; считали, что скорее реализуют, – 23,0% (17 чел., 95% ДИ 14,0-34,2); затруднялись с ответом на данный вопрос – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3); считали, что скорее не реализуют, – 48,6% (36 чел., 95% ДИ 36,9-60,6); считали, что не реализуют, – 21,6% (16 чел., 95% ДИ 12,9-32,7) (рисунок 5.28).

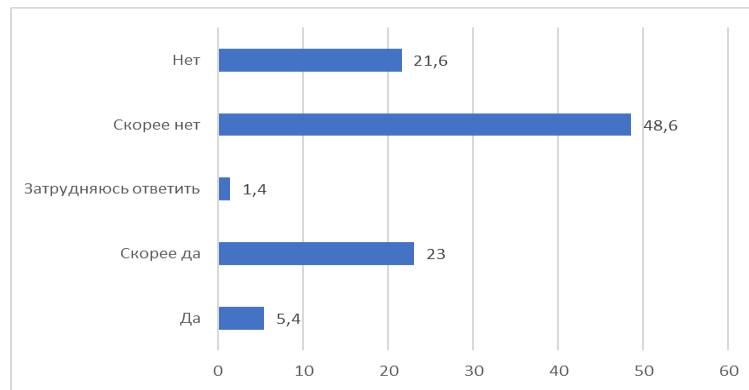


Рисунок 5.28 – Мнение экспертов по вопросу реализации профессионального потенциала ВТУ и МСУ (%)

Большинство экспертов считали, что и у ВТУ, и у МСУ, высокая нагрузка, а в целом на ТУ – большие объемы работы (рисунок 5.29). Так, считали, что в целом нагрузка у ВТУ высокая, – 72,9% экспертов (54 чел., 95% ДИ 61,4-82,6); считали, что скорее высокая, – 25,7% (19 чел., 95% ДИ 16,2-37,2); считали, что скорее не высокая, – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3).

Считали, что в целом нагрузка у МСУ высокая, – 45,9% экспертов (34 чел., 95% ДИ 34,3-57,9); считали, что скорее высокая, – 33,8% (25 чел., 95% ДИ 23,2-45,7); считали, что скорее не высокая, – 20,3% (15 чел., 95% ДИ 11,8-31,2).

Считали, что объем работы на ТУ высокий, – 75,7% экспертов (56 чел., 95% ДИ 64,3-84,9); считали, что скорее высокий, – 18,9% (14 чел., 95% ДИ 10,7-29,7); затруднялись с ответом – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3); считали, что скорее не высокий, – 4,0% (3 чел., 95% ДИ 0,8-11,4).

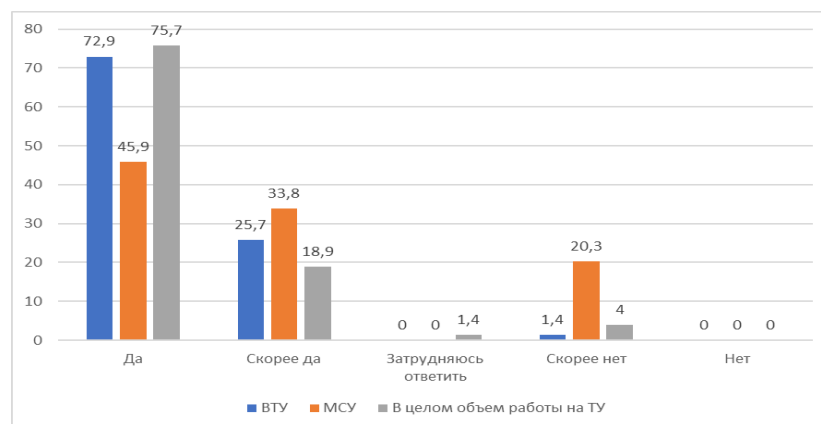


Рисунок 5.29 – Мнение экспертов о рабочей нагрузке ВТУ, МСУ и в целом об объемах работы на ТУ (%)

По мнению экспертов, ВТУ больше времени во время приема пациента тратят на работу с медицинской документацией, чем на работу с пациентом (опрос, осмотр и т.д.), 63,5% экспертов (47 чел., 95% ДИ 51,5-74,4); считали, что скорее больше времени, – 35,1% (26 чел., 95% ДИ 24,4-47,1); считали, что это не так, – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3) (рисунок 5.30).



Рисунок 5.30 – Распределение мнения экспертов по вопросу больших затрат времени ВТУ на работу с медицинской документацией во время приема пациента (%)

При этом 20,2% (15 чел., 95% ДИ 11,8-31,2) считали достаточным время, отведенное на первичный прием пациента, продолжительностью 13-15 мин.; 12,2% (9 чел., 95% ДИ 5,7-21,8) – продолжительностью 16-18 мин.; 46,0% (34 чел., 95% ДИ 34,3-57,9) – 19-20 мин.; 21,6% (16 чел., 95% ДИ 12,9-32,7) – более 20 мин. (рисунок 5.31).

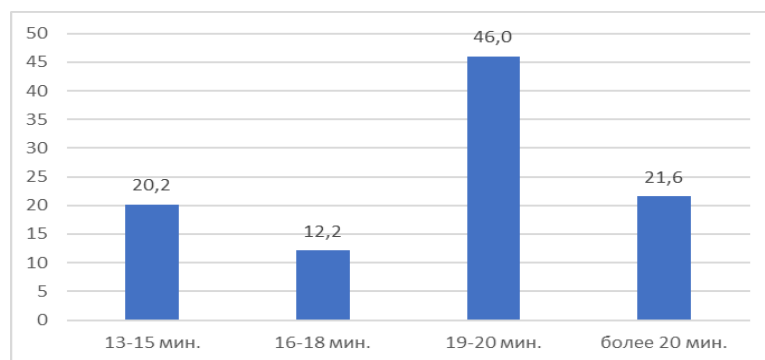


Рисунок 5.31 – Мнение экспертов о необходимой продолжительности первичного приема пациента (%)

По мнению экспертов, МСУ должна выполнять следующую работу на участке (рисунок 5.32): проведение обследования пациента на приеме (измерение АД, роста, веса, пульсоксиметрия и т.д.) – 89,2% (66 чел., 95% ДИ 79,8-95,2); оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) на приеме – 86,5% (64

чел., 95% ДИ 76,5-93,3); работа в МИС (поиск результатов обследований, запись пациента к врачу-специалисту, запись на лабораторные исследования и т.д.) на приеме – 75,7% (56 чел., 95% ДИ 64,3-84,9); патронаж маломобильных граждан – 74,3% (55 чел., 95% ДИ 62,8-83,8); выполнение назначений врача пациентам на дому – 71,6% (53 чел., 95% ДИ 59,9-81,5); обработку кушетки на приеме после осмотра пациента – 66,2% (49 чел., 95% ДИ 54,3-76,8); приглашение пациентов и контроль очереди перед кабинетом врача – 63,5% (47 чел., 95% ДИ 51,5-74,4); проведение самостоятельных сестринских приемов пациентов (в рамках диспансерного наблюдения, профилактических осмотров, с неотложными состояниями и т.д.) – 59,5% (44 чел., 95% ДИ 47,4-70,7); обеспечение кабинета расходными материалами и бланками направлений – 51,4% (38 чел., 95% ДИ 39,4-63,1); обзвон, информирование и/или приглашение пациентов (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.) – 46,0% (34 чел., 95% ДИ 34,3-57,9); подготовку дезинфицирующих растворов – 43,2% (32 чел., 95% ДИ 31,8-55,3); доставку амбулаторных карты из регистратуры – 17,6% (13 чел., 95% ДИ 9,7-28,2).

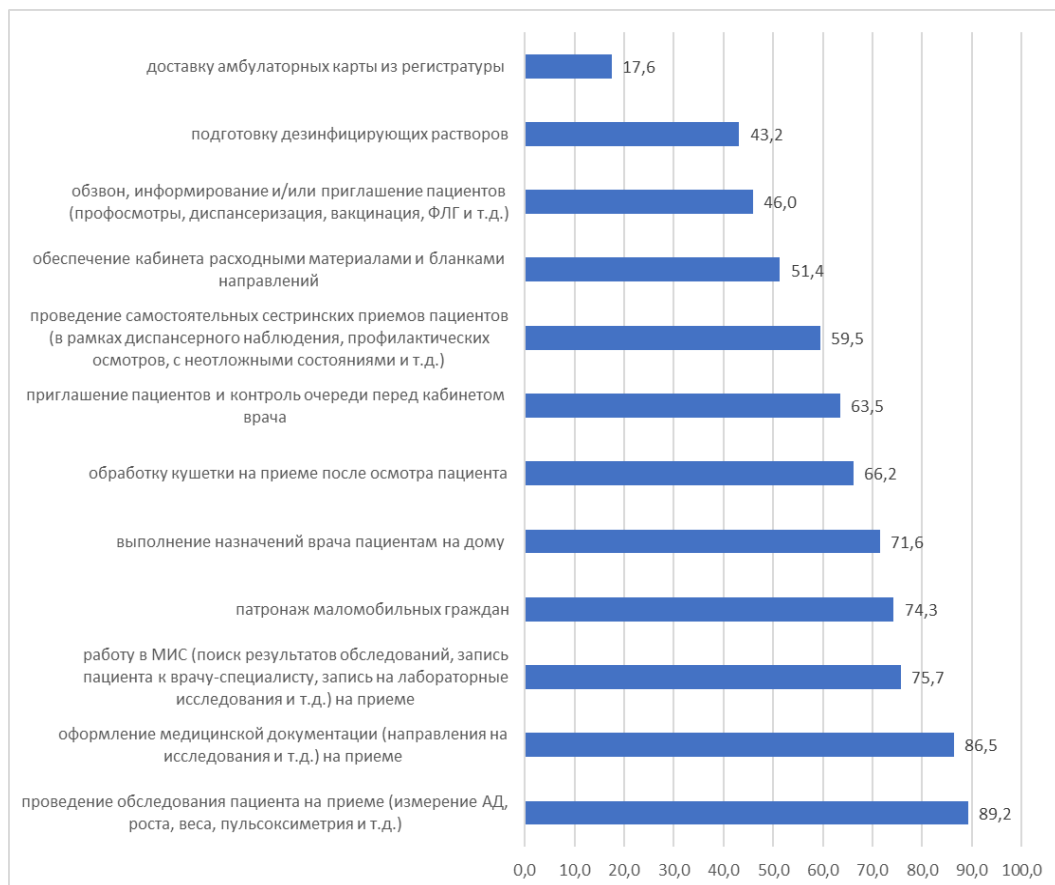


Рисунок 5.32 – Мнение экспертов о том, какие функции должна выполнять МСУ (%)

Вместе с тем из числа опрошенных считали, что МСУ можно заменить на амбулаторном приеме на специалиста без медицинского образования, – 9,5% (7 чел., 95% ДИ 3,9-18,5); считали, что скорее можно, – 29,7% (22 чел., 95% ДИ 19,7-41,5); затруднялись с ответом – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3); считали, что скорее нельзя, – 28,4% (21 чел., 95% ДИ 18,5-40,1); считали, что нельзя, – 31,0% (23 чел., 95% ДИ 20,8-42,9) (рисунок 5.33).

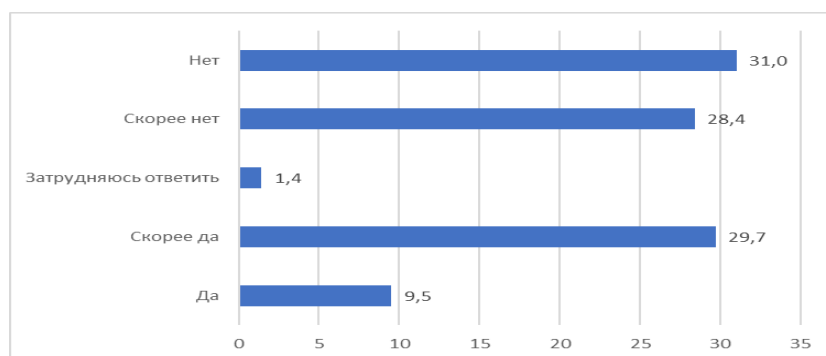


Рисунок 5.33 – Распределение мнения экспертов по вопросу замены МСУ на амбулаторном приеме на специалиста без медицинского образования (%)

Между тем, по мнению экспертов, ряд функций МСУ может выполнять *специалист без медицинского образования* (рисунок 5.34): обзвон, информирование и/или приглашение пациентов (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.) – 94,6% (70 чел., 95% ДИ 86,7-98,5); доставку амбулаторных карт из регистратуры – 89,2% (66 чел., 95% ДИ 79,8-95,2); приглашение пациентов и контроль очереди перед кабинетом врача – 81,1% (60 чел., 95% ДИ 70,3-89,3); обеспечение кабинета врача расходными материалами и бланками направлений – 81,1% (60 чел., 95% ДИ 70,3-89,3); работу с паспортом участка, ведение базы данных по пациентам в МИС – 68,9% (51 чел., 95% ДИ 57,1-79,2); работу в МИС (поиск результатов обследований, запись пациента к врачу-специалисту, запись на лабораторные исследования и т.д.) – 64,9% (48 чел., 95% ДИ 52,9-75,6); обработку кушетки на приеме после осмотра пациента – 64,9% (48 чел., 95% ДИ 52,9-75,6); взаимодействие с медицинскими и медико-социальными организациями – 52,7% (39 чел., 95% ДИ 40,7-64,4); оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) – 50,0% (37 чел., 95% ДИ 38,1-61,9).

Не считали, что специалистом с немедицинским образованием можно заменить

медицинскую сестру, – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3) [131].

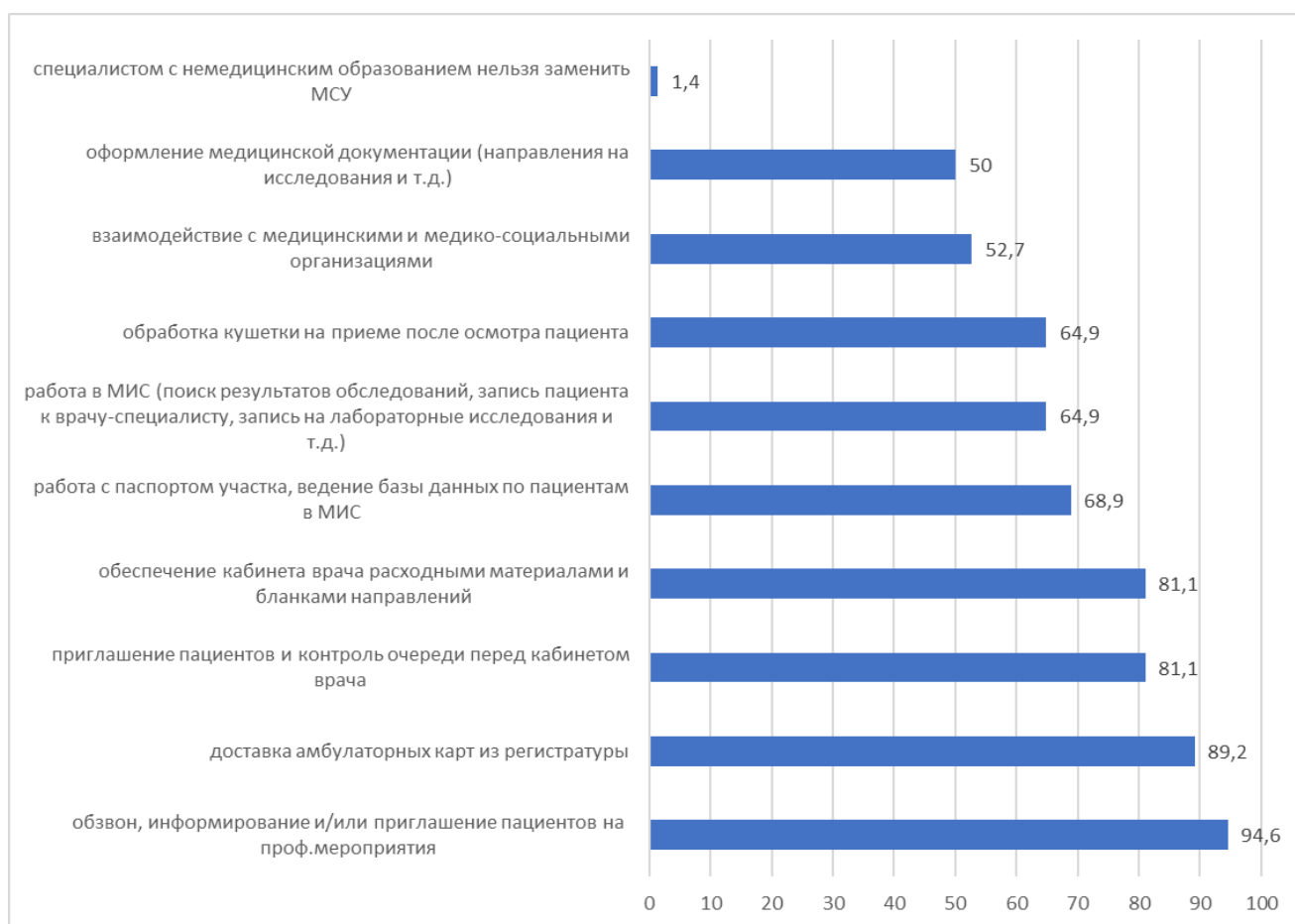


Рисунок 5.34 – Распределение мнения экспертов по вопросу возможности передачи функций МСУ специалистам без медицинского образования (%)

Распределение мнения экспертов по вопросу ведения ВТУ амбулаторного приема без МСУ или специалиста без медицинского образования представлено на рисунке 5.35.

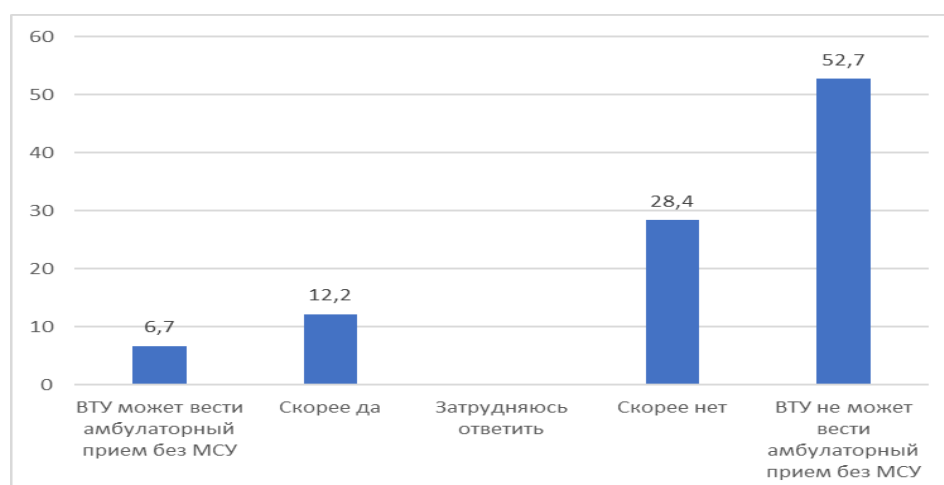


Рисунок 5.35 – Распределение мнения экспертов по вопросу ведения ВТУ амбулаторного приема без МСУ или специалиста без медицинского образования (%)

Считали, что ВТУ может вести амбулаторный прием пациента без МСУ или помощника без медицинского образования, – 6,7% (5 чел., 95% ДИ 2,2-15,1); считали, что скорее может, – 12,2% (9 чел., 95% ДИ 5,7-21,8); считали, что скорее не может, – 28,4% (21 чел., 95% ДИ 18,5-40,1), считали, что не может, – 52,7% (39 чел., 95% ДИ 40,7-64,4).

В целом эксперты считают, что ряд функций может быть делегирован от МСУ специалисту без медицинского образования (рисунок 5.41), однако на приеме пациента ВТУ, по мнению большинства экспертов, должна быть МСУ (рисунок 5.40). Между тем для повышения доступности и качества ПМСП эксперты предполагают изменение организации работы на ТУ – 55,4% (41 чел., 95% ДИ 43,4-67,0); считали, что скорее нужно менять организацию работы на врачебных участках, – 41,8% (31 чел., 95% ДИ 30,5-53,9); затруднялись с ответом – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3). Не считали, что для повышения доступности и качества оказания ПМСП необходимо (помимо увеличения численности медицинского персонала) в том числе менять организацию работы на врачебных участках, – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3). (рисунок 5.36).



Рисунок 5.36 – Распределение мнения экспертов по вопросу изменения организации работы на ТУ для повышения доступности ПМСП (%)

В качестве решений мнение экспертов распределилось следующим образом: привлечение к работе на участке персонала без медицинского образования для планирования профилактической работы с населением, информирования (обзвона) пациентов и т.д. – 93,2% (69 чел., 95% ДИ 84,9-97,8); привлечение фельдшера к работе

на участке для обслуживания вызовов на дом – 72,9% (54 чел., 95% ДИ 61,4-82,6); четкое распределение времени для выполнения видов работ (приемы пациентов, работа на дому, организационно-методическая работа) – 71,6% (53 чел., 95% ДИ 59,9-81,5); передача обслуживания вызовов врача на дом выездной службе неотложной помощи – 71,6% (53 чел., 95% ДИ 59,9-81,5); передача функций по записи пациента на прием к врачу-специалисту, на повторный прием, на исследования/обследования (лабораторные, инструментальные) в регистратуру – 59,5% (44 чел., 95% ДИ 47,4-70,7); приведение численности обслуживаемого населения к нормативным значениям 1700 чел. – 58,1% (43 чел., 95% ДИ 46,1-69,5); введение самостоятельных приемов медицинской сестрой участковой – 31,1% (23 чел., 95% ДИ 20,8-42,9); нужны какие-то другие изменения – 13,5% (10 чел., 95% ДИ 6,7-23,5). При этом 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3) отметил, что изменения в работе на терапевтическом участке не нужны (рисунок 5.37) [131].

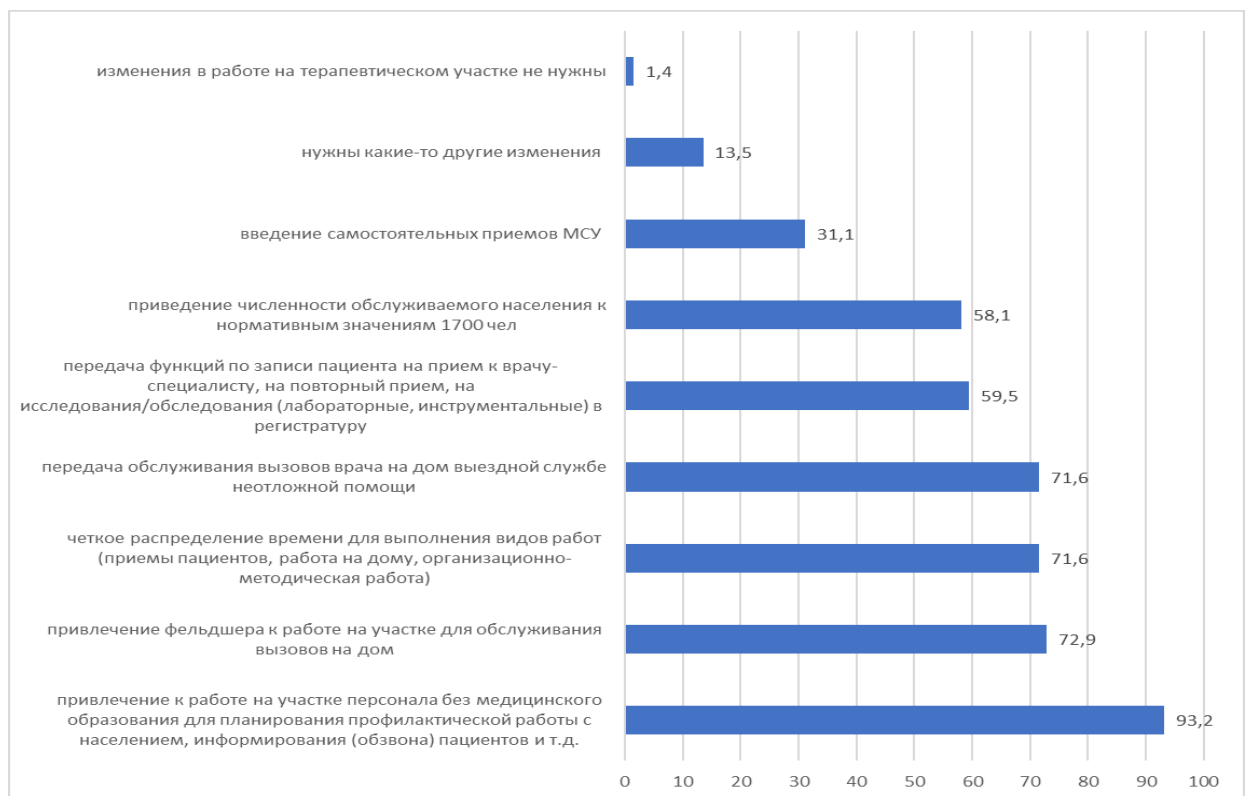


Рисунок 5.37 – Распределение мнения экспертов по возможным направлениям совершенствования работы на ТУ (%)

По мнению 24,3% опрошенных экспертов (18 чел., 95% ДИ 15,1-35,7) соотношение «ВТУ : МСУ», работающие на одном ТУ, должно быть 1:1 (приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н); по мнению 10,8% (8 чел., 95% ДИ 4,8-20,2) –

1:1,5 (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н); по мнению 47,3% (35 чел., 95% ДИ 35,6-59,3) – 1:2; по мнению 9,5% (7 чел., 95% ДИ 3,9-18,5) – 1:3 – 7; по мнению 8,1% (6 чел., 95% ДИ 3,0-16,8) – 1:4.

Сдерживающие факторы внедрения иных организационных решений непосредственно на ТУ, по мнению экспертов, следующие: отсутствие необходимого медицинского персонала для внедрения иных организационных решений – 75,7% (56 чел., 95% ДИ 64,3-84,9); отсутствие дополнительных кабинетов (площадей) для размещения медицинского персонала – 54,0% (40 чел., 95% ДИ 42,1-65,7); отсутствие мотивации у медицинского персонала, работающего на участках, что-либо менять – 46,0% (34 чел., 95% ДИ 34,3-57,9); необходимость дополнительного обучения медицинского персонала – 35,1% (26 чел., 95% ДИ 24,4-47,1); отсутствие тарифа на самостоятельный сестринский прием в тарифном соглашении – 35,1% (26 чел., 95% ДИ 24,4-47,1); отсутствие понимания у организаторов здравоохранения медицинских организаций, что необходимы перемены – 31,1% (23 чел., 95% ДИ 20,8-42,9); иные организационные решения не прописаны в нормативных правовых актах – 31,1% (23 чел., 95% ДИ 20,8-42,9); нежелание организаторов здравоохранения медицинских организаций что-либо менять – 29,7% (22 чел., 95% ДИ 19,7-41,5); ничего из перечисленного выше – 2,7% (2 чел., 95% ДИ 0,3-9,4) (рисунок 5.38).



Рисунок 5.38 – Распределение мнения респондентов по вопросу сдерживающих факторов тиражирования новых организационных решений в работу на ТУ (%)

Для повышения доступности и качества оказания ПМСП на врачебных участках целесообразно, по мнению 85,1% экспертов (63 чел., 95% ДИ 75,0-92,3), привлечь персонал без медицинского образования (например, медицинских регистраторов); по мнению 78,4% (58 чел., 95% ДИ 67,3-87,1) – организовать выездную службу для работы на дому; по мнению 71,6% (53 чел., 95% ДИ 59,9-81,5) – организовать кабинет/отделение медицинской профилактики; 64,8% (48 чел., 95% ДИ 52,9-75,6) считали, что необходимо организовать кабинет/отделение неотложной медицинской помощи, и столько же считали, что необходимо организовать сестринскую патронажную службу для работы на дому; 58,1% экспертов (43 чел., 95% ДИ 46,1-69,5) отметили организацию кабинетов доврачебного приема; 52,7% (39 чел., 95% ДИ 40,7-64,4) считали, что необходимо снижение численности прикрепленного населения на участке менее 1700 чел.; 50,0% (37 чел., 95% ДИ 38,1-61,9) отметили организацию бригадных форм работы на врачебных участках; 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3) отметили, что ничего из перечисленного выше (рисунок 5.39).

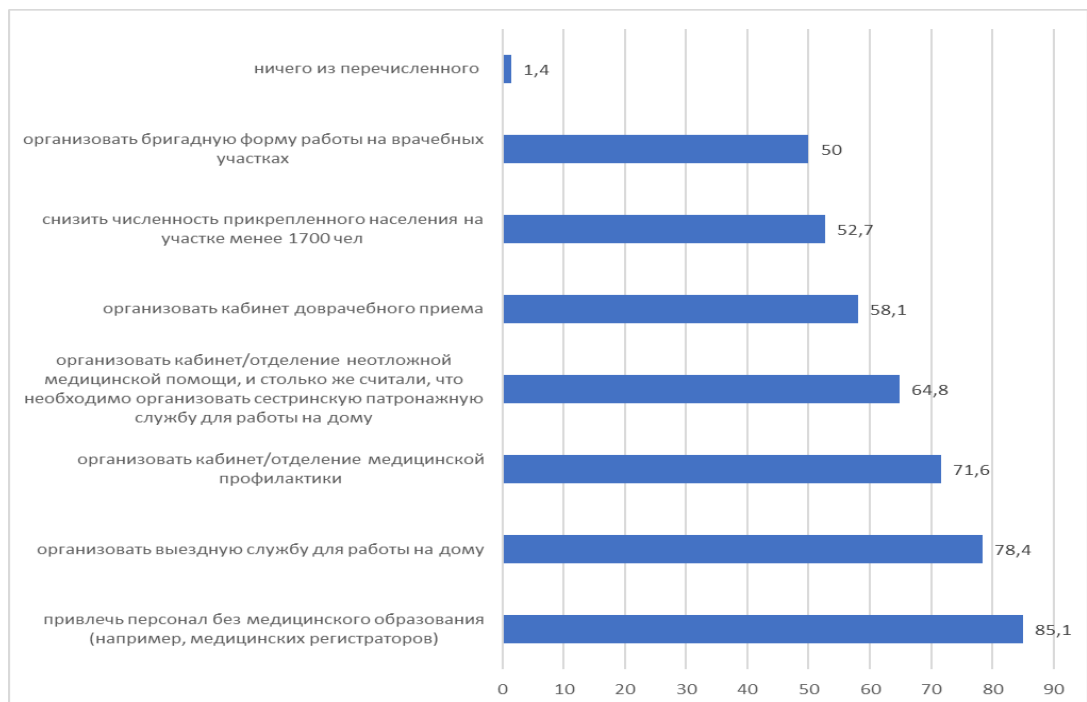


Рисунок 5.39 – Распределение мнения экспертов о возможных направлениях совершенствования ПМСП для повышения ее доступности и качества (%)

Ключевым принципом организации оказания ПМСП является участковость, которая фактически не сохраняется в условиях дефицита и дисбаланса кадров. Вместе с

тем большинство экспертов – 63,5% (47 чел., 95% ДИ 51,5-74,4) – считали, что территориально-участковый принцип оказания ПМСП необходимо сохранить; 31,1% (23 чел., 95% ДИ 20,8-42,9) считали, что скорее нужно сохранить; затруднились ответить на этот вопрос – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3); считали, что скорее не нужно сохранять, – 2,7% (2 чел., 95% ДИ 0,3-9,4), считали, что не нужно сохранять, – 1,4% (1 чел., 95% ДИ 0-7,3) (рисунок 5.40).

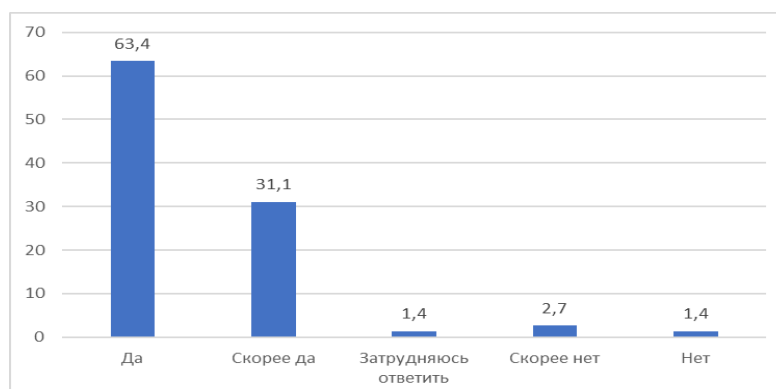


Рисунок 5.40 – Распределение мнения экспертов по вопросу необходимости сохранения территориально-участкового принципа оказания ПМСП (%)

По результатам полученных данных были отобраны 6 ключевых вопросов (п) для определения их значимости при решении вопросов совершенствования организации оказания ПМСП на ТУ. Было проведено ранжирование ответов 74 экспертов на вопросы, составлена сводная матрица рангов; фактор, которому эксперт давал наивысшую оценку, присваивался ранг 1. По сумме рангов факторы распределились следующим образом (таблица 5.5).

Таблица 5.5 – Расположение факторов (вопросов) по значимости в зависимости от суммы рангов

Факторы (вопросы)	Сумма рангов
Для повышения доступности и качества оказания ПМСП необходимо (помимо увеличения численности медицинского персонала) в том числе менять организацию работы на врачебных участках	141.5
Повышение доступности ПМСП возможно только привлечением медицинского персонала	189.5
Время на прием пациента должно быть увеличено	221.5
Оптимальное соотношение "врач-терапевт участковый : медицинская сестра участковая", работающие на одном ТУ	308.5
Возможна замена МСУ на приеме с врачом на специалиста без медицинского образования	315.5
Возможно проведение амбулаторного приема врачом без МСУ или другого помощника	371.5

Далее была проведена оценка согласованности мнений всех экспертов, получен результат $W = 0,44$. Для оценки значимости коэффициента конкордации был рассчитан коэффициент Пирсона (χ^2) при заданном уровне значимости $\alpha = 0,05$, $\chi^2 = 161,75$, что позволяет говорить о том, что $W = 0,44$ – величина не случайная, полученные результаты имеют смысл и могут использоваться в дальнейших исследованиях.

Дополнительно эксперты отметили следующие причины снижения доступности и качества ПМСП, а также пути преодоления выявленных проблем.

Ряд экспертов обратил внимание на недопустимо низкий уровень подготовки выпускников медицинских образовательных организаций на фоне общего дефицита кадров. При этом эксперты отметили, что выпускники вузов при низком уровне медицинских знаний абсолютно не ориентируются в клинических рекомендациях, в профилактических технологиях, не знают организацию работы поликлиники, не имеют навыков работы «на потоке», не готовы профессионально и психологически работать в условиях ограниченного времени. Подавляющее большинство молодых специалистов с трудом адаптируются к высокой интенсивности, к работе в условиях многозадачности, к переменам в требованиях, задачах и организации работы, в виду чего испытывают серьезный стресс, быстро «выгорают», стремятся трудоустроиться в иные медицинские организации или по специальности с менее напряженным ритмом работы.

При этом медицинские организации, затрачивая огромные усилия и ресурсы на адаптацию и обучение молодых специалистов, сформировать стабильный коллектив не могут: большинство молодых врачей рассматривают поликлинику как «перевалочный» пункт на 1 год, чтобы набрать баллы для поступления в ординатуру, отсюда нежелание знать свой участок и строить на нем работу. Необходимы возвращение интернатуры или пересмотр программ образования в медицинских вузах – на 6 курсе практика в поликлинике. Многие эксперты отметили, что необходимо ввести распределение после окончания вуза и отработку молодыми специалистами на участке не менее 3-5 лет, однако это не исключает вероятность текучести кадров по истечении указанного срока «отработки».

Эксперты отметили отсутствие должного внутреннего контроля за выполнением

и качеством профилактических мероприятий, в том числе ДН, отсутствие контроля за соблюдением алгоритмов диагностики и лечения ХНИЗ согласно клиническим рекомендациям, отсутствие разбора летальных исходов, отсутствие мотивированности врачей и медицинских сестер, заинтересованности в результатах своей работы, работа только на план и количество. Наблюдается формальное отношение врачей к проведению профилактических мероприятий и, соответственно, проведение неадекватного анализа показателей состояния здоровья прикрепленного населения, уровней заболеваемости, обращаемости населения и т.д. Необходимо введение критериев качества работы врача и среднего медицинского персонала, позволяющих увеличивать оплату труда в соответствии с результатами работы.

Также эксперты в качестве проблем отметили нерациональную организацию приема, низкий норматив времени на прием пациента, за который физически невозможно полноценно провести опрос пациента, объективное исследование, оформить медицинскую документацию в соответствии с действующими требованиями, провести адекватную беседу с пациентом (тем более с его родственниками). Это приводит к формальности осмотров, отсутствию клинического мышления у врача.

Это, в свою очередь, может формировать отсутствие мотивации со стороны населения к профилактическим мероприятиям, в связи с чем, много времени требует информирование и приглашение пациентов на прием, причем неоднократно, в большинстве случаев безрезультатно (по мнению экспертов); негативный настрой населения в отношении медицинского сообщества, который сказывается на коммуникации и приверженности проводимому лечению, профилактическим мероприятиям.

В качестве проблем эксперты отметили интенсивный темп внедрения информационных технологий и при этом – несовершенство медицинских информационных систем (отсутствие шаблонов в МИС, невозможность анализа данных и необходимость обработки вручную статистических данных, отсутствие систем принятия врачебных решений и т.д.), а также сложности в обучении специалистов старшего возраста работе с информационными и техническими ресурсами.

На качество медицинской помощи оказывает влияние, по мнению ряда экспертов, отсутствие преемственности между медицинскими организациями различных форм собственности, между стационаром и поликлиниками, а также в ряде случаев между структурными подразделениями в одной медицинской организации, что так же может быть обусловлено низким качеством МИС.

Также эксперты отметили непрофильные и необоснованные посещения, в том числе на дому, ВТУ: пациенты с рядом проблем могут быть приняты фельдшером или медицинской сестрой, при этом отсутствуют тарифы на посещение фельдшера по заболеванию, на самостоятельный сестринский прием. Необходима организация выходов врача на дом только по показаниям, неотложные вызовы должна обслуживать выездная централизованная служба неотложной медицинской помощи или выездные службы.

По мнению экспертов, функциональная ригидность сложившейся системы, нерациональная организация оказания медицинской помощи, отсутствие качественной организации процессов оказания медицинской помощи; отсутствие правильной и рациональной организации и распределения рабочего времени; отсутствие четкого понимания распределения обязанностей; несовершенство нормативной базы по ряду трудовых функций и умений участковых врачей, отсутствие на федеральном уровне перечня врачей-специалистов, оказывающих первичную специализированную помощь после предварительного посещения врача терапевта участкового, дефицит материально-технического, кадрового обеспечения, дефицит площадей для правильной организации работы кабинетов/отделений оказывают негативное влияние на доступность и качество ПМСП.

Еще одним фактором, на который обратили внимание эксперты, является рост уровня миграции населения в городскую местность, что является неотъемлемой частью развития общества, но в то же время негативно сказывается на системе здравоохранения. Идет непропорциональное увеличение количества городского населения на количество медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Также наблюдается миграция квалифицированных кадров в регионы с более

высоким заработными платами и мерами социальной поддержки и выбытие (увольнение) медицинских работников пенсионного возраста для перерасчета пенсии. Эксперты отметили, что для обеспечения шаговой доступности необходимо перенесение кабинетов участковых врачей и пунктов неотложной медицинской помощи непосредственно в жилые массивы; развитие институтов доврачебного приема и участкового врача, где и должен быть оказан основной объем амбулаторно-поликлинической помощи. При этом первичная специализированная медико-санитарная помощь (консультативно-диагностическая) может быть сосредоточена в консультативно-диагностических центрах крупных медицинских организаций (больниц).

Для решения указанных проблем эксперты отметили необходимость повышения заработной платы, обеспечение медицинских работников полным социальным пакетом, премирование за интенсивность и показатели работы на врачебном участке. Возрождению участковости в поликлиниках будут способствовать не только стимулирующие выплаты «за работу в ПМСП», но и за длительность работы на одном рабочем месте, а именно – на участке.

Оптимизации и более четкому распределению рабочего времени в течение смены, снижению нагрузки на персонал, по мнению экспертов, могут способствовать обеспечение записи на первичный и повторный прием точно по времени, выделение времени на работу с медицинской документацией (оформление посыльных листков, выписных эпикризов, протоколов врачебной комиссии и т.д.), изменение функциональных обязанностей среднего медицинского персонала, организацию сестринской патронажной службы и привлечение лиц без медицинского образования для приглашений пациентов и записи МИС, доработка и повышение функциональности МИС.

То есть в штатный норматив ТУ кроме ВТУ и МСУ необходимо вводить должность фельдшера, дополнительные ставки медицинской сестры или специалиста без медицинского образования (увеличение соотношения ставок врача и среднего медицинского персонала как 1:3 или 1:4). При такой организации медицинская сестра

будет выполнять роль ассистента врача, подготавливая и организуя прием, вести самостоятельный прием в целях подготовки пациентов к диспансерному осмотру, диспансеризации, госпитализации, оформлению санаторно-курортных карт и т.д., работать с паспортом участка. Фельдшер может вести самостоятельный первичный прием, работать на участке, проводить вакцинацию, открывать случаи диспансеризации (1 этап). Исключать медицинскую сестру из работы на участке, по мнению экспертов, неверно – опытная медсестра, как правило, хорошо знает участок, пользуется доверием населения, способна «управлять» пациентами и мотивировать к прохождению профилактических мероприятий. Однако для решения этой задачи могут потребоваться дополнительные площади – кабинеты приема.

Развитие отделений профилактики может являться одним из способов снижения нагрузки на участковую службу – выведение профилактических осмотров, диспансеризации, ДН, а также вакцинации на предприятиях. Однако стоит обратить внимание, что передача профилактической работы с участка может повлечь фактическую потерю участкового принципа оказания ПМСП, снижение значимости ВТУ и МСУ в работе с пациентами. Представляется целесообразным организация работы отделений профилактики с работающими гражданами предприятий территории обслуживания.

Результаты исследований, представленных в данной главе, опубликованы в статье: Крякова, М.Ю. Мнение специалистов и пациентов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи и предложения по ее совершенствованию / И.М. Сон, М.Ю. Крякова, Л.И. Меньшикова, Г.Г. Введенский, И.А. Купеева, Е.В. Каракулина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023;4:1027-1048. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-4-1027-1048. – EDN MXCDSI.

Резюме. Большинство ВТУ, МСУ и экспертов считали, что в течение амбулаторного приема ВТУ больше времени тратит на работу с медицинской документацией. Однако большинство пациентов считали достаточным время, отведенное на амбулаторный прием пациента (75,9%, 403 чел.), вместе с тем по

мнению большинства ВТУ, МСУ и экспертов продолжительность амбулаторного приема (первичного) должна составлять 19-20 мин.

Основные функции МСУ по мнению пациентов (на амбулаторном приеме): 45,4% – оформление медицинской документации; 31,8% – запись пациентов на исследования в МИС; 26,2% – выполнение иной работы с медицинской документацией. Мнение ВТУ и МСУ по поводу функций, выполняемых МСУ в текущих условиях, аналогично: 90,8% и 99,0% соответственно отмечали обзвон, информирование и приглашение пациентов на профилактические мероприятия; 85,5% и 94,3% – оформление медицинской документации на приеме; 81,6% и 91,4% – выполнение назначений врача пациентам на дому.

Большинство ВТУ и МСУ считали рабочую нагрузку высокой (92,8% и 87,6% соотв.), при этом основной причиной обе категории работников отметили работу с медицинской документацией (70,4% и 60,0% соотв.). Среди экспертов 98,6% считали, что у ВТУ высокая нагрузка, 79,7% – что у МСУ, и 94,6% в целом считали объем работы на ТУ высоким.

Большинство ВТУ и МСУ считали свою работу интересной (80,9% и 82,9% соответственно) и что реализуют свой профессиональный потенциал в полной мере (67,8% и 68,6% соответственно), однако 70,2% экспертов считали, что ни ВТУ, ни МСУ не реализуют свой профессиональный потенциал. Большинство ВТУ и МСУ считали, что МСУ может заниматься самостоятельной работой с пациентами (72,5% и 41,9% соотв.), а 32,0% пациентов отметили, что к МСУ можно обратиться на самостоятельный прием; 27,0% – скорее обратились бы. Однако большинство ВТУ, МСУ и экспертов считали, что МСУ на приеме нельзя заменить на специалиста без медицинского образования (83,6%, 89,5% и 59,4% соотв.). И ВТУ, и МСУ, и эксперты считали, что специалисту без медицинского образования можно передать функцию обзвона и информирования населения о профилактических мероприятиях (86,2%, 83,8% и 94,6% соотв.), доставку амбулаторных карт из регистратуры (78,3%, 80,0% и 89,2% соотв.) и обеспечение кабинета врача расходными материалами и бланками направлений (64,5%, 51,4% и 81,1%). Большинство ВТУ,

МСУ и экспертов считали, что ВТУ не может вести прием без МСУ или специалиста без медицинского образования (80,3%, 80,0% и 81,1% соотв.).

Большинство ВТУ и МСУ считали, что организацию работы на ТУ необходимо менять (71,7% и 60,9% соотв.), мнение экспертов было аналогичным – 97,2% отметили, что организацию работы на ТУ необходимо менять. И ВТУ, и МСУ и эксперты считали, что территориально-участковый принцип оказания ПМСП необходимо сохранять.

Данные анкетирования говорят в пользу того, что необходимы разработка и внедрение новых организационных технологий.

ГЛАВА 6. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ НА РАЗНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ

Для определения затрат времени на различные виды деятельности ВТУ и МСУ, выявления необходимости перераспределения функциональных обязанностей медицинского персонала ТУ, а также для обоснования выбора организационной технологии оказания медицинской помощи на ТУ в пилотных медицинских организациях были проведено фотохронометражное исследование.

Изучались затраты времени ВТУ и МСУ в течение смены, с учетом продолжительности рабочего времени 39 часов в неделю, затраты времени на прием одного пациента, а также структура затрат времени на различные виды деятельности: основную, вспомогательную, работу с медицинской документацией. Определялось также продолжительность незагруженного и лично необходимого времени.

Результаты исследования временных затрат на различные виды деятельности у ВТУ в течение смены в пилотных поликлиниках представлены в таблице 6.1.

Таблица 6.1 – Затраты времени на разные виды деятельности у ВТУ в течение смены в пилотных поликлиниках, мин. и %

Вид деятельности	ГАУЗ ККДЦ им. И.А. Колпинского		ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%
Основная деятельность	152	33,1	171,8	37,6	201,7	43,1	211,4	45,3	225	47,9
Вспомогательная деятельность	62,5	13,6	59,4	13,0	74,4	15,9	41	8,7	31	6,5
Работа с медицинской документацией	245	53,2	197,8	43,3	184,4	39,4	210,6	45,0	202	43,1
Незагруженное время (ожидание)	0,5	0,1	27,8	6,1	7,5	1,6	5	1,0	12	2,5
Личное время	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого	460	100	457	100	468	100	468	100	470	100

Из представленных в таблице данных следует, что структура затрат времени на

различные виды деятельности у ВТУ в течение смены в пилотных поликлиниках различалась. Так, меньше всего времени на основную деятельность затрачивали ВТУ в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ «КККД» – 152 и 171,8 минуты (33,1% и 37,6% от всех затрат времени в смену соответственно), ВТУ ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» тратили на основную деятельность от 201 до 225 минут в смену, что составляет от 43,1 до 47,9% от всех затрат времени в смену.

Меньше всего времени на вспомогательную деятельность затрачивали ВТУ ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» – 41 и 31 минуту в смену, что составило 8,7% и 6,5% от всех затрат времени в смену, соответственно. ВТУ ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ «КККД» затрачивали на вспомогательную деятельность примерно одинаковое время: 62,5 и 59,4 минуты (13,6% и 13,0% соответственно). Самые высокие временные затраты на вспомогательную деятельность 74,4 минуты (15,9%) в смену отмечены у ВТУ в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3».

На работу с медицинской документацией, работу в МИС и организационно-методическую работу ВТУ в разных пилотных поликлиниках тратили разное время: от 245 мин (53,2% от всей продолжительности смены) в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, до 184,4 минут (39,4%) в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3». Следует отметить, что в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ «КККД» у ВТУ затраты на работу с медицинской документацией, работу в МИС и организационно-методическую работу превосходили затраты на основную деятельность (245 и 152 минуты, 197,8 и 171,8 минуты соответственно). В остальных пилотных медицинских организациях затраты ВТУ на основную деятельность и работу с медицинской документацией были соизмеримы.

С наибольшей интенсивность работал ВТУ в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского: продолжительность незагруженного времени у него составляла всего 0,5 минуты в смену, в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», ГБУЗ НСО «ГП № 17» незагруженное время составило всего 7,5, 5 и 12 минут, соответственно. Незагруженное время ВТУ в ГБУЗ «КККД» в структуре временных затрат составило 6,1% (27,8 минут).

В течение смены у ВТУ затрат времени на личные нужды не зафиксировано, что свидетельствует о высокой интенсивности труда ВТУ во всех пилотных медицинских организациях.

Средние затраты времени ВТУ пилотных поликлиник на различные виды деятельности у ВТУ в течение смены представлены на рисунке 6.1.

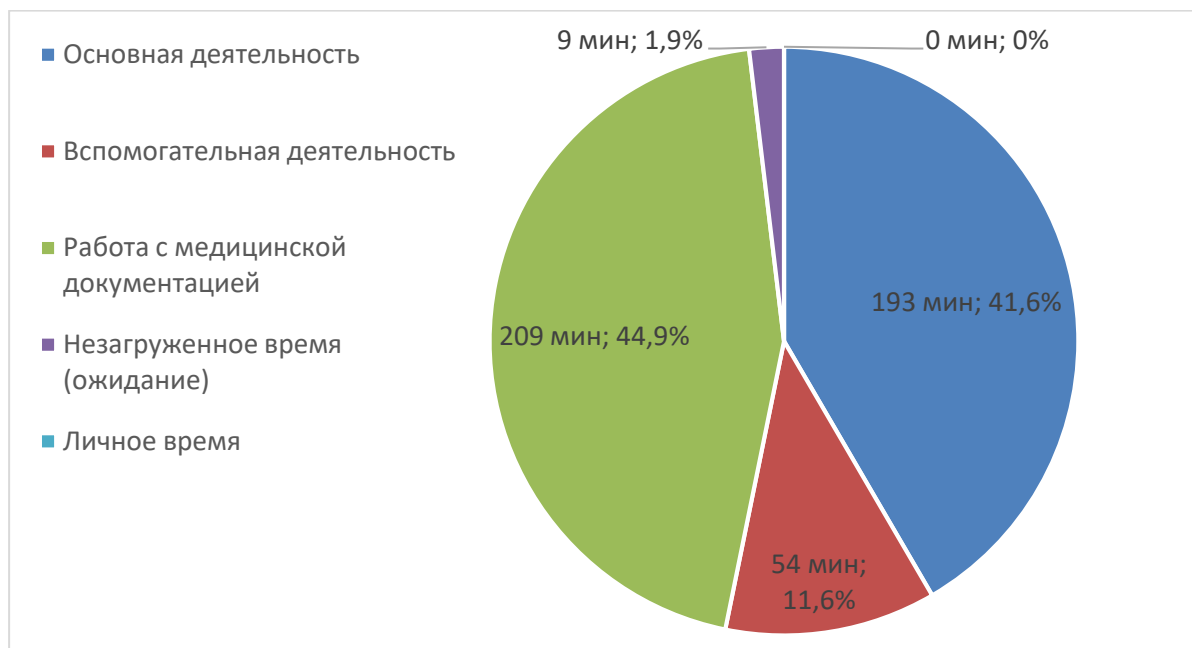


Рисунок 6.1 – Средние затраты времени на различные виды деятельности у ВТУ в течение смены, мин. и %

Из данных, представленных на рисунке, видно, что ВТУ большую часть рабочего времени тратят на работу с медицинской документацией, в том числе в МИС – 44,9%, доля затрат времени на основную деятельность составляет 41,6%. Затраты ВТУ на вспомогательную деятельность не столь велики, на этот вид деятельности в течение смены затрачивается 11,6% рабочего времени. ВТУ работают, как правило, с высокой интенсивностью, поэтому доля незагруженного времени в течение смены составляет всего 1,9%.

Фотохронометражные замеры временных затрат ВТУ проводились одновременно с замерами временных затрат МСУ. Результаты исследования временных затрат на различные виды деятельности у МСУ в течение смены в пилотных поликлиниках представлены в таблице 6.2.

Таблица 6.2 – Затраты времени на различные виды деятельности у МСУ в течение смены в пилотных поликлиниках, мин. и %

Виды деятельности	ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского		ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%
Основная деятельность	59,1	12,9	53,1	11,8	30,5	6,4	86,1	18,4	56,0	11,8
Вспомогательная деятельность	105,3	23,0	91,4	20,3	191,8	40,2	149,3	31,9	148,0	31,1
Работа с медицинской документацией	244,1	53,3	278,1	61,8	232,8	48,8	120,7	25,8	220,0	46,3
Незагруженное время (ожидание)	49,5	10,8	27,5	6,1	11,9	2,5	111,9	23,9	51,0	10,8
Личное время	0,0	0	0,0	0,0	10,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Итого	458	100	450	100	477	100	468	100	475	100

Из данных, представленных в таблице, следует, что затраты времени на различные виды деятельности у МСУ в течение смены в пилотных поликлиниках различалась существенно, соответственно различалась и структура затрат. Меньше всего времени на основную деятельность затрачивала медицинская сестра ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» – 30,5 минут, 6,4% от всех затрат времени в смену; больше всего – МСУ ГБУЗ НСО «ГП № 17» – 86,1 минуты (18,4% от всех затрат времени в смену). Медицинские сестры участковые ГБУЗ «КККД», ГАУЗ НСО «ГКП № 1» и ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского тратили на основную деятельность примерно одинаковое время – 53,1, 56,0 и 59,1 минуты, что составляет 11,8%, 11,8% и 12,9% от всех затрат времени в смену соответственно [70].

Вспомогательная деятельность занимает у МСУ значительную часть рабочего времени. Самые высокие временные затраты на вспомогательную деятельность были зафиксированы у МСУ в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», МСУ в этой поликлинике тратила на основную деятельность 191,8 минуты или 40,2% от всего рабочего времени смены [70]. МСУ ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП №1» затрачивали на вспомогательную деятельность примерно одинаковое время: 149,3 и 148,0 минут (31,9% и 31,1% соответственно). Меньше всего времени вспомогательная деятельность занимала

у медицинских сестер участковых в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ «КККД» – 105,3 и 91,4 минуты в смену, что составило 23,0% и 20,3% от всех затрат времени в смену, соответственно [70].

Набольшая доля временных затрат МСУ во всех пилотных поликлиниках (кроме ГБУЗ НСО «ГП № 17») приходилась на работу с медицинской документацией, работу в МИС и организационно-методическую работу. МСУ тратили на этот вид деятельности: от 271,1 минуты (61,8% от всей продолжительности смены) в ГБУЗ «КККД» до 220 минут (46,3%) ГАУЗ НСО «ГКП № 1» [70]. Следует отметить, что в ГБУЗ НСО «ГП № 17» затраты на работу с медицинской документацией, работу в МИС и организационно-методическую работу составили всего 120,7 минуты в смену (25,8%) [70].

Изучение продолжительности незагруженного времени выявило, что у МСУ незагруженного времени больше, чем у ВТУ. Незагруженное время МСУ в ГБУЗ НСО «ГП № 17» составило 111,9 минуты (25,8%), в то же время МСУ в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» была не загружена всего 11,9 минуты (2,5%), в ГБУЗ «КККД» была не загружена всего 27,5 минуты в смену (6,1%) [70]. В других пилотных поликлиниках (ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГАУЗ НСО «ГКП № 1») МСУ оставались незагруженными работой в течение 49,5 – 51,0 минуты (10,8%) [70]. В течение рабочей смены затрат времени МСУ на личные нужды были зафиксированы лишь в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» [70].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что МСУ пилотных поликлиник большую часть рабочего времени тратят на вспомогательную деятельность и работу с медицинской документацией, соответственно доля временных затрат на основную деятельность не превышает 20%. Следует также отметить наличие у МСУ незагруженного времени. Вышеизложенное подтверждает необходимость внедрения новых организационных технологий на ТУ.

Средние затраты времени МСУ пилотных поликлиник на различные виды деятельности в течение смены представлены на рисунке 6.2.

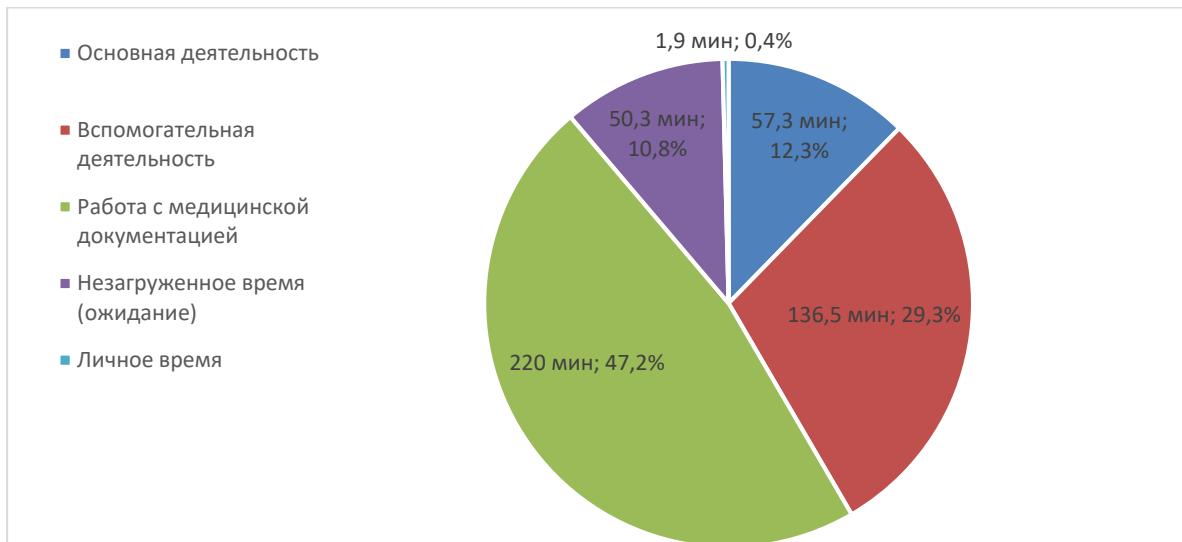


Рисунок 6.2 – Средние затраты времени на различные виды деятельности у МСУ в течение смены, %

Из данных, представленных на рисунке, видно, что МСУ, также, как и ВТУ, большую часть рабочего времени тратят на работу с медицинской документацией, в том числе в МИС – 47,2% рабочего времени в смену, доля затрат времени на основную деятельность составляла 12,3%, что практически в 3,5 раза меньше, чем ВТУ [70]. Затраты ВТУ на вспомогательную деятельность, наоборот, в 2,5 больше, чем у ВТУ, на этот вид деятельности в течение смены затрачивается 29,3% временного бюджета рабочей смены. В отличие от ВТУ медицинские сестры имели незагруженное работой время, и доля его существенна – 10,8% [70]. Сравнительная характеристика затрат времени на разные виды деятельности в течение смены ВТУ и МСУ представлена на рисунке 6.3.

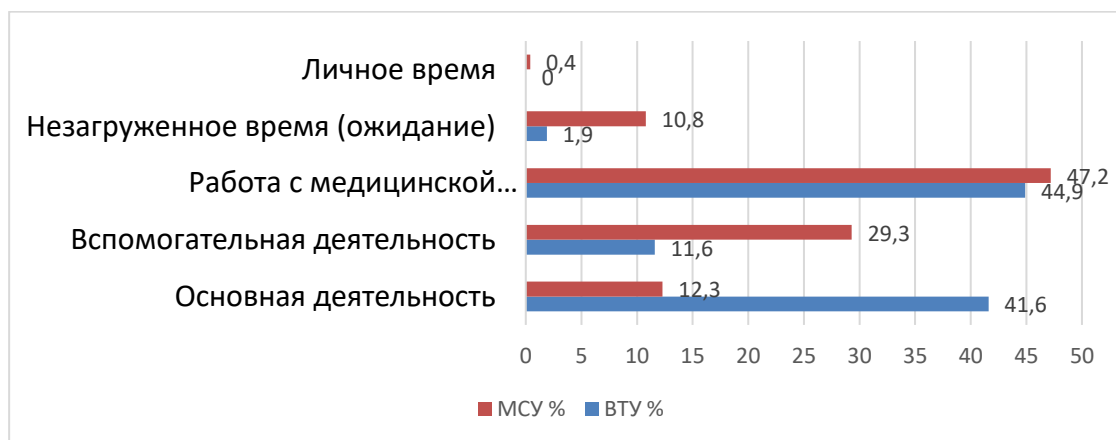


Рисунок 6.3 – Сравнительная характеристика затрат времени на разные виды деятельности в течение смены ВТУ и МСУ, %

Как видно на рисунке, интенсивность труда МСУ ниже, чем ВТУ, что также является обоснованием для внедрения новых организационных форм работы на ТУ.

Далее были дополнительно изучены затраты времени на различные виды деятельности ВТУ и МСУ в течение амбулаторного приема: средние затраты времени на разные виды деятельности ВТУ пилотных поликлиник в течение амбулаторного приема 1 пациента представлены в таблице 6.3.

Таблица 6.3 – Затраты времени на разные виды деятельности у ВТУ в течение амбулаторного приема в пилотных поликлиниках, мин. и %

Вид деятельности	ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского		ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%
Основная деятельность	6,2	44,1	6,1	38,0	6,4	53,7	4,9	44,7	10,5	46,0
Вспомогательная деятельность	1,1	7,9	2,0	12,3	1,3	10,6	1	9,0	2,0	9,4
Работа с медицинской документацией	6,7	47,9	7,4	46,3	4	33,6	5	45,0	10	44,4
Незагруженное время (ожидание)	0	0,1	0,5	3,4	0,3	2,1	0,1	1,3	0,5	0,2
Личное время	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого	14	100	16	100	12	100	11	100	23	100

Из данных, представленных в таблице, следует, что самая высокая продолжительность приема пациента ВТУ зарегистрирована в ГАУЗ НСО «ГКП № 1», где она составила 23 минуты. При этом и затраты на основную деятельность у ВТУ были самыми высокими – 10,5 минут (46,0%). В ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» и ГБУЗ НСО «ГП № 17» продолжительность приема 1 пациента ВТУ составляла примерно одинаковое время – 12 и 11 минут соответственно, но из общего времени приема ВТУ в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» затрачивал на основную деятельность большую часть времени (6,4 минуты, 53,7%), а ВТУ в ГБУЗ НСО «ГП № 17» тратил на основную деятельность меньшее время – 4,9 минуты (44,6%).

В ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ «КККД» общие затраты времени на прием 1 пациента составили 14 и 16 минут соответственно, при этом затраты на основную деятельность были одинаковыми 6,2 и 6,1 минуты, а их доля среди всех затрат

времени на прием одного пациента несколько различалась (44,1% и 38,0% соответственно). На вспомогательную деятельность во время приема пациентов ВТУ затрачивали 1-2 минуты, доля затрат на этот вид деятельности колебался от 12,3% в ГБУЗ «КККД» до 7,9% в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского. Можно констатировать, что затраты на вспомогательную деятельность ВТУ во время приема пациентов во всех пилотных поликлиниках были в пределах допустимых значений и различались не существенно.

Во время приема пациента ВТУ на работу с медицинской документацией, в том числе на работу в МИС затрачивал время, соизмеримое с затратами времени на основную деятельность. Наименьшее время на вспомогательную деятельность во время приема пациента затрачивали ВТУ в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» и ГБУЗ НСО «ГП № 17» – 4 и 5 минут соответственно (33,6% и 45,0%), но затраты на основную деятельность ВТУ в этих поликлиниках были наименьшими. В ГАУЗ НСО «ГКП № 1» ВТУ затрачивал на работу с медицинскими документами 10 минут из 23 минут всего времени приема пациента (44,4%).

Таким образом, обращает на себя внимание факт существенных затрат времени на работу с медицинской документацией во время приема пациента. Средние затраты времени ВТУ пилотных поликлиник на различные виды деятельности в течение амбулаторного приема 1 пациента представлены на рисунке 6.4.

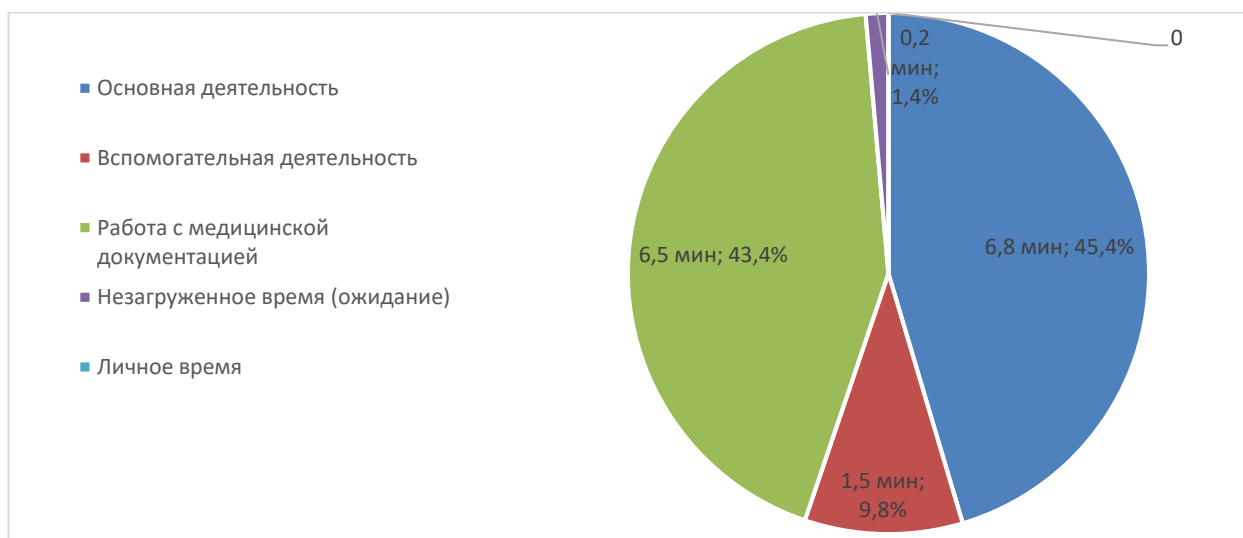


Рисунок 6.4 – Средние затраты времени на различные виды деятельности у ВТУ в течение амбулаторного приема, мин. и %

Из рисунка следует, что в среднем время, затрачиваемое на прием 1 пациента ВТУ в пилотных медицинских организациях, составило 15 минут, из которых 6,8 минут (45,4%) приходилось на основную деятельность, 6,5 минуты (43,4%) – на работу с медицинской документацией и 1,5 минуты (9,8%) – на вспомогательную деятельность.

В таблице 6.4 представлены средние затраты времени на различные виды деятельности МСУ пилотных поликлиник в течение амбулаторного приема 1 пациента.

Таблица 6.4 –Затраты времени на различные виды деятельности у МСУ на амбулаторный прием в пилотных поликлиниках, мин. и %

Виды деятельности	ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского		ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%
Основная деятельность	1,9	13,3	1,7	10,6	1,2	10,4	2,3	21,3	3,6	15,5
Вспомогательная деятельность	1,6	11,2	2,3	14,5	3,8	31,4	2,4	22,2	7,3	31,6
Работа с медицинской документацией	8,3	59,0	11,3	70,9	6,3	52,7	3,1	28,5	8,8	38,1
Незагруженное время (ожидание)	2,3	16,5	0,6	4,0	0,7	5,5	3,1	28,0	3,4	14,8
Личное время	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Итого	14	100	16	100	12	100	11	100	23	100

Из представленных в таблице данных следует, что затраты на основную деятельность на амбулаторном приеме у МСУ не превышают 3,6 минут, в основном МСУ затрачивали время на работу с медицинской документацией. Так, на этот вид деятельности МСУ в ГБУЗ «КККД» тратили 11,3 минуты из 16 минут времени амбулаторного приема пациента, что составило 70,9%. Наименьшее время на работу с медицинской документацией затрачивалось МСУ в ГБУЗ НСО «ГП № 17» – 3,1 минуты (28,5%) [70]. В ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» затраты составили 8,3 (59,0%), 6,3 (52,7%) и 8,8 (38,1%) соответственно [70]. Вспомогательная деятельность больше всего времени отнимала у МСУ в ГАУЗ НСО «ГКП № 1», затраты на этот вид деятельности во время амбулаторного приема пациента составили 7,3 минуты (31,6%) [70]. В других пилотных поликлиниках затраты на вспомогательную деятельность не превышали 3,8 минут.

Для трех из пяти пилотных поликлиник характерно наличие у МСУ во время

амбулаторного приема пациента незагруженного времени, которое составляет 2,3 минуты (16,5%) в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, 3,1 минуты (28,5%) в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и 3,4 минуты (14,8%) в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» [70].

Средние затраты времени МСУ пилотных поликлиник на различные виды деятельности в течение амбулаторного приема 1 пациента представлены на рисунке 6.5.

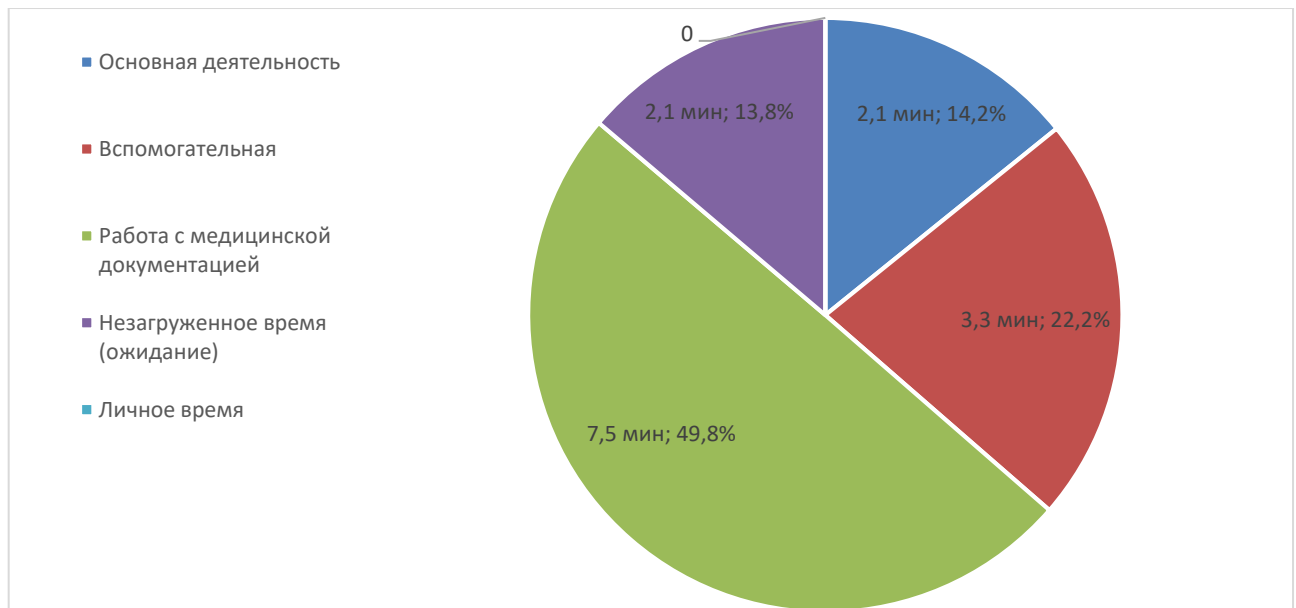


Рисунок 6.5 – Средние затраты времени медицинской сестры участковой на основные виды деятельности в течение амбулаторного приема, мин. и %

Из рисунка следует, что в среднем время, затрачиваемое на прием 1 пациента в пилотных медицинских организациях, составило 15 минут, из которых МСУ лишь 2,1 минуты (14,2%) затрачивала на основную деятельность, 7,5 минуты (49,8%) – на работу с медицинской документацией, 3,3 минуты (22,2%) – на вспомогательную деятельность и 2,1 минуты (13,8%) оставались незагруженными [70].

В течение амбулаторного приема у МСУ значительную часть рабочего времени тратят на работу с медицинской документацией, в том числе в МИС (49,8%), причем связанную не только с приемом конкретного пациента, доля затрат времени на основную деятельность была в 3,2 раза меньше, чем ВТУ [70]. Затраты МСУ на вспомогательную деятельность, наоборот, в 2,3 больше, чем у ВТУ. В отличие от ВТУ медицинские сестры имели существенную долю незагруженного работой времени. Сравнительная

характеристика затрат времени ВТУ и МСУ на разные виды деятельности в течение приема 1 пациента представлена на рисунке 6.6.

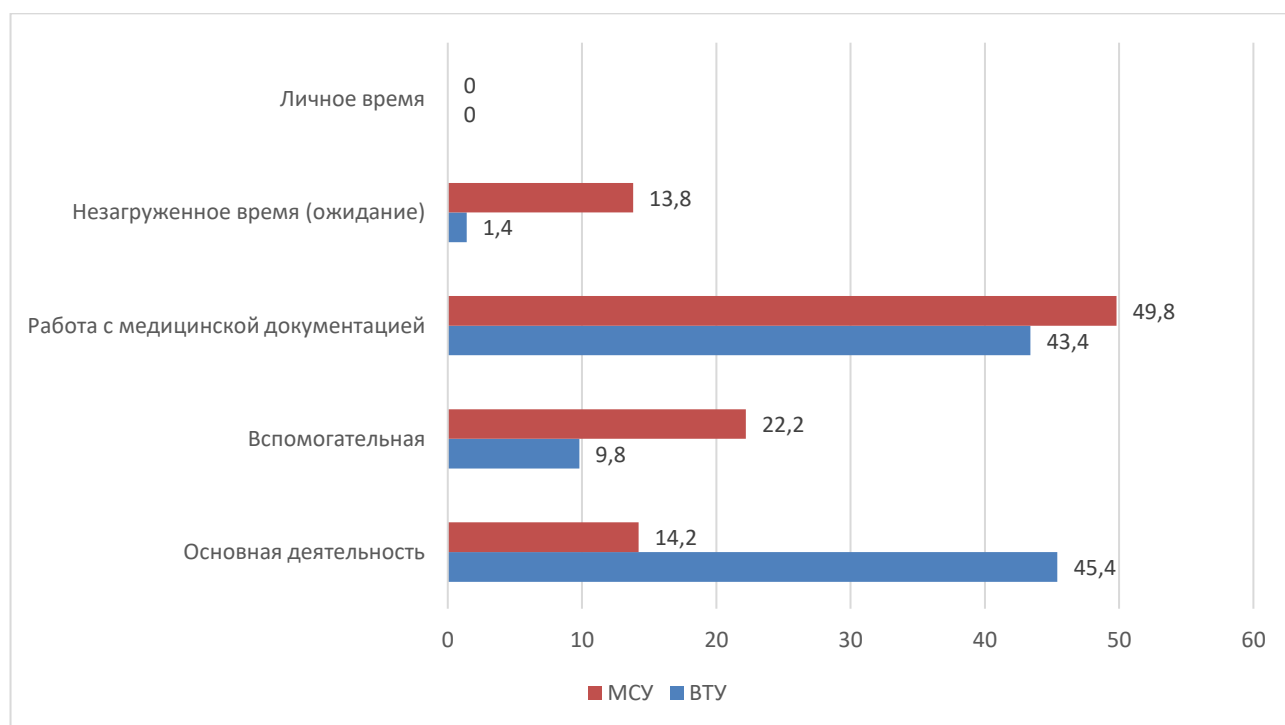


Рисунок 6.6 – Сравнительная характеристика затрат времени ВТУ и МСУ на разные виды деятельности в течение приема 1 пациента, %

Представленные на рисунке данные также свидетельствуют о недостаточно эффективном использовании потенциала МСУ.

В таблице 6.5 представлены средние затраты времени на одного пациента ВТУ на амбулаторном приеме в пилотных поликлиниках и среднее число принятых в течение смены пациентов (по данным наблюдений).

Можно констатировать, что в трех из пяти пилотных поликлиник установлено время на прием 1 пациента врачом-терапевтом участковым, рекомендованное приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н.

В ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» и ГБУЗ НСО «ГП № 17» установленный норматив времени на прием 1 пациента врачом-терапевтом участковым, ниже рекомендованного приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н и составляет 12 и 10 минут соответственно. Фактически затрачиваемое время на прием одного пациента лишь в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» существенно превысило нормативное значение.

Таблица 6.5 – Средние затраты времени на одного пациента ВТУ на амбулаторном приеме в пилотных поликлиниках и среднее число принятых в течение смены пациентов, мин.

Пилотные поликлиники	Средние затраты времени на одного пациента на амбулаторном приеме		Среднее число принятых в течение смены пациентов, абс.число
	Норматив, мин	Факт, мин	
ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского	15	14	15
ГБУЗ «КККД»	15	16	14
ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»	12	12	15
ГБУЗ НСО «ГП № 17»	10	11	18
ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	15	23	16

Во время фотохронометражных исследований были выявлены особенности организации работы на терапевтическом участке, которые влияют на структуру временных затрат как у ВТУ, так и у МСУ.

В ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ «КККД», например, высокие затраты на работу с медицинской документацией связаны с тем, что врач вносит данные результатов обследований в МИС с бумажного носителя. МСУ проверяет во время амбулаторного приема наличие факта прохождения ПМО / ДОГВН, и при необходимости – заводит карту учета диспансеризации, проводит антропометрию и анкетирование пациента, оформляет маршрутный лист и направления на лабораторные / инструментальные исследования. Для этого пациент от врача пересаживался к медицинской сестре, а врач уже начинал прием второго пациента – то есть в кабинете врача находилось два пациента одновременно. Вместо отведенного времени для работы на дому у ВТУ и у МСУ было отведено время для работы с медицинской документацией и выполнения иной организационно-методической работы, однако если в это время приходили пациенты без записи – врач принимал их. Вместе с тем отмечались неявки пациентов по записи, в связи с чем врач мог заниматься работой по оформлению медицинской документации, например, направления на медико-социальную экспертизу.

В ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» МСУ затрачивала время на переход в лабораторию за результатами лабораторных исследований, забирала их на бумажном носителе,

раскладывала по алфавиту и выдавала пациентам на руки на амбулаторном приеме. Врач в свою очередь затрачивал время на внесение результатов обследований в МИС. В ряде случаев результаты пациентов не были найдены – МСУ во время приема пациента переходила в лабораторию для поиска результатов.

В ГБУЗ НСО «ГП № 17» на амбулаторный прием пациентов отведено 10 мин, в связи с чем в том числе медицинские работники не успевали оформить всю необходимую медицинскую документацию и были вынуждены приходить в выходные дни для выполнения работы с медицинской документацией: в кабинете работали два врача в разные смены, свободных кабинетов и компьютеров для завершения оформления медицинской документации в этот же день не было. Также работа в неурочное время была отмечена в связи с работой с пациентами на дому и необходимостью последующего оформления медицинской документации в МИС.

В случае, если МСУ не успевала оформить все направления пациенту на приеме – пациент ожидал в коридоре, а МСУ во время приема следующего пациента продолжала оформление медицинской документации на предыдущего, затем выносила их в коридор. Также было выявлено, что результаты лабораторных исследований медицинская сестра забирала из лаборатории на бумажном носителе, раскладывала по алфавиту и выдавала пациентам на руки на амбулаторном приеме. Врач затрачивал время на внесение результатов обследований в МИС.

В ГАУЗ НСО «ГКП № 1» были отмечены проблемы в работе МИС, что увеличивало время работы с медицинской документацией. Врач отметил, что при выполнении выходов на дом не всегда успевает в этот же день (рабочую смену) оформлять медицинскую документацию, в связи с чем оформляет в нерабочее время или на следующий день.

Резюме. Таким образом, проведенные фотохронометражные наблюдения показали, что ВТУ большую часть рабочего времени в смену тратят на работу с медицинской документацией, в том числе в МИС – 44,9%, доля затрат времени на основную деятельность составляет 41,6%. Затраты ВТУ на вспомогательную деятельность не столь велики, на этот вид деятельности в течение смены затрачивается

11,6% рабочего времени. Очевидно, что ВТУ работают, как правило, с высокой интенсивностью, поэтому доля незагруженного времени в течение смены составляет всего 1,9%. МСУ большую часть рабочего времени тратят на вспомогательную деятельность и работу с медицинской документацией, соответственно доля временных затрат на основную деятельность не превышает 20% [70]. Следует также отметить наличие у МСУ незагруженного времени, и доля его существенна – 10,8%, т.е. интенсивность труда МСУ ниже, чем ВТУ.

В среднем время, затрачиваемое на прием 1 пациента ВТУ в пилотных медицинских организациях, составило 15 минут, из которых 6,8 минут (45,4%) приходилось на основную деятельность, 6,5 минуты (43,4%) – на работу с медицинской документацией и 1,5 минуты (9,8%) – на вспомогательную деятельность. Структура затрат времени у МСУ существенно отличается от таковой у ВТУ: из 15 минут амбулаторного приема лишь 2,1 минуты (14,2%) МСУ затрачивает на основную деятельность, 7,5 минуты (49,8%) – на работу с медицинской документацией, 3,3 минуты (22,2%) – на вспомогательную деятельность и 2,1 минуты (13,8%) остается незагруженными [70].

Вышеизложенное подтверждает необходимость разработки и внедрения новых организационных технологий на ТУ.

ГЛАВА 7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРИГАДНОЙ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА

7.1. Описание первой организационной технологии

Первая организационная технология с рекомендуемой численностью прикрепленного населения до 3400 чел. была реализована в ГБУЗ «ККЖД» и ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3». Структура, базовые направления работы, базовые функции и формирование потока пациентов представлены на рисунке 7.1 а, б (патент № 143537 «Комплект схем «Структура организационных моделей на участке»).

Работа персонала была организована в две смены, что позволило оказывать первичную доврачебную и врачебную медико-санитарную помощь на ТУ в течение всего рабочего дня медицинской организации. ВТУ и МР работали в одну смену в разных кабинетах, фельдшер и МСУ – в противоположную смену [66-69, 140].

ВТУ оказывал первичную врачебную медико-санитарную помощь пациентам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи (сбор анамнеза жизни и заболевания, осмотр, физикальное обследование, инструментальные исследования, оформление электронной медицинской карты пациента, оформление рецептов, разъяснения по назначенному лечению) преимущественно амбулаторно в медицинской организации, а также на дому при выполнении активов (обслуживание вызовов медицинского работника на дом передано фельдшеру), выполнял организационно-методическую работу на участке в рамках компетенции в соответствии с функциональными обязанностями, осуществлял контроль работы среднего медицинского персонала [66-69, 140].

В одну смену, в разных кабинетах

Базовые направления работы

Базовые функции

Формирование потока пациентов

Врач-терапевт участковый

- Прием пациентов амбулаторно в медицинской организации
- Организационно-методическая работа

- Опрос, осмотр, оценка результатов лабораторных и инструментальных исследований; назначение исследований, обследований, консультаций врачей-специалистов; назначение/коррекция лечения; наблюдение пациента в динамике
- Установление диспансерного наблюдения, определение группы диспансерного наблюдения
- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, представление их на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу
- Назначение лекарственных препаратов и выписка рецептов
- Определение медицинских показаний и направление пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи
- Участие в заседаниях врачебной комиссии
- Планирование профилактической работы на участке
- Контроль деятельности фельдшера, медицинской сестры участковой, медицинского регистратора
- Оформление медицинской документации

- Лечебно-диагностический прием (посещение/обращение) по заболеванию
- Экспертиза временной нетрудоспособности, в том числе через врачебную комиссию
- Направление на медико-социальную экспертизу (установление инвалидности впервые)

Медицинский регистратор

- Работа с пациентом после приема врачом-терапевтом участковым в день обращения
- Организационно-методическая работа

- Оформление медицинской документации, выдача пациентам на руки
- Разъяснение правил подготовки к исследованиям, обследованиям, выдача памяток
- Контроль готовности результатов исследований, обследований, информирование пациентов
- Запись пациентов в медицинской информационной системе на прием (обследование)
- Оформление иной медицинской документации по поручению врача-терапевта участкового
- Участие в планировании профилактической работы на участке
- Информирование пациентов или их законных представителей о необходимости прохождения профилактических мероприятий
- Обеспечение кабинета врача-терапевта участкового/фельдшера/медицинской сестры участковой/медицинского регистратора расходными материалами

- После приема врачом-терапевтом участковым (в день обращения)
- Направление на ФЛГ
- Получение информации по вопросам оказания медицинской помощи
- Получение медицинской документации

а

В смену, противоположную врачу, в разных кабинетах

Базовые направления работы		Базовые функции	Формирование потока пациентов
Фельдшер	- Прием пациентов амбулаторно на дому - Прием пациентов амбулаторно в медицинской организации - Организационно-методическая работа	- Опрос, осмотр, оценка результатов лабораторных и инструментальных исследований; назначение исследований, обследований, консультаций врачей-специалистов; назначение/коррекция лечения, наблюдение пациента в динамике - Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для переосвидетельствования на медико-социальную экспертизу - Назначение лекарственных препаратов и выписка рецептов - Определение медицинских показаний и направление пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи - Установление диспансерного наблюдения, определение группы диспансерного наблюдения - Прием по итогам ПМО/ДОГВН/УД, определение группы здоровья - Участие в планировании профилактической работы на участке - Оформление медицинской документации	- Лечебно-диагностический прием (посещение/обращение по заболеванию) на дому - Диспансерное наблюдение - Экспертиза временной нетрудоспособности - Направление на медико-социальную экспертизу (переосвидетельствование) - Льготное лекарственное обеспечение - Направление на плановую госпитализацию - Вакцинация - Направление на санаторно-курортное лечение, в том числе через врачебную комиссию - Оформление справки формы № 086/у - Посещение по итогам ПМО/ДОГВН/УД - Констатация смерти на дому
Медицинская сестра участковая	- Самостоятельный сестринский прием - Школа здоровья - Организационно-методическая работа	- Опрос, осмотр по компетенции, анкетирование, выявление факторов риска развития ХНИЗ, оценка объективного статуса, профилактическое консультирование - Проведение лабораторных и инструментальных исследований по компетенции - Оформление медицинской документации на приеме пациента, выдача пациентам на руки - Разъяснение правил подготовки к исследованиям, обследованиям, выдача памяток - Запись пациентов в медицинской информационной системе на прием (обследование) - Участие в планировании профилактической работы на участке - Подготовка материалов и проведение школ здоровья - Оформление иной медицинской документации	- Первое посещение при направлении на санаторно-курортное лечение - Первое посещение в рамках диспансерного наблюдения (диспансерной явки) - Первое посещение при получении справки формы № 086/у - Первое посещение при направлении на плановую госпитализацию - Получение выписки из амбулаторной карты формы № 027/у - Первое посещение в рамках ПМО/ДОГВН/УД - Школа здоровья

6

Рисунок 7.1 (а, б) – Структура первой организационной технологии

МР фактически заменял МСУ на приеме (однако работал при этом в другом кабинете) и выполнял организационно-методическую работу и работу с медицинской документацией на участке: оформление медицинской документации пациентам после приема врачом (направления на исследования, обследования, к врачам-специалистам и т.д.); осуществление записи пациентов к врачам-специалистам, на повторный прием к ВТУ (при необходимости – к фельдшеру), на исследования или обследования в соответствии с рекомендациями врача и при наличии соответствующего расписания в МИС; печать результатов исследований, обследований из медицинской информационной системы и выдача пациентам на руки при необходимости; разъяснение правил подготовки к исследованиям, обследованиям и выдача пациентам памяток; информирование пациентов о необходимости прохождения профилактических мероприятий; обеспечение кабинетов расходными материалами; участие в планировании профилактической работы на участке и информирование пациентов (путем обзвонів), подлежащих прохождению ПМО, ДОГВН, ДН и т.д.; контроль готовности результатов исследований, обследований пациентов, в том числе в рамках прохождения профилактических мероприятий, информирование пациентов, запись на прием к врачу по итогам прохождения профилактических мероприятий [66-69, 140].

Фельдшер оказывал первичную доврачебную медико-санитарную помощь пациентам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи (сбор анамнеза жизни и заболевания, осмотр, физикальное обследование, инструментальные исследования, оформление электронной медицинской карты пациента, оформление рецептов, разъяснения по назначенному лечению) преимущественно при вызове медицинского работника на дом или при выполнении активов на дом; оказывал медицинскую помощь амбулаторно в медицинской организации, выполнял организационно-методическую работу на участке в рамках компетенции [66-69, 140].

МСУ работала на самостоятельном сестринском приеме и оказывала первичную доврачебную медико-санитарную помощь пациентам, в том числе в неотложной форме, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими

рекомендациями и стандартами медицинской помощи амбулаторно в медицинской организации, оказывала помощь на дому по назначению врача/фельдшера или при выполнении активов на дом по согласованию с врачом/фельдшером (опрос пациентов и/или анкетирование, осмотр пациентов по компетенции с целью выявления факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, осложнений имеющихся заболеваний / состояний, определения объективного статуса пациента; антропометрию, измерение АД, при необходимости проведение иных исследований или манипуляций в рамках компетенции; проведение краткого индивидуального профилактического консультирования с учетом диагноза пациента, результатов анкетирования и опроса, объективного статуса; на дому – забор биологического материала для проведения лабораторных исследований, внутримышечные и внутривенные инъекции); проводила школы здоровья по графику, выполняла организационно-методическую работу на участке в рамках компетенции в соответствии с функциональными обязанностями [66-70, 140].

С целью формирования преемственности в работе врачебного и среднего медицинского персонала, повышения качества оказания медицинской помощи в рамках проекта была разработана форма медицинской документации «Прием пациента медицинской сестрой / медицинским братом» для заполнения МСУ на самостоятельном приеме в медицинской организации или на дому.

В зависимости от повода обращения пациента в медицинскую организацию были определены основные процессы и подпроцессы на ТУ, сформированы соответствующим образом потоки пациентов на ТУ и определены базовые алгоритмы действий персонала. Например, в рамках организационной технологии на фельдшера был сформирован поток пациентов, обратившихся с целью вакцинации (фельдшер проводил осмотр на наличие показаний и отсутствие противопоказаний к вакцинации), на МСУ – с целью получения сведений о прививках, на МР – с целью получения сведений о ФЛГ или получения направления на ФЛГ.

На рисунке 7.2 (а, б) представлен базовый алгоритм действий персонала при обращении пациента по заболеванию (без или с экспертизой временной

нетрудоспособности, оформлением больничного листа или продлением больничного листа через врачебную комиссию, с подготовкой пакета документов в бюро медико-социальной экспертизы для оформления инвалидности впервые).



Рисунок 7.2 – Базовый алгоритм действий персонала при обращении пациента по заболеванию (первично, с целью продления листа нетрудоспособности, оформления инвалидности впервые)

При этом МР обзванивал пациентов, предварительно записанных к ВТУ, уточнял дату и время посещения. Далее ВТУ выполнял прием пациента амбулаторно, МР в соседнем кабинете после приема врачом осуществлял запись пациента на необходимые исследования, к врачам-специалистам и на повторный прием к ВТУ, выдавал пациенту на руки медицинскую документацию, памятки по подготовке к исследованиям и т.д.

Накануне повторного приема МР обзванивал пациентов, уточнял дату и время посещения. ВТУ проводил повторный прием пациента, при необходимости продления листка нетрудоспособности – осуществлял представление пациента на врачебную комиссию, при необходимости оформления инвалидности впервые – готовил пакет документов для направления на медико-социальную экспертизу через врачебную комиссию.

На рисунке 7.3. представлен базовый алгоритм действий персонала в рамках ЛЛЮ: при обращении пациента по заболеванию и выявлении потребности на приеме в ЛЛЮ (получение рецепта на ЛЛП впервые), в том числе через врачебную комиссию, а также при обращении пациента с целью продления рецепта. МР обзванивал пациентов, предварительно записанных к ВТУ, уточнял дату и время посещения.

Далее ВТУ выполнял прием пациента амбулаторно, МР в соседнем кабинете после приема врачом осуществлял оформление медицинской документации, подписывал у ВТУ при необходимости (в связи с чем удалось решить проблему возврата пациентов по потоку при оформлении рецепта на ЛЛП пациентом в кабинете ЛЛЮ), выдавал пациенту на руки медицинскую документацию.

При необходимости – ВТУ готовил пакет документов и представлял пациента на врачебную комиссию, по готовности рецепта – МР информировал пациента о возможности получения рецепта на ЛЛП. Потоки пациентов, обратившихся в медицинскую организацию с целью продления рецепта на ЛЛП были распределены на фельдшера.

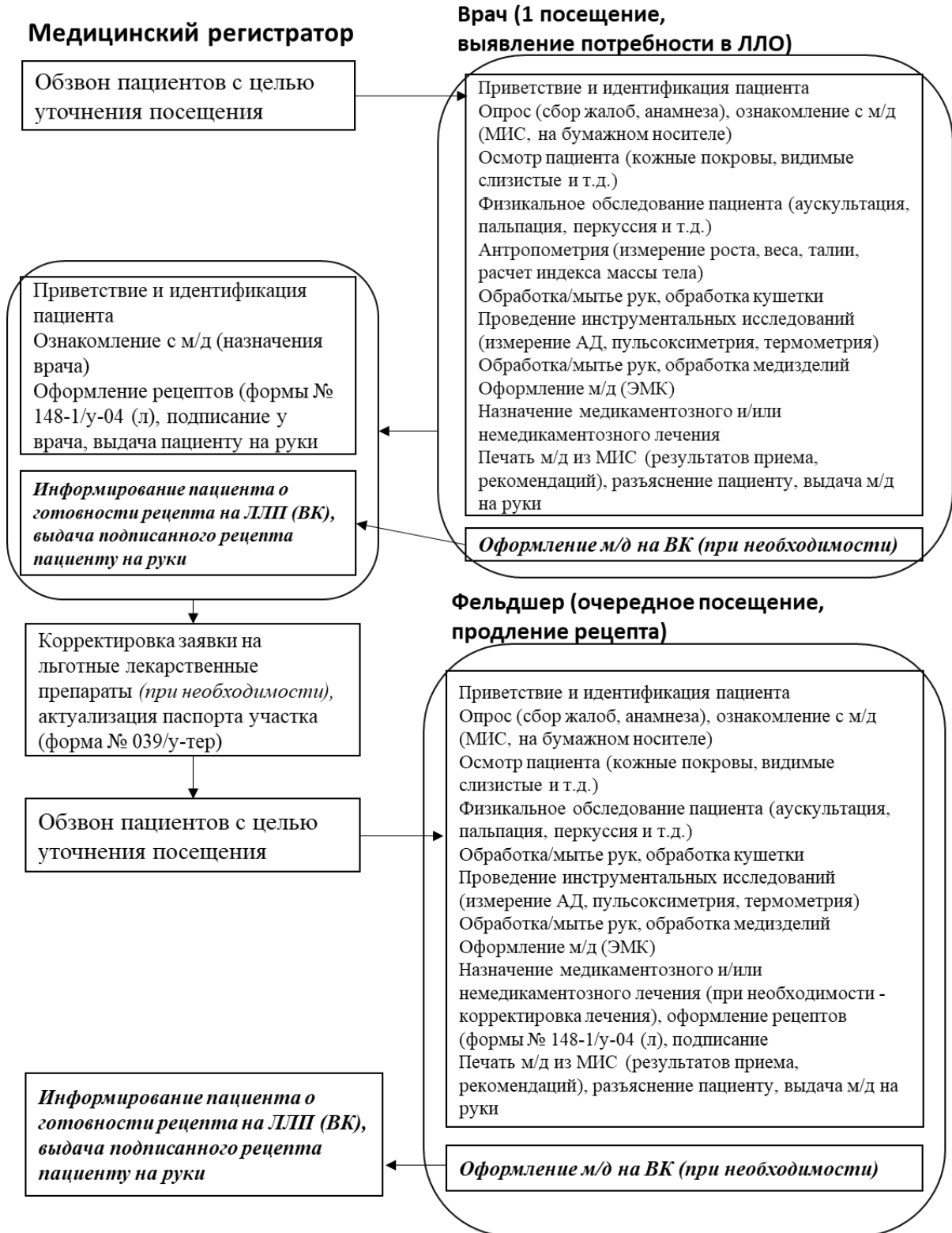
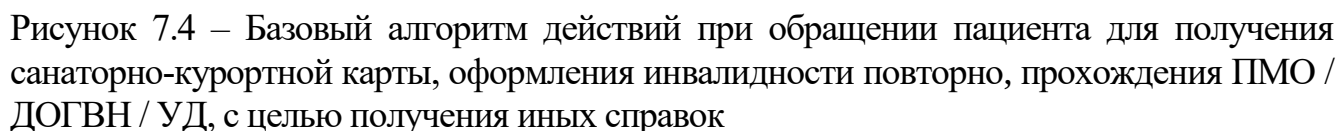


Рисунок 7.3 – Базовый алгоритм действий персонала при обращении пациента с целью ЛЛО

На рисунке 7.4 представлен базовый алгоритм действий при обращении пациента для получения санаторно-курортной карты, в том числе через врачебную комиссию, при



Первое посещение пациента осуществляется к МСУ (предварительно МР обзванивал пациентов с целью уточнения даты и времени посещения), повторное посещение осуществлялось к фельдшеру, так же МР накануне уточнял дату и время

посещения фельдшера. Персонал выполнял все необходимые действия во время самостоятельных приемов пациентов по компетенции в соответствии с функциональными обязанностями в рамках организационной технологии.

Базовый алгоритм действий персонала в рамках ДН представлен на рисунке 7.5.



Рисунок 7.5 – Базовый алгоритм действий в процессе ДН

При первом посещении ВТУ проводил прием пациента (накануне МР обзванивал

с целью уточнения даты и времени посещения), устанавливал диспансерное наблюдение, МР актуализировал паспорт участка и поименные списки подлежащих ДН. Первое посещение в рамках очередной диспансерной явки было сформировано на МСУ – проводила самостоятельный сестринский прием пациента, оформляла необходимую медицинскую документацию. Повторное посещение (очередное посещение в рамках ДН) выполнялось к фельдшеру, при необходимости – к ВТУ или ВТУ консультировал по тактике ведения пациента, назначаемому лечению.

На фельдшера был сформирован поток пациентов, вызвавших врача на дом по заболеванию, в том числе с экспертизой временной нетрудоспособности (оформление листа нетрудоспособности или продление через врачебную комиссию, оформление инвалидности). ВТУ выполнял посещения на дому при необходимости консультации фельдшера по вопросам лечения конкретного пациента, во время отсутствия фельдшера (отпуск, больничный и т.д.). МР накануне уточнял у пациента или его законного представителя дату и время посещения. Фельдшер выходил на участок, при необходимости по итогам первого или второго посещения – осуществлял подготовку пакета документов и представление пациента на врачебную комиссию (для продления листка нетрудоспособности или направления на медико-социальную экспертизу) или подготовку пакета документов для направления пациента на медико-социальную экспертизу. После передачи пакета документов в бюро МСЭ МР информировал пациента, осуществлял актуализацию паспорта ТУ при установлении инвалидности или изменении группы инвалидности.

Первое посещение при переосвидетельствовании инвалидности распределено на МСУ. Также на МСУ был сформирован поток пациентов, которым необходимо выполнение назначений фельдшера (реже – ВТУ) на дому – выполнение внутривенных, внутримышечных инъекций, а также МСУ осуществляла при необходимости забор биологического материала для проведения лабораторных исследований.

Базовый алгоритм оказания ПМСП на дому по поводу заболевания представлен на рисунке 7.6.



Рисунок 7.6 – Базовый алгоритм действий при оказании ПМСП на дому (обращение пациента по заболеванию)

Базовый алгоритм действий персонала при выявлении потребности в ЛЛО и дальнейшем продлении рецепта на ЛЛП (при оказании ПМСП на дому) представлен на рисунке 7.7. Первое и повторное посещение осуществлялось к фельдшеру, накануне МР обзванивал, уточнял дату и время посещения, а также по итогам оформления рецепта на ЛЛП выдавал рецепт законному представителю пациента или социальному работнику в медицинской организации, актуализировал информацию в паспорте участка, поименных списках пациентов.



Рисунок 7.7 – Базовый алгоритм действий при обращении пациента с целью получения или продления рецепта на ЛЛП (на дому)

Профилактическая работа – важная составляющая работы на участке. Активное привлечение среднего медицинского персонала к профилактической работе с населением позволяют значительно повысить качество ПМСП (рисунок 7.8).



Рисунок 7.8 – Базовый алгоритм действий персонала при проведении ДН пациентов, патронажа, выполнении назначений пациентам на дому

Данный алгоритм отражает действия персонала при проведении ДН на дому, патронажа, при выполнении назначений врача или фельдшера на дому, проведении вакцинации на дому. Накануне посещений МР обзванивал пациентов (или их родственников, социальных работников), уточнял дату и время посещения медицинского работника; также по итогам выполненных посещений МР актуализировал паспорт участка, поименные списки пациентов, планировал дальнейшие посещения пациентов в рамках ДН. Первое посещение выполнялось фельдшером – осуществлялось установление ДН, определение необходимости патронажа. Далее в рамках очередного диспансерного приема (явки) первое посещение выполнялось к МСУ – осуществлялась подготовка пациентов к последующему приему фельдшером, забор биоматериала для проведения необходимых исследований, осмотр по компетенции, краткое профилактическое консультирование, обучение самоуходу и уходу за маломобильными пациентами родственниками и социальных работников и т.д. Повторное посещение выполнялось к фельдшеру. При необходимости проведения вакцинации на дому фельдшер выполнял посещение совместно с МСУ с целью проведения предварительного осмотра пациента.

7.2. Описание второй организационной технологии

Вторая организационная технология с рекомендуемой численностью прикрепленного населения до 2500 чел. была реализована в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1». Работа персонала была организована в две смены, что позволило оказывать первичную доврачебную и врачебную медико-санитарную помощь на ТУ в течение всего рабочего дня медицинской организации: ВТУ и МР работали в одну смену в разных кабинетах, МСУ – в противоположную смену [66-69, 140]. Структура, базовые направления работы, базовые функции и формирование потока пациентов представлены на рисунке 7.9 а, б (патент № 143537 «Комплект схем «Структура организационных моделей на участке»).

В одну смену, в разных кабинетах

Базовые направления работы

Базовые функции

Формирование потока пациентов

Врач-терапевт участковый	- Прием пациентов амбулаторно в медицинской организации - Прием пациентов амбулаторно на дому - Организационно-методическая работа	- Опрос, осмотр, оценка результатов лабораторных и инструментальных исследований; назначение исследований, обследований, консультаций врачей-специалистов; назначение/коррекция лечения, наблюдение пациента в динамике - Установление диспансерного наблюдения, определение группы диспансерного наблюдения - Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, представление их на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу - Назначение лекарственных препаратов и выписка рецептов - Определение медицинских показаний и направление пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи - Прием по итогам ПМО/ДОГВН/УД, определение группы здоровья - Участие в заседаниях врачебной комиссии - Планирование профилактической работы на участке - Контроль деятельности медицинской сестры участковой, медицинского регистратора - Оформление медицинской документации	- Лечебно-диагностический прием (посещение/обращение по заболеванию) - Экспертиза временной нетрудоспособности - Направление на медико-социальную экспертизу - Диспансерное наблюдение - Льготное лекарственное обеспечение - Направление на плановую госпитализацию - Вакцинация - Направление на санаторно-курортное лечение, в том числе через врачебную комиссию - Оформление справки формы № 086/у - Посещение по итогам ПМО/ДОГВН/УД - Констатация смерти на дому
Медицинский регистратор	- Работа с пациентом после приема врачом-терапевтом участковым - Организационно-методическая работа	- Оформление медицинской документации, выдача пациентам на руки - Разъяснение правил подготовки к исследованиям, обследованиям, выдача памяток - Контроль готовности результатов исследований, обследований, информирование пациентов - Запись пациентов в медицинской информационной системе на прием (обследование) - Оформление иной медицинской документации по поручению врача-терапевта участкового - Участие в планировании профилактической работы на участке - Информирование пациентов или их законных представителей о необходимости прохождения профилактических мероприятий - Обеспечение кабинета врача-терапевта участкового/медицинской сестры участковой/медицинского регистратора расходными материалами	- После приема врачом-терапевтом участковым - Запрос сведений о ФЛГ, направление на ФЛГ - Получение информации по вопросам оказания медицинской помощи - Получение иной медицинской документации

а

В смену, противоположную врачу

Базовые направления работы

Базовые функции

Формирование потока пациентов

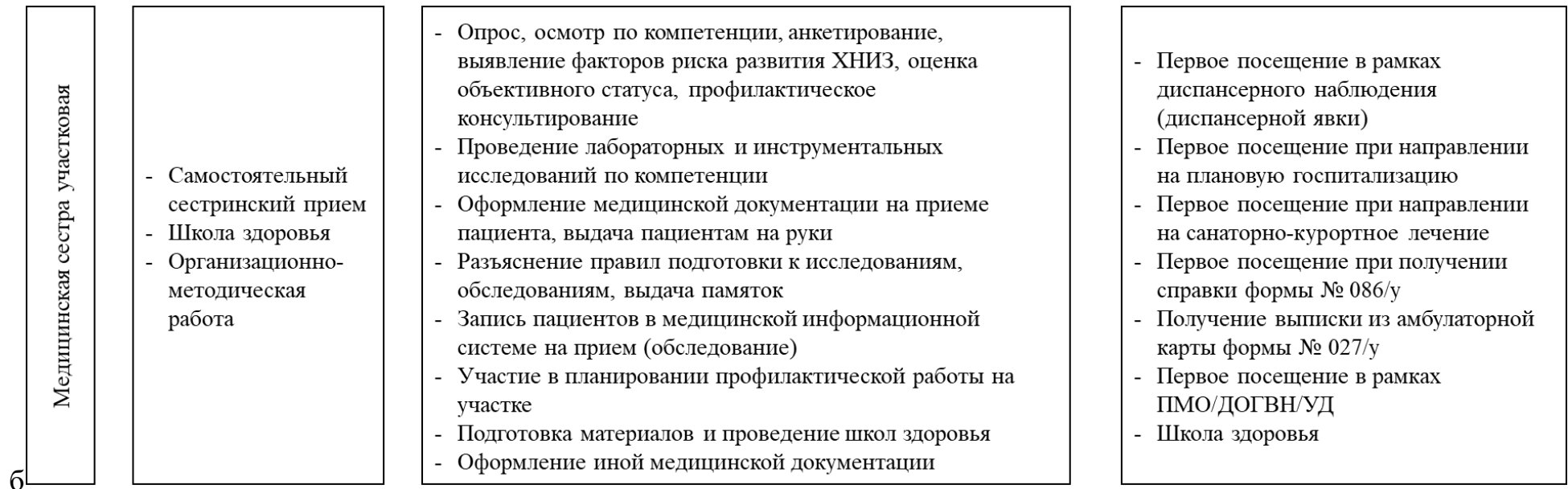


Рисунок 7.9 (а, б) – Структура второй организационной технологии

ВТУ оказывал первичную врачебную медико-санитарную помощь пациентам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи как амбулаторно в медицинской организации, так и на дому при вызове врача или при выполнении активов на дом, выполняет организационно-методическую работу на участке в рамках компетенции [66-69, 140].

МСУ работала на самостоятельном сестринском приеме и оказывала первичную доврачебную медико-санитарную помощь пациентам, в том числе в неотложной форме, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи амбулаторно в медицинской организации, оказывала помощь на дому по назначению врача/фельдшера или при выполнении активов на дом по согласованию с врачом/фельдшером (опрос пациентов и/или анкетирование, осмотр пациентов по компетенции с целью выявления факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, осложнений имеющихся заболеваний / состояний, определения объективного статуса пациента; антропометрию, измерение АД, при необходимости проведение иных исследований или манипуляций в рамках компетенции; проведение краткого индивидуального профилактического консультирования с учетом диагноза пациента, результатов анкетирования и опроса, объективного статуса; на дому – забор биологического материала для проведения лабораторных исследований, внутримышечные и внутривенные инъекции); проводила школы здоровья по графику, выполняла организационно-методическую работу на участке в рамках компетенции в соответствии с функциональными обязанностями [66-70, 140]. С целью формирования преемственности в работе врачебного и среднего медицинского персонала, повышения качества оказания медицинской помощи в рамках проекта была разработана форма медицинской документации «Прием пациента медицинской сестрой / медицинским братом» для заполнения МСУ на самостоятельном приеме в медицинской организации или на дому.

МР выполнял организационно-методическую работу и работу с медицинской документацией на участке: оформление медицинской документации пациентам после

приема врачом (направления на исследования, обследования, к врачам-специалистам и т.д.); осуществление записи пациентов к врачам-специалистам, на повторный прием к врачу-терапевту участковому, на исследования или обследования в соответствии с рекомендациями врача и при наличии соответствующего расписания в медицинской информационной системе; печать результатов исследований, обследований из медицинской информационной системы и выдача пациентам на руки при необходимости; разъяснение правил подготовки к исследованиям, обследованиям и выдача пациентам памяток; информирование пациентов о необходимости прохождения профилактических мероприятий; обеспечение кабинетов расходными материалами; участие в планировании профилактической работы на участке и информирование пациентов (путем обзвонов), подлежащих прохождению ПМО / ДОГВН / УД, ДН, прохождению флюорографии; контроль готовности результатов исследований, обследований пациентов, в том числе в рамках прохождения профилактических мероприятий, информирование пациентов, запись на прием к ВТУ по итогам прохождения профилактических мероприятий [66-69, 140].

На рисунке 7.10 представлен базовый алгоритм действий персонала при обращении пациента по заболеванию, в том числе с экспертизой временной нетрудоспособности: оформлением больничного листа или продлением больничного листа через врачебную комиссию, а также с подготовкой пакета документов в бюро медико-социальной экспертизы для оформления инвалидности через врачебную комиссию. МР обзванивал пациентов, предварительно записанных к ВТУ, уточнял дату и время посещения. Далее ВТУ выполнял прием пациента амбулаторно, МР в соседнем кабинете после приема врачом осуществлял запись пациента на необходимые исследования, к врачам-специалистам и на повторный прием к ВТУ, выдавал пациенту на руки медицинскую документацию, памятки по подготовке к исследованиям и т.д.

Накануне повторного приема МР обзванивал пациентов, уточнял дату и время посещения. Далее ВТУ проводил повторный прием пациент, при необходимости осуществлял представление пациента на врачебную комиссию, подготовку пакета документов для направления на медико-социальную экспертизу.



Рисунок 7.10 – Базовый алгоритм действий при обращении пациента по заболеванию

Базовый алгоритм действий персонала в рамках ЛЛЮ представлен на рисунке 7.11. МР обзванивал пациентов, предварительно записанных к ВТУ, уточнял дату и время посещения. Далее ВТУ выполнял прием пациента амбулаторно, МР в соседнем кабинете после приема врачом осуществлял оформление медицинской документации, подписывал у ВТУ при необходимости (в связи с чем удалось решить проблему возврата пациентов по потоку при оформлении рецепта на ЛЛП пациентом в кабинете ЛЛЮ), выдавал пациенту на руки медицинскую документацию. При необходимости – ВТУ готовил пакет документов на врачебную комиссию, по готовности рецепта – МР информировал пациента о возможности получения рецепта на ЛЛП.



Рисунок 7.11 – Базовый алгоритм действий при обращении пациента с целью получения или продления рецепта на ЛЛП

Базовый алгоритм действий персонала при обращении пациента для получения

санаторно-курортной карты, оформления инвалидности повторно, с целью получения справок, прохождения ПМО / ДОГВН / УД представлен на рисунке 7.12. В рамках указанных процессов на ТУ первое посещение пациента осуществляется к медицинской сестре, что высвобождает время врача для работы с теми пациентами, которые нуждаются именно во врачебном приеме. МСУ проводила самостоятельный сестринский прием пациента, проводила опрос, осмотр по компетенции, оформление необходимой медицинской документации. Второе посещение пациентом, с результатами необходимых исследований на руках, осуществлялось к врачу.

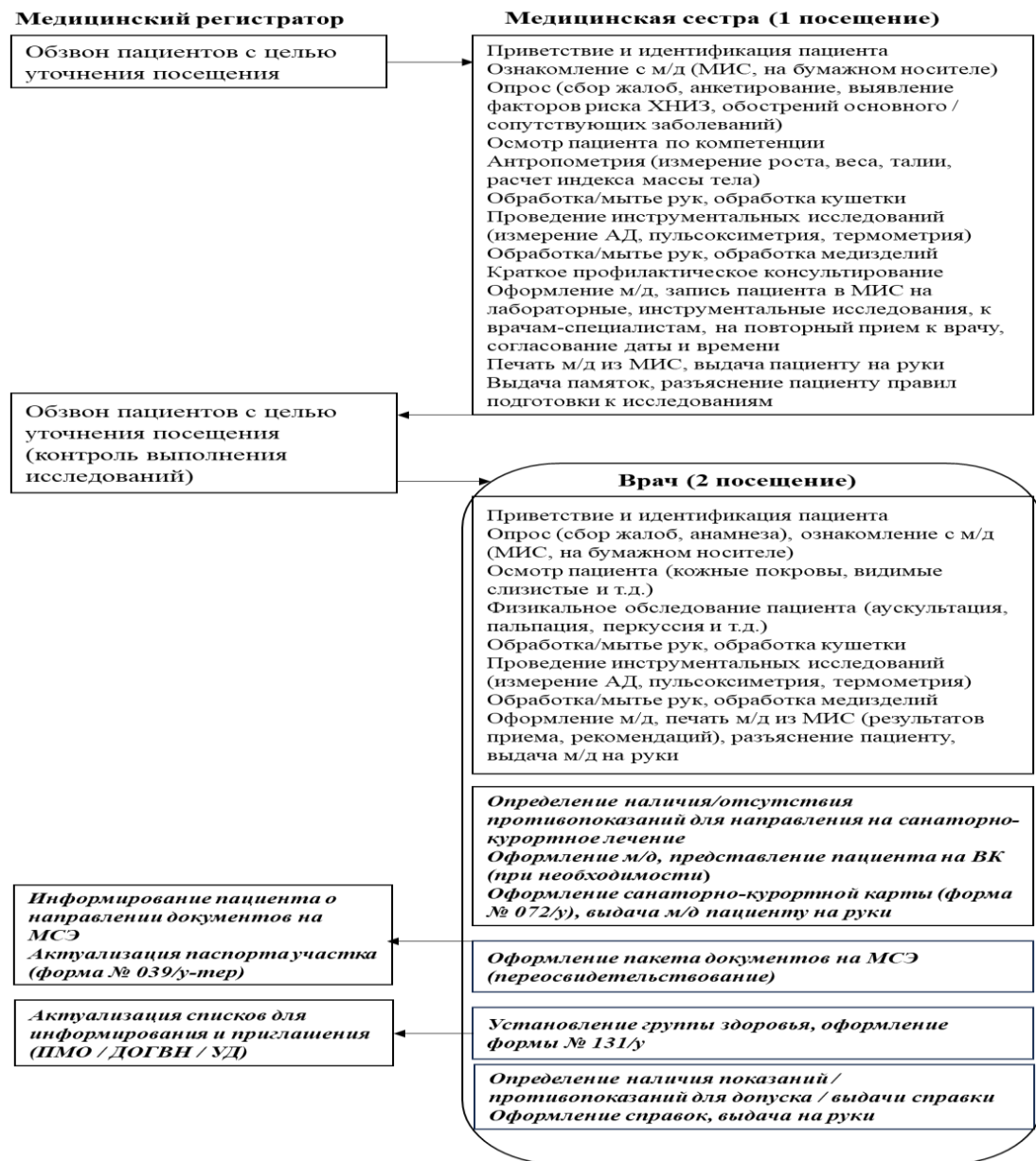


Рисунок 7.12 – Базовый алгоритм действий при обращении пациента для получения санаторно-курортной карты, оформления инвалидности повторно, получения справок, прохождении ПМО / ДОГВН / УД

Базовый алгоритм действий в рамках ДН представлен на рисунке 7.13. При установлении ДН первое посещение осуществлялось к ВТУ. На МСУ был сформирован поток пациентов, уже состоящих на ДН, с целью первичного посещения в рамках очередной явки. МСУ проводила самостоятельный прием пациентов, опрос, осмотр по компетенции, краткое профилактическое консультирование, заполняла необходимые анкеты. Второе посещение в рамках очередной диспансерной явки с результатами всех необходимых исследований осуществлялось к врачу.

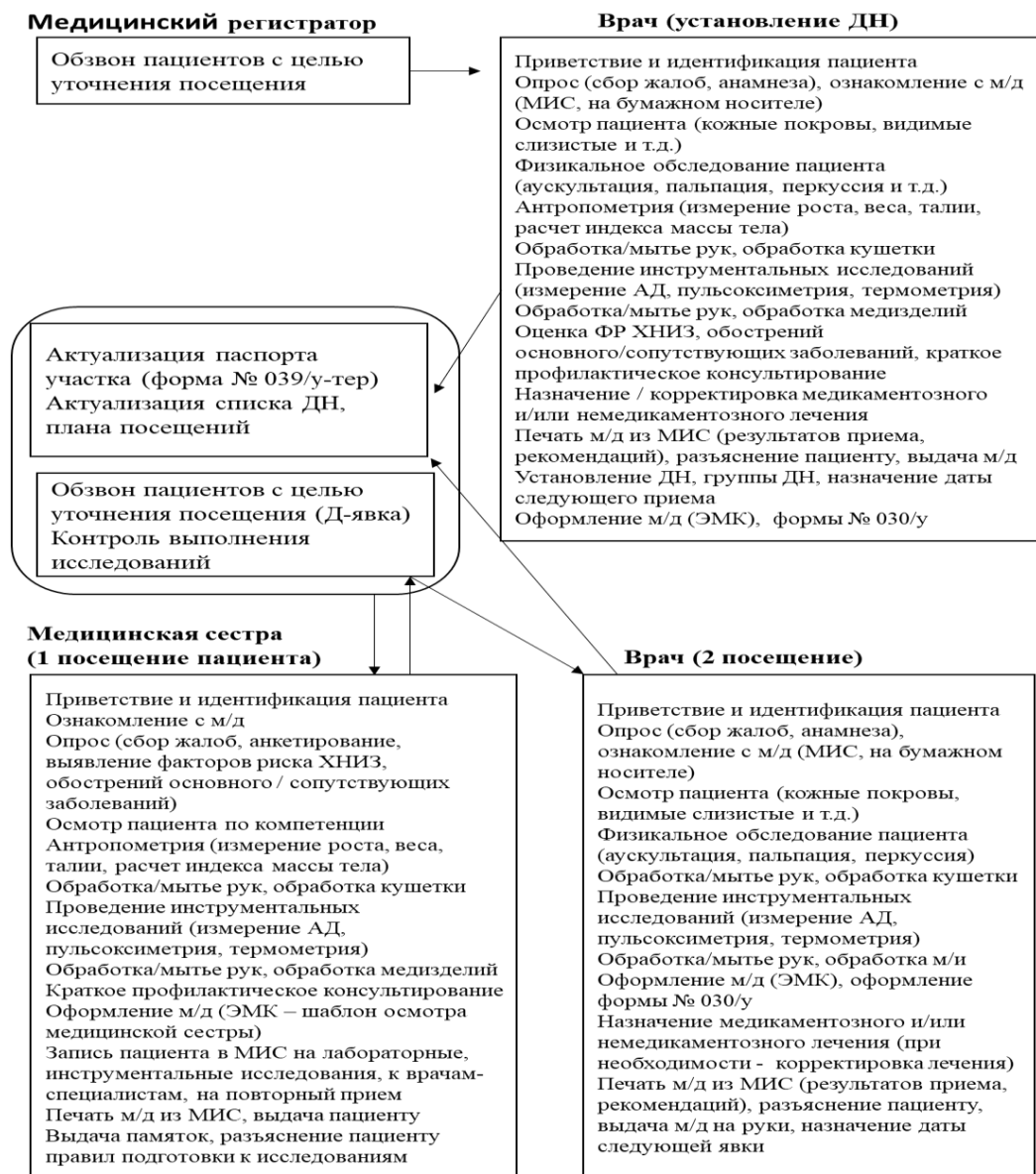


Рисунок 7.13 – Базовый алгоритм действий персонала в рамках ДН

На рисунке 7.14 представлен базовый алгоритм при оказании медицинской помощи пациентам на дому. Первое посещение при обращении по заболеванию, с

экспертизой временной нетрудоспособности, в том числе через врачебную комиссию, а также для оформления инвалидности впервые распределено на врача, а вот при переосвидетельствовании – на МСУ.

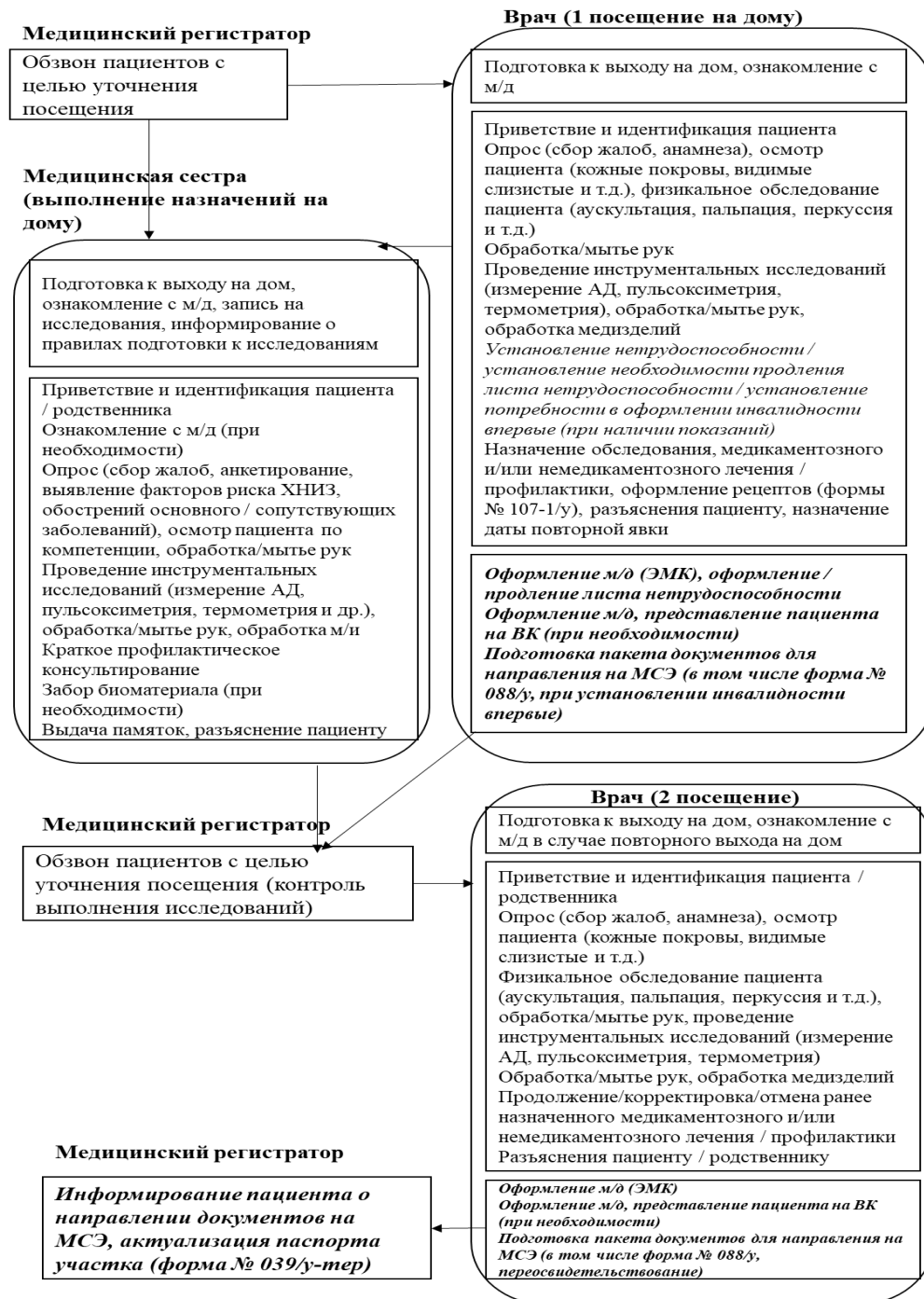


Рисунок 7.14 – Базовый алгоритм действий персонала при оказании медицинской помощи на дому при обращении по заболеванию

На рисунке 7.15. представлен базовый алгоритм действий персонала в рамках ЛЛО на дому. При оказании медицинской помощи на дому и выявлении потребности

пациента в ЛЛО ВТУ передавал информацию МР с целью актуализации поименных списков и паспорта участка, а также формирования заявки; при необходимости – готовил пакет документов и представлял пациента на врачебную комиссию. По готовности рецепта на ЛЛП МР информировал пациента (родственников, социального работника) о возможности получения рецепта.

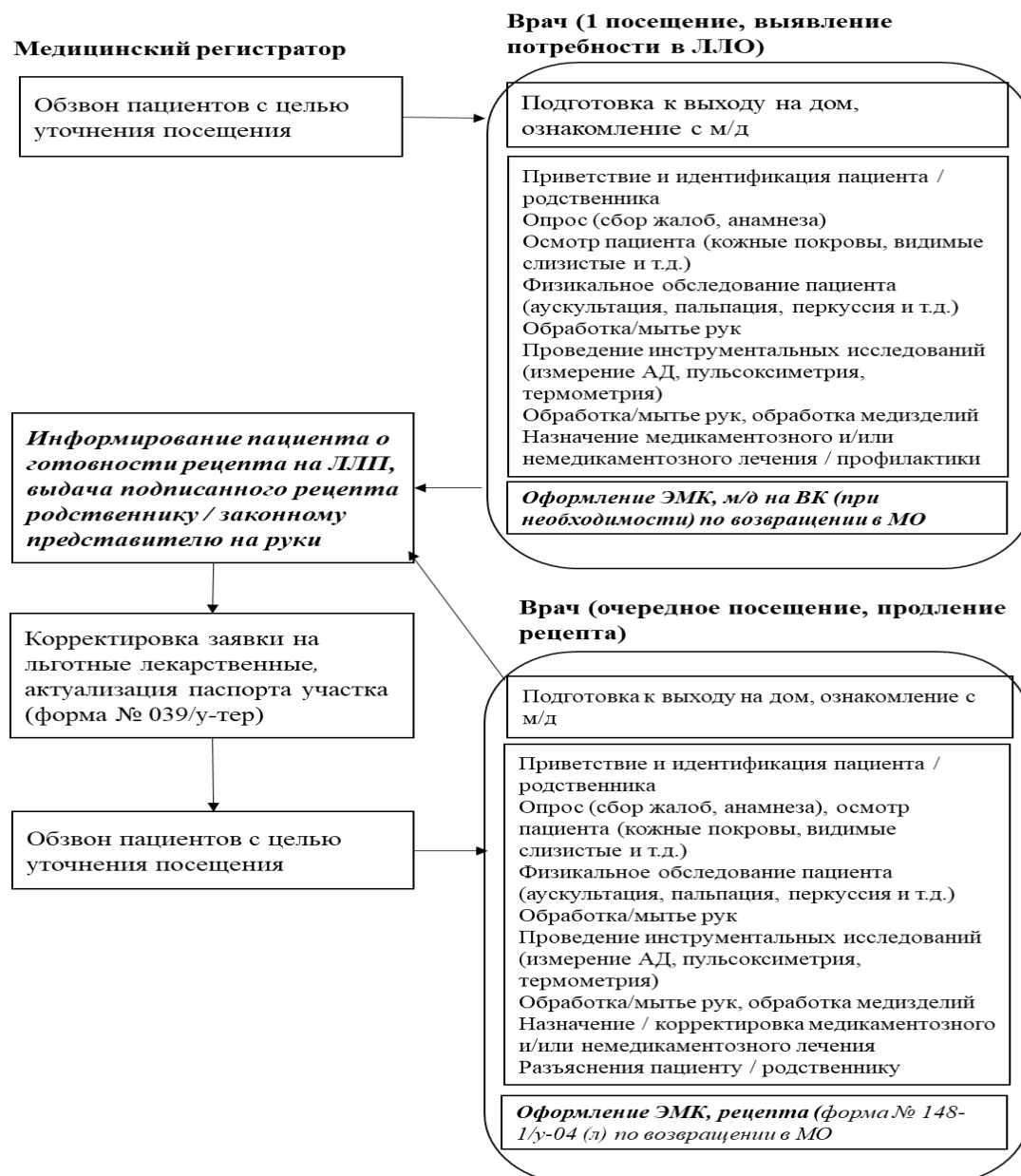


Рисунок 7.15 – Базовый алгоритм действий персонала в рамках ЛЛО (на дому)

На рисунке 7.16 представлен базовый алгоритм действий персонала в рамках ДН пациентов на дому, патронажа. МР накануне посещения пациента на дому медицинским работником обзванивал и уточнял дату и время посещения. После установления ДН

врачом, необходимости осуществления патронажа МР актуализировал поименные списки и паспорт участка.

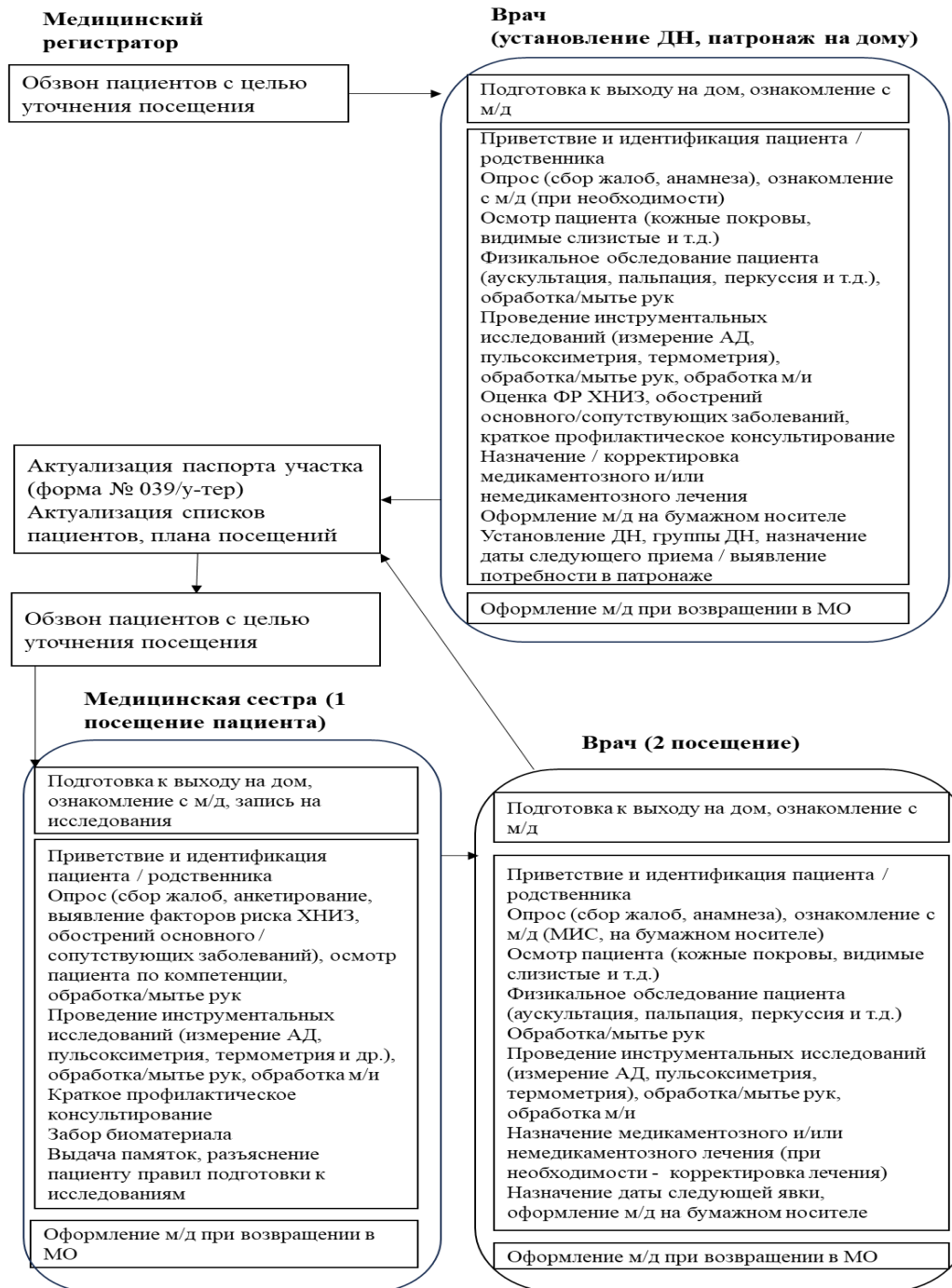


Рисунок 7.16 – Базовый алгоритм действий персонала в рамках ДН на дому, патронажа, выполнении назначений пациентам на дому

При очередной диспансерной явке первое посещение было определено на МСУ, периодические посещения с целью патронажа также осуществлялись МСУ: проводила опрос пациента, осмотр, при необходимости – выполняла манипуляции сестринского

ухода, обучала пациента правилам самоухода / родственников, социального работника уходу за маломобильным / немобильным пациентом, осуществляла забор биологического материала для проведения лабораторных исследований в рамках ДН или по назначению ВТУ и т.д. Второе посещение выполнялось ВТУ, при этом пациент был уже с результатами необходимых исследований на руках. При проведении патронажа ВТУ при первом посещении определяет тактику ведения пациента, кратность посещений к нему МСУ, необходимые процедуры сестринского ухода и т.д., при необходимости проведения вакцинации на дому врач выполнял посещение совместно с медицинской сестрой с целью проведения предварительного осмотра пациента.

7.3. Медико-социальные эффекты внедрения организационных технологий

Для оценки результативности внедренных организационных решений проводились итоговые фотохронометражные наблюдения (синхронно) с целью изучения затрат времени у ВТУ и МСУ, работающих по бригадному принципу, а также сравнение средних затрат времени на основные виды деятельности в течение смены и в течение амбулаторного приема ВТУ и МСУ с исходными (до начала организационного эксперимента). Результаты исследования временных затрат на различные виды деятельности у ВТУ в течение смены в пилотных поликлиниках представлены в таблице 7.1.

Таблица 7.1 – Затраты времени на разные виды деятельности у ВТУ в течение смены в пилотных поликлиниках, мин. и %

Вид деятельности	ГАУЗ ККДЦ им. И.А. Колпинского		ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%
Основная деятельность	214	45,9	234,4	50,1	223,2	47,6	201,7	43,2	158,4	33,0
Вспомогательная деятельность	63,3	13,6	78,6	16,8	89,7	19,1	83,6	17,9	117,6	24,5
Работа с медицинской документацией	186,4	40,0	154,1	32,9	148,7	31,7	163,4	35,0	196,3	40,9
Незагруженное время (ожидание)	2,3	0,5	0,9	0,2	3,7	0,8	11,2	2,4	4,8	1,0
Личное время	0	0	0	0	3,7	0,8	7,0	1,5	2,9	0,6
Итого	466	100	468	100	469	100	467	100	480	100

Как видно из представленных в таблице данных, затраты времени ВТУ на основную деятельность в течение смены в результате внедрения организационной технологии различались: наименьший показатель был в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» – 158,4 минут (33,0%), наибольший был в ГБУЗ «КККД» – 234,4 минут (50,1%), в ГБУЗ НСО «ГП № 17», ГАУЗ ККДЦ им. И.А. Колпинского и ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» затраты времени на основную деятельность составили 201,7 минут (43,2%), 214 минут (45,9%) и 223,2 мин (47,6%) соответственно.

На вспомогательную деятельность в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» затрачивалось больше времени по сравнению с другими поликлиниками – 117,6 минут (24,5%), в остальных поликлиниках затраты времени на вспомогательную деятельность составили от 63,3 минут (13,6%) в ГАУЗ ККДЦ им. И.А. Колпинского до 89,7 минут (19,1%) в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3».

Работа с медицинской документацией в течение смены в ГАУЗ ККДЦ им. И.А. Колпинского (186,4 минут, 40,0%) и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (196,3 минуты, 40,9%) сопоставимы, в остальных поликлиниках составили 35,0% и ниже: ГБУЗ НСО «ГП № 17» – 163,4 минуты, 35,0%; ГБУЗ «КККД» – 154,1 минуты, 32,9%; ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» – 148,7 минут, 31,7%.

Незагруженное время составляло от 0,9 минут (0,2%) в ГБУЗ «КККД» до 11,2 минут (2,4%) в ГБУЗ НСО «ГП № 17», затраты на личное (необходимое) время не были зафиксированы в двух поликлиниках, в остальных составили от 2,9 минут (0,6%) в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» до 7 минут (1,5%) в ГБУЗ НСО «ГП № 17», что говорит о достаточно интенсивной работе на участке.

Также проводилась оценка затрат времени МСУ, которая работала в противоположную смену, на разные виды деятельности в течение смены (таблица 7.2).

Таблица 7.2 – Затраты времени на разные виды деятельности у МСУ в течение смены в пилотных поликлиниках, мин. и %

Виды деятельности	ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского		ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%
Основная деятельность	123,8	26,5	168,9	36,1	84,3	17,6	79,5	17,2	31,3	6,6
Вспомогательная деятельность	42,5	9,1	116,1	24,8	177,7	37,1	148,3	32,1	92,0	19,4

Окончание таблицы 7.2

Виды деятельности	ГАУЗ имени Колпинского	ККДЦ И.А.	ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%
Работа с медицинской документацией	299,3	64,1	182,5	39,0	187,8	39,2	220,8	47,8	327,1	69,0
Незагруженное время (ожидание)	1,4	0,3	0,5	0,1	27,3	5,7	9,2	2,0	18,0	3,8
Личное время	0,0	0	0,0	0	1,9	0,4	4,2	0,9	5,7	1,2
Итого	467	100	468	100	479	100	462	100	474	100

Из данных, представленных в таблице, видно, что в течение смены больше всего времени на основную деятельность тратили МСУ в ГБУЗ «КККД» – 168,9 минут (36,1%) и ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского – 123,8 минут (26,5%); в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» и ГБУЗ НСО «ГП № 17» затраты времени на основную деятельность составили 84,3 минуты (17,6%) и 79,5 минут (17,2%) соответственно, наименьшие затраты времени зафиксированы в ГАУЗ НСО «ГКП № 1», 31,3 минуты (6,6%).

На вспомогательную деятельность наименьшие затраты времени были зафиксированы в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, они составили всего 42,5 минут (9,1%). В ГАУЗ НСО «ГКП № 1» и ГБУЗ «КККД» затраты времени на вспомогательную деятельность составили 92,0 минуты (19,4%) и 116,1 минут (24,8%) соответственно, наибольшие затраты времени были зафиксированы в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» и составили 148,3 минуты (32,1%) и 177,7 минут (37,1%) соответственно.

Затраты времени на работу с медицинской документацией распределились по медицинским организациям следующим образом: в ГБУЗ «КККД» и ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» затраты времени составили 182,5 минут (39,0%) и 187,8 минут (39,2%) соответственно; в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского 220,8 минут (47,8%) и 299,3 минут (64,1%) соответственно, а в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» затраты времени на работу с медицинской документацией составили 327,1 минут (69,0%).

Следует отметить, что в работу с медицинской документацией у ВТУ и МСУ, помимо планирования профилактической работы на участке и оформления медицинской документации по компетенции, входили совместная подготовка

материалов для проведения школы здоровья, а также ежедневно заполнение учетных форм № 039/у-02 «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому» и № 039-1/у-06 «Дневник учета работы медицинской сестры участковой» соответственно.

Незагруженное время колебалось от 0,5 минут (0,1%) в ГБУЗ «КККД» и 1,4 минут (0,3%) в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского до 9,2 минут (2,0%) в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и 18,0 минут (3,8%) и 27,3 минуты (5,7%) в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» и ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» соответственно. В двух поликлиниках личное (необходимое) время не было зафиксировано, в трех поликлиниках оно составило от 1,9 минут (0,4%) в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» до 5,7 минут (1,2%) в ГАУЗ НСО «ГКП № 1».

Средние затраты времени ВТУ и МСУ на разные виды деятельности в течение смены и их сравнение с исходными данными представлены на рисунке 7.17.

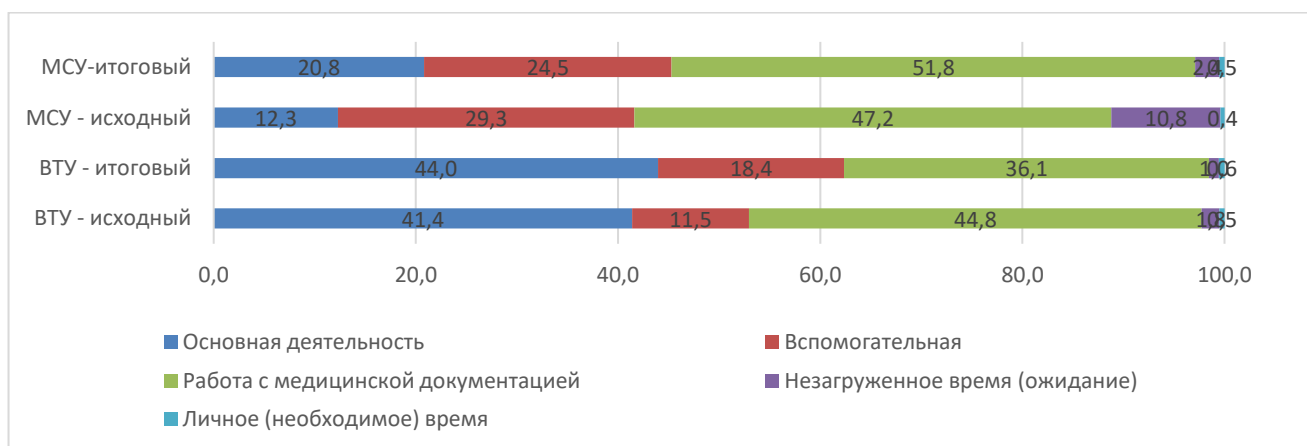


Рисунок 7.17 – Средние затраты времени ВТУ и МСУ по данным исходного и итогового фотохронометражных наблюдений в течение смены (%)

Как видно из представленных данных, несмотря на различную интенсивность работы персонала в рамках организационного эксперимента, в среднем в течение смены у ВТУ увеличились затраты времени на работу с пациентами (основная деятельность) на 2,6% и сократились на работу с медицинской документацией на 8,7%; у МСУ увеличились затраты времени на работу с пациентом на 8,5%, сократились на вспомогательную деятельность на 4,8% и на ожидание на 8,4%.

Далее были дополнительно изучены затраты времени на разные виды деятельности ВТУ и МСУ в течение амбулаторного приема, при этом по МСУ

проводилось сравнение исходных данных при работе на приеме с ВТУ, а итог – при работе на самостоятельном приеме (таблица 7.3).

Таблица 7.3 – Затраты времени на разные виды деятельности у ВТУ в течение амбулаторного приема в пилотных поликлиниках, мин. и %

Вид деятельности	ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского		ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%
Основная деятельность	7,5	53,9	9,2	57,8	9,0	69,3	8,7	62,2	6,7	56,2
Вспомогательная деятельность	0,7	4,7	1,9	11,8	1,6	12,5	0,8	5,8	0,8	6,9
Работа с медицинской документацией	5,8	41,4	4,9	30,4	2,4	18,2	4,4	31,1	4,4	36,8
Незагруженное время (ожидание)	0	0	0	0	0	0	0,1	0,9	0	0
Личное время	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого	14	100	16	100	13	100	14	100	12	100

Из представленных в таблице данных следует, что наибольшие затраты времени на амбулаторный прием 1 пациента были зафиксированы в ГБУЗ «КККД» и составили 16 минут, затраты на основную деятельность здесь были также самые высокие – 9,2 минуты (57,8%). В ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и ГБУЗ НСО «ГП № 17» затраты времени на амбулаторный прием составили 14 минут, но затраты времени на основную деятельность отличались и составили 7,5 минут (53,9%) и 8,7 минут (62,2%) соответственно. Продолжительность амбулаторного приема в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» составила 13 минут, из них затраты на основную деятельность – 9,0 минут (69,3%), и в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» амбулаторный прием длился 12 минут, затраты на основную деятельность были наименьшие – 6,8 минут (56,3%).

Затраты на вспомогательную деятельность у врачей составили от 0,7 минут (4,7%) в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и 0,8 минут в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (5,8% и 6,9% соответственно) до 1,6 минут в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» (12,5%) и 1,9 минут в ГБУЗ «КККД» (11,8%).

Затраты на работу с медицинской документацией составили 2,4 минуты (18,2%) в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»; в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» 4,4 минуты (31,1% и 36,8% соответственно), 4,9 минуты в ГБУЗ «КККД» (30,4%) и 5,8

минут в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского (41,3%).

Незагруженное время зафиксировано не было в 4 поликлиниках, что может свидетельствовать об эффективном использовании времени врачом во время приема пациента, в одной, ГБУЗ НСО «ГП № 17», было совсем незначительным – 0,1 минуту (0,9%).

В таблице 7.4 представлены средние затраты времени МСУ на разные виды деятельности в течение самостоятельного сестринского приема пациента 1 пациента.

Таблица 7.4 – Затраты времени на различные виды деятельности у МСУ на самостоятельном приеме пациентов в пилотных поликлиниках, мин. и %

Виды деятельности	ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского		ГБУЗ «КККД»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%	мин	%
Основная деятельность	8,4	44,0	11,0	61,0	5,6	32,9	10,3	57,0	6,8	52,5
Вспомогательная деятельность	1,2	6,3	1,6	9,0	5,4	31,6	3,1	17,0	1,6	12,3
Работа с медицинской документацией	9,4	49,7	5,4	30,0	6,0	35,5	4,7	26,0	4,6	35,2
Незагруженное время (ожидание)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Личное время	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого	19	100	18	100	17	100	18	100	13	100

Максимальное время на самостоятельный сестринский прием затрачивала МСУ в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского – 19 минут; 18 минут составлял прием в ГБУЗ «КККД» и в ГБУЗ НСО «ГП № 17»; в ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» продолжительность приема составила 17 минут, а в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» – 13 минут.

Из представленных в таблице данных видно, что в течение приема на основную деятельность наибольшие затраты времени составили в ГБУЗ «КККД» – 11,0 минут (62,0%) и в ГБУЗ НСО «ГП № 17» – 10,3 минуты (57,0%). В ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского основная деятельность занимала 8,4 минут (44,0%), наименьшие затраты времени отмечены в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» – 6,8 минут (52,5%) и в ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» – 5,6 минут (32,9%).

Вспомогательная деятельность занимала наименьшие затраты времени в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, ГБУЗ «КККД» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (1,2 минуты, 6,3%; 1,6 минут, 9,0% и 1,6 минут, 12,3% соответственно). Почти в 2 раза больше затраты времени составили в ГБУЗ НСО «ГП № 17» – 3,1 минут, 17,0%. Наибольшие затраты

времени были зафиксированы в ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» – 5,4 минут (31,6%).

Наименьшие затраты времени на работу с медицинской документацией были отмечены в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» и ГБУЗ НСО «ГП № 17» (4,6 минут, 35,2% и 4,7 минут, 26,0% соответственно). В ГБУЗ «КККД» и ГБУЗ НСО «НОКГВВ №3» затраты времени составили 5,4 минуты (30,0%) и 6,0 минут (35,5%) соответственно. Наибольшие затраты времени были отмечены в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского – 9,4 минут (49,7%).

В течение самостоятельного приема незагруженное и личное необходимое время зафиксированы не были, что может говорить о достаточно интенсивной работе МСУ.

Средние затраты времени ВТУ и МСУ во время амбулаторного приема пациента по данным исходных и итоговых фотохронометражных наблюдений представлены на рисунке 7.18.

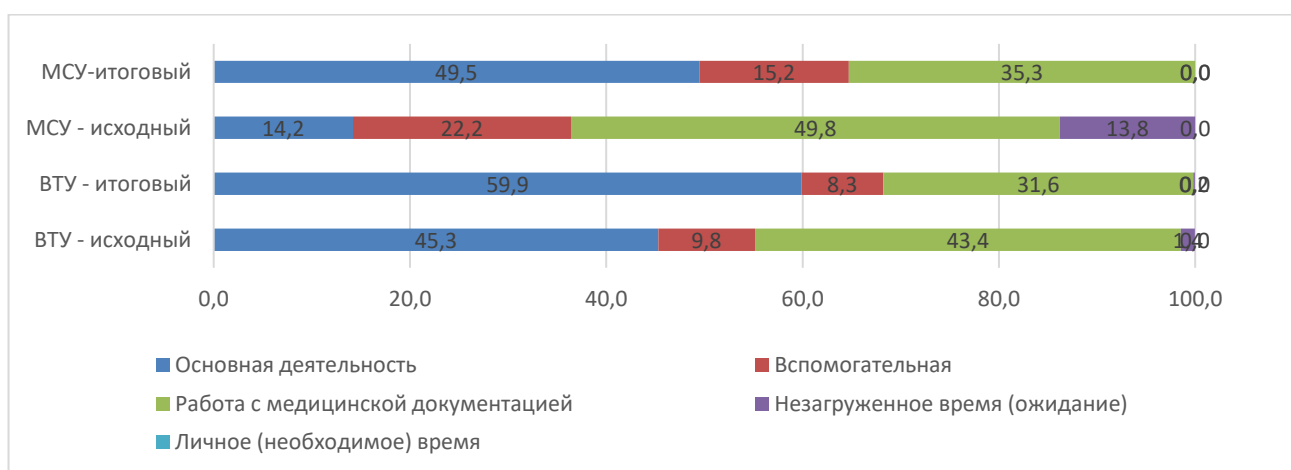


Рисунок 7.18 – Средние затраты времени ВТУ и МСУ по данным исходного и итогового фотохронометражных наблюдений на разные виды деятельности в течение амбулаторного приема (%)

Из рисунка следует, что в течение амбулаторного приема в результате внедрения организационного решения и перераспределения функциональных обязанностей по сравнению с исходными данными у ВТУ увеличились затраты времени на работу с пациентом на 14,6%, сократились затраты времени на вспомогательную деятельность на 1,5% и на работу с медицинской документацией на 11,8%. У МСУ увеличились затраты времени на работу с пациентом на 35,3%, сократились на вспомогательную деятельность на 6,96%, на работу с медицинской документацией на 14,5% и на ожидание на 13,8%.

Все это свидетельствует о более эффективном использовании профессионального потенциала ВТУ и МСУ, о проведении более активной работы с пациентами на приеме, в том числе за счет проведения МСУ работы по выявлению факторов риска развития заболеваний/состояний, осложнений заболеваний/состояний, краткого профилактического консультирования по факторам риска и по актуальным вопросам здорового образа жизни в рамках каждого приема.

В таблице 7.5 представлено сравнение средних фактических затрат времени на амбулаторный прием 1 пациента, а также среднее число принятых пациентов в смену (исходя из 39-часовой рабочей недели) по данным исходных фотохронометражных наблюдений и после внедрения организационного решения.

Таблица 7.5 – Средние затраты времени на прием 1-ого пациента ВТУ на амбулаторном приеме в пилотных поликлиниках и среднее число принятых в течение смены пациентов по данным исходного и итогового фотохронометражных наблюдений, мин

Показатели		ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского	ГБУЗ «КККД»	ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3	ГБУЗ НСО «ГП № 17»	ГАУЗ НСО «ГКП № 1»
Средние затраты времени на одного пациента на амбулаторном приеме ВТУ	Норматив, мин	15	15	12	10	15
	Факт, мин (после внедрения организационной технологии)	14	16	13	14	12
	Факт, мин исходно	14	16	12	11	23
Среднее число принятых в течение смены пациентов ВТУ, абс.число	после внедрения организационной технологии	27	23	25	20	22
	исходно	15	14	15	18	16
Средние затраты времени на одного пациента на амбулаторном приеме МСУ	Норматив, мин	20	20	20	20	20
	Факт, мин (после внедрения организационной технологии)	19	19	17	18	13
Среднее число принятых в течение смены пациентов МСУ, абс.число	после внедрения организационной технологии	15	9	6	5	3

Из представленных в таблице данных видно, что после внедрения организационного решения фактические затраты времени на 1 пациента увеличились в ГБУЗ НСО «ГП № 17» с 11 мин до 14 мин и сократились в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» с 23

мин до 12 мин. Среднее число принятых в течение смены пациентов увеличилось во всех медицинских организациях, однако есть риск невыполнения функции врачебной должности в ГБУЗ НСО «ГП № 17» и ГАУЗ НСО «ГКП № 1», что может корректироваться изменением численности прикрепленного к участку населения (в рамках организационного эксперимента численность прикрепленного населения на пилотных участках в данных медицинских организациях составляла до 2400 чел., в состав организационной технологии входили ВТУ, МСУ и МР), а также в ГБУЗ «КККД» – среднее число принятых пациентов в смену составило 23 чел., что также может быть скорректировано численностью прикрепленного населения или перераспределением нагрузки между ВТУ и фельдшером.

В рамках организационного эксперимента продолжительность сестринского приема пациента во всех медицинских организациях составляла 20 мин. В ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского отмечено наибольшее число принятых пациентов в смену – 15 чел., что может свидетельствовать о значительном перераспределении потоков пациентов с ВТУ на МСУ и об эффективном использовании кадрового потенциала МСУ. В остальных поликлиниках было отмечено меньшее число принятых в смену МСУ пациентов. Наибольшие затраты времени на самостоятельный сестринский прием были зафиксированы в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского и в ГБУЗ «КККД» и составили 19 мин, в ГБУЗ НСО «ГП № 17» затраты времени на прием 1 пациента МСУ составили 18 мин, в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» 17 мин, и наименьшая продолжительность самостоятельного сестринского приема была зафиксирована в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» и составила 13 мин.

Следует отметить, что кроме амбулаторного приема пациентов МСУ проводила школы здоровья и выполняла работу на дому – выполнение назначений врача/фельдшера, патронаж маломобильных и немобильных пациентов и иной работы. Для более детального изучения нагрузки на персонал проводился анализ учетных форм посещений в медицинской организации и на дому ВТУ, фельдшера и МСУ (таблица 7.6). В сравнении с данными, полученными в ходе фотохронометражных наблюдений, анализ учетных форм о выполненных посещениях показал, что риск невыполнения функции

врачебной должности есть в ГБУЗ «КККД» (среднее число принятых пациентов в смену составило 21 чел.), а также в ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (здесь показатель составил 23 чел. в смену).

При стандартной организации работы МСУ и ВТУ в одном кабинете МСУ в основном выполняла работу по оформлению медицинской документации для пациента, а также работала с иной документацией в течение амбулаторного приема. То есть, ВТУ в работе с рядом пациентов помощь МСУ была не нужна. МР, который фактически заменил МСУ на приеме с врачом, работал в соседнем кабинете, в том числе занимался оформлением и выдачей медицинской документации на руки для пациентов, обратившихся после посещения ВТУ.

Из представленных в таблице данных видно, что число пациентов, обратившихся к МР после посещения ВТУ, с которым он работал в одну смену, значительно меньше. На рисунке 7.19 (а, б) представлено число посещений, выполненных к ВТУ и МР (абс. число), а также доля пациентов, обратившихся к МР после посещения ВТУ (%).

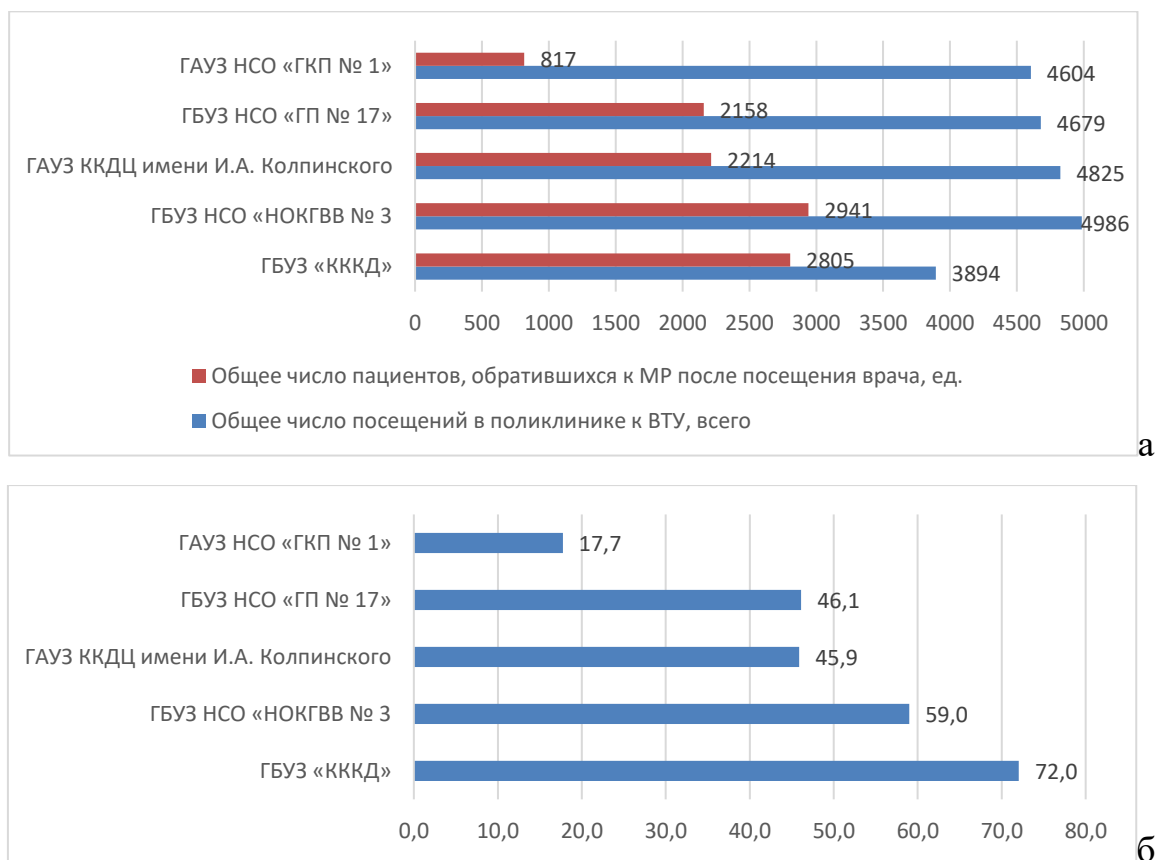


Рисунок 7.19 а – число посещений, выполненных к ВТУ и МР (ед.), б - доля пациентов, обратившихся к МР после посещения ВТУ (%)

Таблица 7.6 – Фактическое число посещений, выполненных к медицинским работникам в течение организационного эксперимента (март-декабрь 2023 г.), абс. число

Должность	Вид посещения / обращения	ГБУЗ «КККД»	ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»	ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского	ГБУЗ НСО «ГП № 17»	ГАУЗ НСО «ГКП № 1»
ВТУ	Число фактически отработанных дней	187	192	179	180	200
ВТУ	Общее число посещений в поликлинике, всего (ед.)	3894	4986	4825	4679	4604
ВТУ	из них по заболеванию, всего (ед.)	3112	4438	3942	3508	4233
ВТУ	из них с профилактической целью, всего (ед.)	782	548	883	1171	371
ВТУ	Среднее число принятых пациентов в смену (ед.)	21	26	27	26	23
ВТУ	Число посещений на дому, всего (ед.)	49	33	173	265	45
Фельдшер	Число фактически отработанных дней (ед.)	187	194	-	-	-
Фельдшер	Общее число посещений в поликлинике, всего (ед.)	2946	2269	-	-	-
Фельдшер	из них по заболеванию, всего (ед.)	1849	1852	-	-	-
Фельдшер	из них с профилактической целью, всего (ед.)	1097	417	-	-	-
Фельдшер	Среднее число принятых пациентов в смену (ед.)	16	12	-	-	-
Фельдшер	Число посещений на дому (по заболеваниям), всего (ед.)	719	834	-	-	-
Фельдшер	Число посещений на дому (по заболеваниям), в смену (ед.)	3	4	-	-	-
МСУ	Число фактически отработанных дней (ед.)	188	190	145	209	192
МСУ	Общее число посещений в поликлинике, всего (ед.)	1734	1139	2271	1159	755
МСУ	Среднее число принятых пациентов в смену (ед.)	9	6	16	6	4
МСУ	Число посещений на дому, всего (ед.)	868	824	192	317	89
МСУ	Число посещений на дому, в смену(ед.)	4	4	1	1	1
МСУ	Школа здоровья (посещений) (ед.)	114	24	146	30	24
МР	Число фактически отработанных дней(ед.)	182	202	177	190	159
МР	Общее число пациентов, обратившихся к регистратору после посещения врача (ед.)	2805	2941	2214	2158	817
МР	Число иных принятых пациентов, всего (ед.)	397	34	184	345	129
МР	Число принятых пациентов, в смену (ед.)	18	15	13	13	5
МР	Выполнено обзвонов, всего (ед.)	15882	12667	5549	9538	8667
МР	Число принятых пациентов, в смену (ед.)	87	63	31	50	55

Как видно из представленных на рисунке данных, доля пациентов, которым было необходимо после посещения ВТУ дополнительное оформление медицинской документации или запись в МИС на исследования, к врачу-специалисту, на повторный прием, составила от 17,7% до 72,0%. Причем в соответствии с данными, представленными в таб. 7.5, продолжительность амбулаторного приема ВТУ не превышала нормативных значений, а значит он занимался оформлением медицинской документации по компетенции. Все это свидетельствует в пользу того, что организация совместной работы ВТУ и МСУ в одном кабинете на амбулаторном приеме нецелесообразна.

С учетом того, что в рамках организационных технологий дополнительно были сформированы потоки пациентов на МСУ и фельдшера, проводилась оценка структуры посещений на ТУ в разрезе медицинских работников (доля посещений пациентов на ВТУ, МСУ и Ф в общей структуре посещений на ТУ за период проведения организационного эксперимента; рисунок 7.20). Исходно все 100% посещений на ТУ приходились на ВТУ. Из представленных на рисунке данных видно, что бригадная форма организации труда на ТУ позволяет сократить долю непрофильных посещений на ВТУ в среднем на 32,2%.

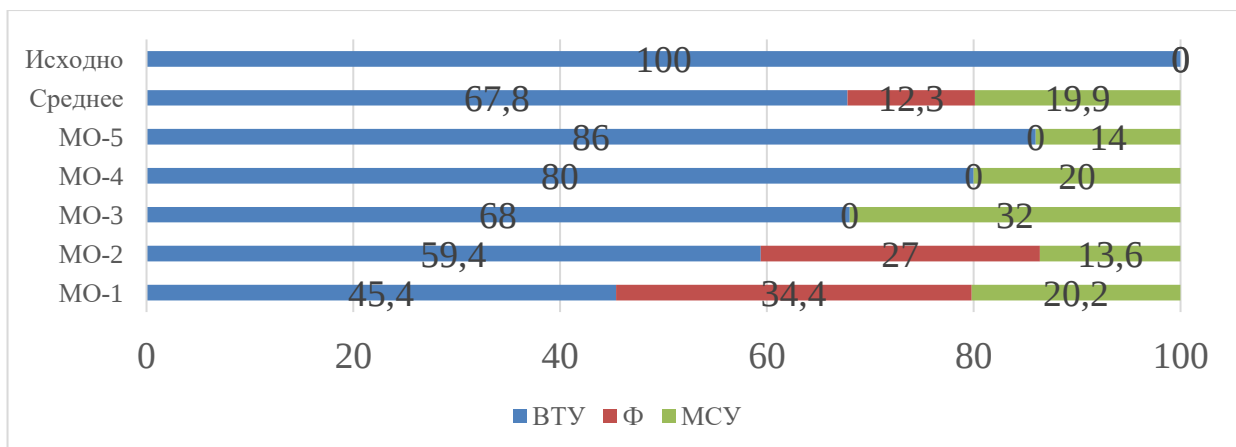


Рисунок 7.20 – Доля посещений на ТУ (%)

Дополнительно по данным из МИС проводилась оценка показателей коэффициента доступности и коэффициента полноты охвата ДН (расчеты показателей

описаны в главе 2). Динамика показателя в разрезе МО и среднее представлены на рисунке 7.21.

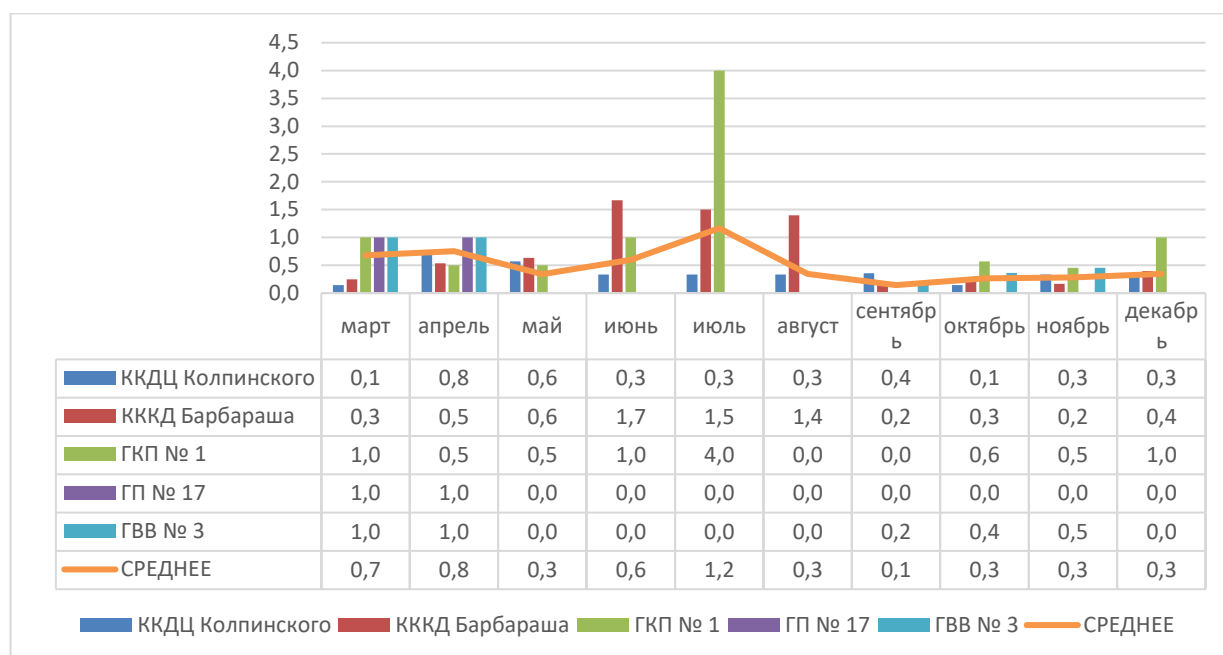


Рисунок 7.21 – Динамика показателя отношения доступности записи к ВТУ, ед.

На рисунке показана динамика показателя за 10 месяцев проведения организационного эксперимента (март-декабрь 2023 г.) в разрезе медицинских организаций и среднее значение: $T < 1,0$, что свидетельствует о том, что доступность записи на прием к ВТУ пилотных ТУ лучше в сравнении с доступностью записи на прием к ВТУ, работающему на стандартном участке.

Привлечение МР к работе на ТУ позволило перераспределить функции по информированию и приглашению прикрепленного населения на профилактические мероприятия и на диспансерные приемы и высвободило время МСУ на самостоятельные сестринские приемы и активную работу с пациентами на дому. Динамика показателя коэффициента полноты охвата ДН в среднем по 5 пилотным медицинским организациям представлена на рисунке 7.22. Как видно из представленного графика, в среднем охват ДН на пилотных ТУ к концу реализации организационного эксперимента в 2,2 раза выше, чем на стандартных ТУ.

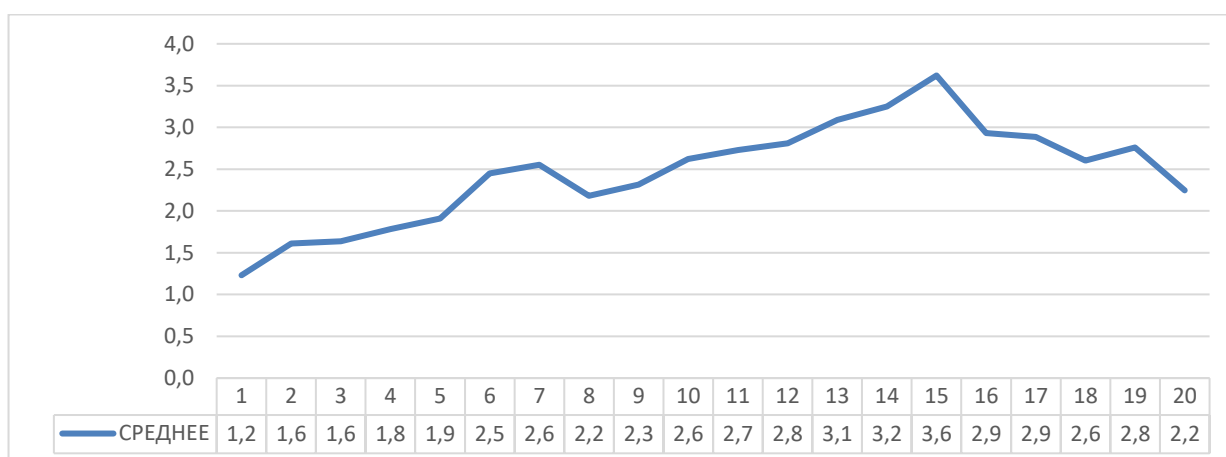


Рисунок 7.22 – Динамика среднего показателя коэффициента полноты охвата ДН за период апрель-декабрь 2023 г.

Резюме. Таким образом, реализация организационного эксперимента показала эффективное использование кадрового потенциала ВТУ и МСУ за счет привлечения к работе на ТУ специалистов с различным уровнем образования. В среднем в течение смены у ВТУ увеличились затраты времени на работу с пациентами (основная деятельность) на 2,6% и сократились на работу с медицинской документацией на 8,7%; у МСУ увеличились затраты времени на работу с пациентом на 8,5%, сократились на вспомогательную деятельность на 4,8% и на ожидание на 8,4%. В течение амбулаторного у ВТУ увеличились затраты времени на работу с пациентом на 14,6%, сократились затраты времени на вспомогательную деятельность на 1,5% и на работу с медицинской документацией на 11,8%. У МСУ увеличились затраты времени на работу с пациентом на 35,3%, сократились на вспомогательную деятельность на 6,96%, на работу с медицинской документацией на 14,5% и на ожидание на 13,8%.

Распределение потоков пациентов между специалистами, включенными в состав организационных технологий, позволило сократить долю непрофильных посещений на ВТУ в среднем на 32,2%, а также улучшить доступность записи на прием к ВТУ в среднем в 3 раза. Также делегирование работы с медицинской документацией и обзвона пациентов МР от МСУ позволило эффективнее проводить профилактические мероприятия на участке, в частности, полнота охвата ДН лиц из числа подлежащих ему на пилотных участках в среднем в 2,2 раза выше, чем на стандартных ТУ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Система здравоохранения нашей страны претерпевает значительные изменения: реализуются федеральные и региональные проекты, внедряются и тиражируются технологии бережливого производства в деятельность медицинских организаций и иные мероприятия, однако вопросы обеспечения доступности и качества медицинской помощи, в частности – ПМСП, не теряют актуальности. Одним из факторов, определяющих доступность и качество ПМСП, является кадровое обеспечение. При этом на фоне развития медицинских, цифровых и информационных технологий, совершенствования материально-технического оснащения, изучению организационных технологий оказания ПМСП уделяется недостаточно внимания. Проблемы доступности и качества ПМСП существуют долгие годы и требуют не только применения экстенсивных путей решения, но и интенсивных.

Как показал обзор литературы, в вопросах кадровых ресурсов ПМСП большинство исследований посвящено анализу обеспеченности и укомплектованности, привлечению и удержанию кадров на местах, повышению престижа профессии, выполнению функции врачебной должности, изучению тенденций изменения коэффициентов совместительства врачей и медицинских сестер, соотношению врачей и медицинских сестер.

В последние годы в целом по стране наметилась тенденция увеличения числа физических лиц врачей, оказывающих ПМСП взрослому населению (за счет сокращения сроков подготовки врачей-терапевтов участковых), и уменьшения числа физических лиц медицинских сестер, работающих с ними, при этом в субъектах Российской Федерации или конкретных медицинских организациях ситуация может отличаться.

Ряд исследований посвящен вопросам затрат времени на выполнение отдельных функций и технологических операций при оказании ПМСП, проблемам высокой нагрузки на врачебный и средний медицинский персонал, для решения которых авторами рассматриваются перераспределение или передача отдельных функций от врача медицинским сестрам, расширение роли среднего медицинского персонала, а

также привлечение персонала без медицинского образования к работе в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, внедрение бригадной формы организации труда на врачебном участке.

Анализ нормативных правовых актов показал, что существуют предпосылки для поиска, формирования и внедрения иных форм организации работы на терапевтическом участке. В вопросах «расширения» функций или «передачи» функций врачей среднему медицинскому персоналу, как правило, речь идет о работе среднего медицинского персонала в рамках компетенции, а значит – необходимо изучение новых организационных технологий, учитывающих потребности населения в медицинской помощи и возможность привлечения специалистов с различным уровнем образования.

Ключевыми факторами совершенствования ПМСП являются обеспечение баланса численности и структуры медицинских кадров объемам выполняемой работы, задачам и направлениям совершенствования ПМСП с учетом потребностей населения, их эффективное использование, соответствие приобретаемых в процессе обучения компетенций выполняемым трудовым функциям и трудовым действиям.

В Российской Федерации, КО и НСО с 2017 по 2021 гг. отмечалась разнонаправленная тенденция обеспеченности ВТУ и МСУ. Таким образом, к 2021 г. число физических лиц ВТУ в стране и НСО увеличилось, а в КО – сократилось; численность МСУ и в стране, и в пилотных субъектах сократилась. Укомплектованность ТУ кадрами также имела разнонаправленные тенденции и к 2021 г. в КО и НСО показатели ниже среднероссийских: показатель укомплектованности ВТУ в КО составил 47,1%, в НСО 73,6% (в Российской Федерации – 80,3%), показатель укомплектованности МСУ в КО составил 72,0%, в НСО – 74,7% (в Российской Федерации – 80,2%). Обеспеченность на 10000 взрослого населения ВТУ в Российской Федерации и НСО увеличилась и составила 3,32 и 3,9 соответственно, а в КО сократилась до 2,3. При этом обеспеченность МСУ и в стране, и в пилотных субъектах имела тенденцию снижения: в Российской Федерации показатель составил 3,3, в КО 3,5, в НСО 4,0.

Показатели укомплектованности штатных должностей физическими лицами

ВТУ и МСУ имели разнонаправленные тенденции, но в пилотных субъектах остаются ниже среднероссийских. Так, укомплектованность штатных должностей физическими лицами ВТУ в Российской Федерации составила 79,1%, в КО 66,9%, в НСО 71,1%, а укомплектованность МСУ – 77,0%, 63,8% и 74,0% соответственно. Укомплектованность штатных должностей занятыми ВТУ и МСУ и в Российской Федерации, и в пилотных субъектах имела отрицательные тенденции, в субъектах показатели ниже среднероссийских: в Российской Федерации 84,2% и 85,8%, в НСО 71,8% и 79,5% соответственно, в КО оба показателя составили 75,1%. Коэффициент совместительства ВТУ и МСУ нигде не превышал 1,2.

В пилотных медицинских организациях численность физических лиц ВТУ и МСУ имела разнонаправленные тенденции, при этом укомплектованность штатных должностей физическими лицами ВТУ в ГБУЗ «КККД» (76,4%), ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» (90,0%), ГБУЗ НСО «ГП № 17» (86,2%), ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (77,8%) выше соответствующих среднерегиональных, а в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского (50,0%) – ниже. Укомплектованность штатных должностей физическими лицами МСУ в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» (35,0%) и ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского (41,5%) – ниже соответствующих среднерегиональных, а в ГБУЗ «КККД» (70,3%), ГБУЗ НСО «ГП № 17» (85,9%), ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (75,0%) – выше, но остается на недостаточном уровне.

Укомплектованность штатных должностей занятыми ВТУ и МСУ в целом на недостаточном уровне: в ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского 50,0% и 47,2%, ГБУЗ «КККД» 67,9% и 78,4%, ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» 100,0% и 35,0%, ГБУЗ НСО «ГП № 17» 93,1% и 93,5%, ГАУЗ НСО «ГКП № 1» 77,8% и 87,5% соответственно. Коэффициенты совместительства не превышают 1,2.

На фоне дефицита и дисбаланса кадров выполнение функции врачебной должности, охват профилактическими мероприятиями также остаются на недостаточном уровне и имеют разнонаправленные тенденции, отличаются в целом по стране, в пилотных субъектах Российской Федерации и пилотных медицинских организациях.

Изменение физической численности медицинских работников, количества участков, укомплектованность участков врачами и медицинскими сестрами, обеспеченность соответствующего населения медицинскими работниками и укомплектованность штатных должностей физическими лицами имеют разнонаправленную динамику изменений, вместе с тем укомплектованность штатных должностей занятыми и коэффициенты совместительства в целом имеют тенденции к снижению. Очевидно, сохраняются проблемы привлечения и удержания кадров на местах, старение кадрового состава отрасли, в связи с чем необходимо применять как экстенсивные, так и интенсивные методы совершенствования организации ПМСП, что и определило проведение данного исследования.

По результатам анкетирования по мнению 22,4% ВТУ и 31,4% МСУ основными причинами, по которым могли бы поменять место работы, являлись уровень заработной платы, по мнению 14,5% ВТУ и 12,4% МСУ – условия и организация труда, при этом 31,6% ВТУ и 35,2% МСУ не хотели бы менять место работы. Из опрошенных считают рабочую нагрузку в течение смены высокой 54,0% ВТУ и 47,6% МСУ, скорее высокой – 38,8% ВТУ и 40,0% МСУ, причем по мнению 70,4% ВТУ и 60,0% МСУ причиной является работа с медицинской документацией, что также определяет необходимость изучения организации работы на участке и определения перспективных направлений ее совершенствования.

Основными функциями МСУ, по мнению ВТУ, являлись обзвон пациентов, информирование и/или приглашение пациентов на профилактические мероприятия – отметили 90,8%; 85,5% отметили оформление медицинской документации на приеме; 81,6% – выполнение назначений врача пациентам на дому; 73,0% – обеспечение кабинета расходными материалами; 71,1% – выполнение обработки кушетки на приеме после осмотра пациента. Среди опрошенных МСУ 99,0% отметили также обзвон пациентов, информирование и/или приглашение пациентов на профилактические мероприятия; 94,3% – оформление медицинской документации на приеме; 91,4% – выполнение назначений врача пациентам на дому; 87,6% – обеспечение кабинета расходными материалами; 84,8% – выполнение обработки кушетки на приеме после

осмотра пациента. По мнению 45,5% пациентов к функциям МСУ относятся оформление и/или печатать медицинской документации на приеме. По мнению 31,8% – осуществление записи на исследования (лабораторные, инструментальные); по мнению 26,2% – выполнение иной работы с медицинской документацией и/или в медицинской информационной системе. То есть, как показали результаты анкетирования, МСУ выполняют ту работу, которая может быть передана специалистам с более низким уровнем образования, а вот роль самих МСУ в работе с пациентами может и должна быть пересмотрена.

Из числа опрошенных 34,9% ВТУ отметили, что МСУ может заниматься самостоятельной (в том числе профилактической) работой с населением; 37,5% – отметили, что скорее может. Из числа опрошенных МСУ 25,8% отметили, что могут заниматься самостоятельной работой на участке – профилактическими мероприятиями, работой с диспансерной группой, патронажем и т.д.; 18,1% – что скорее могут; 20,0% затруднились с ответом. При этом среди опрошенных пациентов 32,0% отметили, что могли бы в отсутствие врача обратиться к медицинской сестре за оказанием помощи с целью получения профилактического консультирования, получения направлений на исследования для оформления справок, измерения давления и т.д.; 27,0% отметили, что скорее могли бы обратиться к медицинской сестре участковой. В целом, и среди медицинских работников, и среди пациентов есть потенциал к организации самостоятельных сестринских приемов, школ здоровья и иной профилактической работы с населением.

Среди опрошенных ВТУ 38,1% отметили, что организацию работы на участке необходимо менять; 33,6% – что скорее нужно менять; 18,4% затруднились с ответом. Среди опрошенных МСУ 29,5% отметили, что организацию работы на участке необходимо менять; 31,4% – скорее необходимо менять; 21,9% затруднились с ответом. Среди опрошенных экспертов более половины считали, что организацию работы на участке необходимо менять, – 55,4%; 41,8% – скорее необходимо менять.

Фотохронометражные наблюдения также показали большие затраты времени ВТУ и МСУ на работу с медицинской документацией, у МСУ – значительное

количество незагруженного времени и большие затраты на вспомогательную работу, которая может быть передана специалистам с более низким уровнем образования.

В рамках исследования было предложено внедрение двух организационных технологий на терапевтическом участке, которые отличались по структуре и численности прикрепленного населения. Результаты организационного эксперимента позволили увеличить полезное время работы ВТУ с пациентами в среднем по 5 медицинским организациям с 41,4% до 44,0% за счет распределения потока пациентов на самостоятельный сестринский прием, у МСУ – с 12,3% до 20,8%; сократить у МСУ функционально незагруженное время с 10,8% до 2,4%, что косвенно свидетельствует о более эффективном использовании кадров. Также распределение потоков пациентов на различные категории персонала позволили высвободить время врача на работу с пациентами, которым нужна именно врачебная помощь: доля посещений от всех посещений на участок за период проведения организационного эксперимента составила от 13,6% до 32,0% на МСУ.

В виду дефицита и дисбаланса кадров с целью обеспечения населения необходимыми объемами первичной врачебной медико-санитарной помощи отмечается укрупнение врачебных участков, оказание медицинской помощи одним врачом населению нескольких участков (при этом врач не всегда работает по совместительству) или фактическое упразднение территориально-участкового принципа оказания медицинской помощи, когда запись пациента осуществляется к любому врачу на ближайшее время. Причинами снижения доступности и качества ПМСП являются кадровый дефицит, нерациональная организация врачебного приема, несоответствие задач, стоящих перед медицинскими организациями, оказывающими ПМСП, их ресурсному обеспечению. Однако решать указанные проблемы необходимо не только увеличением численности медицинских работников. Проблемы организации труда медицинских работников – актуальные проблемы современной системы здравоохранения, которые без применения научно обоснованных методов, форм работы и организационных технологий изменить нельзя.

ВЫВОДЫ

1. Анализ динамики показателей обеспеченности кадрами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, на терапевтических участках в Российской Федерации и пилотных субъектах Российской Федерации выявил снижение укомплектованности штатных должностей занятыми, при этом коэффициенты совместительства также имели тенденцию к снижению. В пилотных медицинских организациях отмечался дефицит врачей-терапевтов участковых и медицинских сестер участковых, при этом дефицит медицинских сестер участковых был более выраженным: число медицинских сестер участковых в расчете на одного врача варьировало от 0,4 до 1,1. Показатели укомплектованности штатных должностей физическими лицами врачей-терапевтов участковых составляли от 50,0% до 90,0%, среднего медицинского персонала – от 35,0% до 85,9%.

2. Анализ количественных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, показал, что в Российской Федерации, Кемеровской и Новосибирской областях число посещений к врачам-терапевтам участковым изменялось разнонаправленно: за период 2017-2021 гг. в среднем число посещений возросло на 2,0%, в Новосибирской области – возросло на 9,7%, в Кемеровской области, наоборот, уменьшилось – на 19,7%. При этом во всех пилотных медицинских организациях отмечалось увеличение числа посещений врачей-терапевтов участковых от 11,1% до 49,3%. В структуре посещений в Российской Федерации (65,8%), в Кемеровской (61,8%) и Новосибирской (76,4%) областях преобладали посещения по заболеванию. В пилотных медицинских организациях посещения врачей-терапевтов участковых по заболеванию также преобладали, их доля варьировала от 61,2% до 88,0%. Число посещений на 1 занятую должность в Кемеровской (5026,8) и в Новосибирской (5818,9) областях в 2021 г. было выше среднероссийского показателя (4373,3), в пилотных медицинских организациях показатель колебался от 3861,53 до 7452,67.

3. Анализ качественных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, позволил установить неравномерную динамику показателей заболеваемости, охвата населения профилактическими мероприятиями. Показатели первичной заболеваемости в среднем по Российской Федерации (6549,9 на 10 тыс. взрослого населения), в Кемеровской (6634,2) и Новосибирской областях (6347,3) были сопоставимы, в течение 2017-2021 гг. регистрировался их рост. В пилотных медицинских организациях показатель первичной заболеваемости прикрепленного населения колебался от 4218,2 до 9518,1 на 10 тыс. населения.

Выявлено, что охват профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией отдельных групп взрослого населения в 2017-2021 гг. имел тенденцию к снижению как в Российской Федерации, Кемеровской и Новосибирской областях, так и в пилотных медицинских организациях.

4. Изучение мнения пациентов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтических участках показало, что в целом удовлетворены лечебно-диагностическим процессом 54,8% (95% ДИ 50,5-59,1) респондентов, самыми частыми причинами неудовлетворенности являлись несоответствие времени приема времени записи, а также то, что врач и медицинская сестра много времени проводят за компьютером.

Среди необходимых изменений в работе медицинского персонала на терапевтическом участке 59,9% (95% ДИ 51,6-67,7) врачей и 38,1% (95% ДИ 28,8-48,1) медицинских сестер указали на целесообразность привлечения фельдшеров для обслуживания вызовов на дому, четкого распределения времени для выполнения отдельных видов работ – 62,5% (95% ДИ 54,7-70,6) врачей и 50,5% (95% ДИ 40,5-60,4) медицинских сестер, передачи оказания помощи на дому выездной службе неотложной помощи – 57,2% (95% ДИ 49,0-65,2) врачей и 36,2% (95% ДИ 27,0-46,1) медицинских сестер, привлечения немедицинского персонала для планирования профилактической работы и информирования пациентов – 50,0% (95% ДИ 41,8-58,2) врачей и 54,3% (95% ДИ 44,3-64,0) медицинских сестер, и передачи им функций записи пациента на прием к

врачу-специалисту, на повторный прием, на исследования – 34,9% (95% ДИ 27,3-43,0) врачей и 24,7% (95% ДИ 16,9-34,1) медицинских сестер. Существенно разнились мнения врачей и медицинских сестер о ведении самостоятельных приемов медицинской сестрой участковой, внедрение этой организационной технологии в целом поддержали 72,4% врачей (95% ДИ 64,5-79,3) и 41,9% (95% ДИ 32,3-51,9) медицинских сестер.

Подавляющее большинство экспертов – специалистов в сфере организации здравоохранения (70,3%, 95% ДИ 58,5-80,3) считали, что врач-терапевт участковый и медицинская сестра участковая не в полной мере реализует свои возможности. По мнению экспертов медицинская сестра участковая должна выполнять проведение обследования пациента на приеме (89,2% респондентов, 95% ДИ 79,8-95,2), оформление медицинской документации (86,5%, 95% ДИ 76,5-93,3), работу в медицинской информационной системе (75,7%, 95% ДИ 64,3-84,9), патронаж маломобильных граждан (74,3%, 95% ДИ 62,8-83,8), назначения врача пациентам на дому (71,6%, 95% ДИ 59,9-81,5), приглашение пациентов и контроль очереди перед кабинетом врача (63,5%, 95% ДИ 51,5-74,4), проведение самостоятельных сестринских приемов пациентов (в рамках диспансерного наблюдения, профилактических осмотров, с неотложными состояниями и т.д.) (59,5%, 95% ДИ 47,4-70,7), обеспечение кабинета расходными материалами и бланками направлений (51,4%, 95% ДИ 39,4-63,1); обзвон, информирование и/или приглашение пациентов на профосмотры, диспансеризацию, вакцинацию (46,0%, 95% ДИ 34,3-57,9) (коэффициент конкордации Кендалла 0,44, коэффициент Пирсона 161,75 при $\alpha = 0,05$).

5. Проведенные фотохронометражные наблюдения показали, что затраты на работу с медицинской документацией у врачей-терапевтов участковых составляли 44,9%, на основную деятельность – 41,6%, на вспомогательную деятельность 11,6% рабочего времени. У медицинских сестер участковых затраты на работу с медицинской документацией составляли 47,2%, на вспомогательную деятельность – 29,3%, что превышало таковые у врачей-терапевтов участковых более чем в 2,6 раза, на основную деятельность – 12,3%. Доля незагруженного времени у врачей составляла 1,9%, у медицинских сестер – 10,8% от времени рабочей смены, что свидетельствует о высокой

интенсивности труда врачей.

На прием 1 пациента врач-терапевт участковый в среднем затрачивал 15 минут, из которых 6,8 минут (45,4%) приходилось на основную деятельность, 6,5 минуты (43,4%) – на работу с медицинской документацией и 1,5 минуты (9,8%) – на вспомогательную деятельность. Структура затрат времени у медицинской сестры участковой существенно отличалась: из 15 минут амбулаторного приема лишь 2,1 минуты (14,2%) она затрачивала на основную деятельность, 7,5 минуты (49,8%) – на работу с медицинской документацией, 3,3 минуты (22,2%) – на вспомогательную деятельность и 2,1 минуты (13,8%) оставались незагруженными.

6. Бригадная форма организации труда предусматривала использование двух организационных технологий работы на терапевтическом участке. Первая организационная технология была реализована в двух пилотных медицинских организациях: численность прикрепленного населения была увеличена в среднем до 3400 чел., бригада включала врача-терапевта участкового, фельдшера, медицинскую сестру участковую и медицинского регистратора. Вторая организационная технология была реализована в трех пилотных медицинских организациях: численность прикрепленного населения была увеличена в среднем до 2500 чел., бригада включала врача-терапевта участкового, медицинскую сестру участковую и медицинского регистратора. При этом, независимо от организационной технологии работа персонала была организована в две смены, что позволило оказывать первичную доврачебную и врачебную медико-санитарную помощь на терапевтическом участке в течение всего рабочего дня.

7. Эффективность разработанных организационных технологий оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке с использованием бригадной формы организации труда подтверждается увеличением затрат времени в смену у врача-терапевта участкового на основную деятельность на 2,6%, сокращением времени на работу с медицинской документацией – на 8,7%. Одновременно затраты на основную деятельность медицинской сестры участковой увеличились на 8,5%, сократились затраты на вспомогательную деятельность на 4,8% и ожидание – на 8,4%.

Во время приема одного пациента на 14,6% увеличились затраты врача-терапевта участкового на основную деятельность – работу с пациентом, сократились затраты времени на вспомогательную деятельность на 1,5% и на работу с медицинской документацией на 11,8%. Одновременно у медицинской сестры участковой увеличились затраты времени на работу с пациентом на 35,3%, сократились на вспомогательную деятельность на 6,96%, на работу с медицинской документацией на 14,5% и на ожидание на 13,8%.

Распределение потоков пациентов между специалистами, включенными в состав бригад, позволило сократить долю непрофильных посещений в расчете на одного врача-терапевта участкового в среднем на 32,2%, повысить доступность записи на прием к нему в среднем в 3 раза, а также увеличить полноту охвата диспансерным наблюдением в 2,2 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендовать Министерству здравоохранения Российской Федерации:

- внести изменения в Положение об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, и Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия», утвержденный приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 923н, в части возможных вариантов моделей организации работы на терапевтическом участке, в том числе бригадной формы организации труда, отразив возможный состав организационной технологии и соответствующую рекомендуемую численность прикрепленного населения;

- актуализировать положения об организации деятельности врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой, утвержденные приказами Минздравсоцразвития России от 07.12.2005 № 765 и от 21.06.2006 № 490 соответственно, отразив функции персонала в зависимости от процесса оказания медицинской помощи на участке (в зависимости от повода обращения пациента) и с учетом развития информационных, цифровых и медицинских технологий в ПМСП.

- внести изменения в Номенклатуру услуг, утвержденную приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н, указав услугу «Прием (осмотр, консультация) медицинской сестры», перечень услуг по школам здоровья, проводимым медицинской сестрой.

2. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и медицинскими организациями при разработке тарифных соглашений учитывать медицинские услуги, оказываемые медицинской сестрой участковой, медицинским регистратором и фельдшером в составе участковой бригады: предусмотреть посещения и обращения, оказываемые персоналом участковой бригады в зависимости от структуры.

3. Руководителям медицинских организаций целесообразно:

- проводить исследования затрат рабочего времени медицинских работников на разные виды деятельности на регулярной основе (не реже 1 раза в год);
- проводить изучение мнения пациентов и медицинских работников об организации оказания первичной медико-санитарной помощи в целом в медицинской организации и в разрезе терапевтических участков на регулярной основе (не реже 1 раза в год).

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВТУ	—	врач-терапевт участковый
ВОЗ	—	Всемирная организация здравоохранения
ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского	—	государственное автономное учреждение здравоохранения «Клинический консультативно-диагностический центр имени И.А. Колпинского»
ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	—	государственное автономное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 1»
ГБУЗ «КККД»	—	государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша»
ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»	—	государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн № 3»
ГБУЗ НСО «ГП № 17»	—	государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская поликлиника № 17»
ДОГВН	—	диспансеризация определенных групп взрослого населения
ДН	—	диспансерное наблюдение
ЛЛО	—	льготное лекарственное обеспечение
ЛЛП	—	льготный лекарственный препарат
МИС	—	медицинская информационная система
МР	—	медицинский регистратор
МСУ	—	медицинская сестра участковая
ПМО	—	профилактический медицинский осмотр
ПМСП	—	первичная медико-санитарная помощь
ХНИЗ	—	хронические неинфекционные заболевания

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агамов З.Х. Анализ структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники. Исследования и практика в медицине. 2018; 5(3): 142-148. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-3-15
2. Аксенова Е.И., Александрова О.А., Аликперова Н.В. [и др.]. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения – Москва : Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2019. – 244 с. – ISBN 978-5-907251-15-1. – EDN DVHZTQ.
3. Аксенова Е.И., Александрова О.А., Ярашева А.В., [и др.]. Перспективы внедрения новой модели медицинской сестры в столичное здравоохранение: ожидаемые эффекты и возможные риски. Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. – Т. 64. – № 5. – С. 236-242. – DOI 10.46563/0044-197X-2020-64-5-236-242.
4. Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Короткова Е.О. Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи. Экспертный обзор. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 57 с.
5. Александрова О. А., Ненахова Ю.С., Махрова О.Н. Адаптация врачей к расширению роли медицинских сестер при оказании медицинской помощи / Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 9-10. – С. 62-69. – DOI 10.26347/1607-2502202109-10062-069.
6. Александрова О.А., Ненахова Ю.С., Ярашева А.В. Трансформация российского здравоохранения: роль медицинских сестер / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № S2. – С. 1251-1257. – DOI 10.32687/0869-866X-2021-29-s2-1251-1257. – EDN DLWCEY.
7. Александрова О.А., Медведева Е.И., Аликперова Н.В. [и др.]. Анализ профессиональной подготовки и востребованности среднего медицинского персонала в условиях современной политики здравоохранения. Экономика и предпринимательство. 2020. № 8(121). С. 1148-1161. ISSN 1999-2300 DOI: 10.34925/EIP.2020.121.8.230

Источник: https://www.isras.ru/index.php?page_id=1198&id=8343

8. Аликперова Н.В., Аксенова Е.И., Виноградова К.В. Изменение функционала: как воспринимают нововведения медицинские работники? / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № S2. – С. 1311-1317. – DOI 10.32687/0869-866X-2021-29-s2-1311-1317. – EDN PEPYOO.
9. Армашевская О.В., Меньшикова Л.И. Вопросы кадровой политики в научных исследованиях. Исследования и практика в медицине. – 2022. – Т. 9, № 4. – С. 147-158. – DOI 10.17709/2410-1893-2022-9-4-14. – EDN FGGADM.
10. Артымук В.А. Здравоохранение в Российской Федерации: конституционные принципы, основы и гарантии // МиД. 2019. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-v-rossiyskoy-federatsii-konstitutsionnye-printsipy-osnovy-i-garantii> (дата обращения: 28.11.2024).
11. Аскарров М.К., Караев Э.Т., Токторов А.Ж. Роль медицинской сестры в системе развития первичной медико-санитарной помощи. Вестник Ошского государственного университета. – 2020. – № 1-5. – С. 32-37.
12. Астанинская декларация. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan. 25-26.10.2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primaryhealth/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf> (дата обращения 07.07.2023).
13. Безымянный А.С., Тяжельников А.А., Юмукян А.В. Проекты по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в Москве, как основа для выбора научных направлений специалистов первичного звена. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/proekty-po-sovershenstvovaniyu-pervichnoy-mediko-sanitar-noy-pomoschi-v-moskve-kak-osnova-dlya-vybora-nauchnyh-napravleniy> (дата обращения 23.09.2023).
14. Белостоцкий А.В., Гриднев О.В., Гришина Н.К., [и др.]. Актуальные вопросы развития кадрового потенциала в здравоохранении. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24. – № 4. – С. 230-235. – DOI 10.1016/0869-866X-2016-24-4-230-235. – EDN WIOEBZ.

15. Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело. Краснодар, 2014. - 121 с.
16. Борисова Е. А., Саввина Н. В., Луцкан И. П. Организация комплексных терапевтических участков в спальных районах города, как создание условий шаговой доступности оказания медицинской помощи в первичном звене. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-kompleksnyh-terapevticheskikh-uchastkov-v-spalnyh-rayonah-goroda-kak-sozdanie-usloviy-shagovoy-dostupnosti-okazaniya> (дата обращения: 29.05.2023).
17. Бреусов А.В., Писклаков С.В., Бреусов Д.А. Бережливое здравоохранение – философия деятельности современных медицинских организаций. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/berezhlivoe-zdravoohranenie-filosofiya-deyatelnosti-sovremennyh-meditsinskih-organizatsiy> (дата обращения 23.09.2023).
18. Будник Я.И., Шарцакова Т.М. Роль команды врача общей практики в профилактическом консультировании пациентов с артериальной гипертензией / Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – № 1(98). – С. 34-37.
19. Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Бузина Т.С. [и др.]. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006–2019): обзор социологических исследований. Профилактическая медицина. 2020;23(3):42–47. <https://doi.org/10.17116/profmed20202303142>
20. Бузин В.Н., Сон И.М. Организация медицинской помощи в амбулаторных условиях в период пандемии: мнение населения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-meditsinskoy-pomoschi-v-ambulatornyh-usloviyah-v-period-pandemii-mnenie-naseleniya> (дата обращения 23.09.2023).
21. Бурдастова Ю.В. Анализ зарубежного опыта и российских практик изменения роли медицинских сестер / Здоровье мегаполиса. – 2020. – Т. 1. – № 2. – С. 89-94. – DOI

10.47619/2713-2617.zm.2020.v1i2;89-94.

22. Васильева Т.П., Нечаев В.С. Инновационные технологии в здравоохранении и укрепление здоровья населения: методологический аспект // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2020. - №2. - С. 16-21. doi: 10.25742/NRIPH.2020.02.002.

23. Вечорко В.И. Распределение рабочего времени медицинских сестер, работающих на амбулаторном приеме с врачом-терапевтом, в поликлинике города Москвы. Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 2(54). – С. 4. https://www.elibrary.ru/download/elibrary_29305169_14655129.pdf (дата обращения 08.02.2023).

24. Вечорко В.И. Распределение рабочего времени на амбулаторном приеме врача-терапевта участкового с медицинской сестрой в поликлинике города Москвы (фотохронометражное наблюдение). Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 6(52). – С. 4. – EDN XEPTCV. https://www.elibrary.ru/download/elibrary_27537611_86552407.pdf (дата обращения 08.02.2023).

25. Викторова И.А., Гришечкина И.А. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике: учебное пособие. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 144 с.

26. Винникова Т.И., Тимкова С.А. Организация патронажной сестринской помощи в городской поликлинике № 107. Медицинская сестра. – 2006. – № 3. – С. 16-19. – EDN KWKDKT.

27. Власова О.В., Репринцева Е.В. Управление трудовым потенциалом медицинских организаций: направления и пути совершенствования. Курск : Курский государственный медицинский университет, 2019. – ISBN 978-5-7487-2300-8. – EDN ANODPD.

28. Волнухин А.В., Сибурина Т.А. Управление профессионально-личностным потенциалом врачебных кадров. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021; 29 (1): 147-152. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-1-147-152

29. Воробцова Е.С. Командный метод работы в организациях паллиативной

медицинской помощи. Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 3. – С. 16-20.

30. Вялков А.И., Сквирская Г.П., Сон И.М. [и др.]. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 25(4): 216-220. EDN: ZMQRDL

31. Гайдаров Г.М., Макаров С.В. Сравнительная оценка программных документов субъектов Российской Федерации по кадровой политике в здравоохранении. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(2):314–319. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-314-319>

32. Гершанок А.А. Основы организации труда: учеб. пособие. – Пермь. – 2019. – 227 с. – Режим доступа: www.psu.ru/files/docs/science/books/uchebnie-posobiya/gershanok-osnovy-organizacii-truda.pdf. (дата обращения 10.01.2022).

33. Глобальная стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Всемирная организация здравоохранения. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253394> (дата обращения 02.12.2022).

34. Горбатов С.Ю., Аксенова Е.И. Применение инновационных подходов и технологий в первичной медико-санитарной помощи в разных странах мира: экспертный обзор.-М.: ГБУ «НИИОЗММ» ДЗМ, 2022. <https://niioz.ru/moskovskayameditsina/izdaniya-niil/obzory/-.37c>.

35. Гриднев О., Белостоцкий А. Социологическая оценка организации первичной медико-санитарной помощи в рамках внедрения ее трехуровневой системы. Врач, 2015; (5): 81-82

36. Гриднев О.В. Обзор основных этапов организации амбулаторно-поликлинической помощи в России. Исследования и практика в медицине. – 2014. – Т. 1. – № 1. – С. 84-88.

37. Гришина И.Ф., Теплякова О.В., Бродовская Т.О. [и др.]. Принципы организации и структура участковой медицинской службы. Всеобщая диспансеризация населения. Учебное пособие. ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России: Екатеринбург, 2019.- 146 с. https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1228/1/UMK_2019_01.pdf (дата обращения

15.11.2023).

38. Гусева С.Л. Реформирование системы управления многопрофильной поликлиникой: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Гусева Светлана Леонидовна. – Москва, 2012. – 416 с.
39. Давлетшина Г.А. Опыт внедрения новых форм организации работы среднего и младшего медицинского персонала в больнице скорой медицинской помощи. Главная медицинская сестра. – 2015. – № 8. – С. 11-28.
40. Данилова Н.В. Современные перспективы направлений работы медицинских сестер в поликлинике. Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 127.
41. Джуринский М.О., Огнева Е.Ю., Лаврова Л.П. Совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, как модель по улучшению качества жизни. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023; (1):784-799. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-1-784-799. – EDN KPDISG.
42. Добрецова Е.А., Аршукова И.Л., Акулин И.М. [и др.]. Государственные поликлиники: возможные улучшения с точки зрения участковых врачей-терапевтов. Профилактическая медицина. 2023;26(6):55-60.
43. Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В., Пригорнев В.Б. [и др.]. Перспективы решения кадровых проблем медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2015. – № 4(21). – С. 4.
44. Есимов Н.Б., Токмурзиева Г.Ж., Измаилова Н.Т. Роль первичной медико-санитарной помощи в развитии здравоохранения. Вестник КазНМУ. 2017. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-v-razviti-i-zdravooohraneniya> (дата обращения: 23.09.2024).
45. Жеребцова Т.А., Люцко В.В., Леонтьев С.Л. [и др.]. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области.

Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovershenstvovanie-organizatsii-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-v-sverdlovskoy-oblasti> (дата обращения 23.04.2023).

46. Задворная О.Л. Концептуальные подходы к повышению квалификации кадров для реализации технологий бережливого производства в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2020; 1(39):48-54 DOI: 10.31556/2219-0678.2020.39.1.048-054

47. Задворная О.Л. Проблемы и направления развития первичной медико-санитарной помощи. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 653-672. – DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-653-672.

48. Задворная О.Л. Проблемы и перспективы развития кадрового обеспечения системы здравоохранения в современных условиях. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики 2022;5:528-545. <http://healthproblem.ru/magazines?text En=941>

49. Зубарева Н.Н. Инновационные модели управления системой оказания первичной медико-санитарной помощи (региональный опыт). Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2020. – Т. 27. – № 1. – С. 16-25. – DOI 10.24884/1607-4181-2020-27-1-16-25.

50. Зудин А.Б. Общественное мнение как инструмент оценки эффективности реформ в сфере здравоохранения. Российский стоматологический журнал. 2017;21(2):106–108. [https://doi.org/10.18821/1728-28022017;21\(2\)106-108](https://doi.org/10.18821/1728-28022017;21(2)106-108) (дата обращения 04.12.2022).

51. Иванова М.А. Нормирование труда - как главный инструмент формирования штатного расписания амбулаторно-поликлинических учреждений. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2014; 1. Доступно по: <http://healthproblem.ru/magazines?text=47> (дата обращения 20.07.2022). EDN: VONKQV

52. Иванова М.А., Армашевская О.В., Поликарпов А.В. Проблемы кадрового обеспечения врачами амбулаторного звена здравоохранения. Поликлиника. 2017; 2 (2): 14-17. EDN: YSOXYV

53. Иванова М.А., Люцко В.В., Гажева А.В. [и др.]. Анализ обеспеченности и

укомплектованности врачами-терапевтами участковыми в Российской Федерации за период 2007-2016 гг. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2019; (1-2):11-21 – DOI 10.26347/1607-2502201901-02011-021. – EDN YYRGOD (дата обращения 04.12.2022).

54. Калинина И.Г. Роль медицинской сестры в московском стандарте поликлиники. Московская медицина. – 2019. – № 2(11). – С. 10-12.

55. Калининская А.А., Гаджиева Л.А., Гажева А.В. [и др.]. Деятельность медицинской сестры в России и за рубежом. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики 2017;(1):19-25.

56. Калининская А.А., Лазарев А.В., Шляфер С.И. [и др.]. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации. Менеджер здравоохранения. 2022; (6):62-68. – DOI 10.21045/1811-0185-2022-6-62-68. – EDN BXFBRJ.

57. Камынина Н.Н., Ненахова Ю.С., Ярашева А.В. [и др.]. Расширение функций медицинских сестер: ожидания и опасения // Медицинская сестра. 2020. Т. 22. № 8. С. 3-7. DOI: 10.29296/25879979-2020-08-01

58. Каракулина Е.В., Введенский Г.Г., Крякова М.Ю. [и др.]. Внедрение бригадных форм организации труда. Обоснование и риски // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». - 2024. – № 1. – С. 768-785. – DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-768-785. – EDN MDPXYP

59. Каракулина Е.В., Поликарпов А.В., Голубев Н.А. [и др.]. Анализ становления первичной медико-санитарной помощи и оценка тенденций ее развития. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-stanovleniya-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-i-otsenka-tendentsiy-ee-razvitiya> (дата обращения: 23.09.2024).

60. Карпова О.Б., Загоруйченко А.А. Региональные особенности обеспеченности медицинским персоналом в России. Менеджер здравоохранения. 2021;8:82-88 DOI: 10.21045/1811-0185-2021-8-82-88

61. Каспрук Л.И., Снасапова Д.М., Жакупова Г.Т. Актуальные аспекты совершенствования организации и повышения качества работы участковых медицинских сестер. Земский врач. – 2015. – № 3(27). – С. 48-50. – EDN UKKTLT.
62. Кенжебаева И. Б., Итегулов Ж.А. Первичная медико-санитарная помощь и роль Алма-Атинской Декларации 1978 года. Медицинский журнал Западного Казахстана. 2013;3(39):10-14.
63. Команенко А.А., Авдеева М.В., Гарифуллин Т.Ю. [и др.]. Направления и методы совершенствования деятельности врача терапевта-участкового при реализации проекта «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Социальные аспекты здоровья населения. 2020; 66(4):5. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1181/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-4-5.
64. Комаров Ю.М. О научной основе Семашкинской модели здравоохранения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2015. №1 (1). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-nauchnoy-osnove-semashkinskoy-modeli-zdravooohraneniya> (дата обращения: 28.09.2023).
65. Коновалов О.Е., Зудин А.Б., Позднякова М.А. [и др.]. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической помощи и профилактики хронических неинфекционных заболеваний у взрослого населения мегаполиса /– Нижний Новгород: «Издательский салон» ИП Гладкова О.В., 2022. – 156 с. – ISBN 978-5-93530-556-7.
66. Крякова М.Ю. Совершенствование организации оказания первичной медико-санитарной помощи на врачебном (терапевтическом) участке. Сборник проектов конкурса «ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНАЯ ШКОЛА «МЕДИЦИНА МОЛОДАЯ» — М.: Международный фонд развития биомедицинских технологий им. В.П. Филатова, 2023. — 1630 с.
67. Крякова М.Ю., Каракулина Е.В., Введенский Г.Г. [и др.]. Внедрение бригадной формы организации труда на терапевтическом участке // Вестник Росздравнадзора. – 2024. – № 1. – С. 43-49. – EDN LERCOS
68. Крякова М.Ю., Каракулина Е.В., Введенский Г.Г. [и др.]. Картирование

отдельных видов работ врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой. Современные исследования: теория и практика : сборник статей II Международной научно-практической конференции (13 апреля 2023 г.). – Петрозаводск : МЦНП «НОВАЯ НАУКА», 2023. – 314 с. : ил. – Коллектив авторов. DOI 10.46916/14042023-4-978-5-00174-945-5

69. Крякова М.Ю., Каракулина Е.В., Введенский Г.Г. [и др.]. Инновационные технологии организации оказания первичной медико-санитарной помощи. Актуальные исследования высшей школы 2023 : сборник статей Международной научно-практической конференции (1 мая 2023 г.). – Петрозаводск : МЦНП «НОВАЯ НАУКА», 2023. – 363 с. : ил. – Коллектив авторов. DOI 10.46916/03052023-3-978-5-00174-965-3

70. Крякова М.Ю., Драпкина О.М., Шепель Р.Н. [и др.]. Расширение клинической роли медицинской сестры участковой: правовые аспекты и практический опыт. Первичная медико-санитарная помощь. 2024;1(1):32-45. <https://doi.org/10.15829/3034-4123-2024-20>. EDN: QFRXSK

71. Кучеренко В.З., Алексеева В.М., Голубева А.П. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 : учебник / под ред. В.З. Кучеренко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-2414-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970424148.html> (дата обращения: 28.09.2024). - Режим доступа: по подписке.

72. Левадня М.О. Повышение доступности первичной медико-санитарной помощи для населения. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2018. -№ 1. - С 26-35. - Доступно по: <http://healthproblem.ru/magazines?text=170>. Ссылка активна на 20.10.2018. EDN: WDDWFV

73. Линденбратен А.Л., Чуваткин П.П., Гришина Н.К. Оценка эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях подушевого финансирования. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019; 27 (2):144-146 DOI: 10.32687/0869-866X-2019-27-2-144-146.

74. Люцко В.В. Нормативное обеспечение деятельности врачей по оказанию первичной медико-санитарной помощи. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. Москва, 2019.
75. Люцко В.В., Иванова М.А., Сон И.М. [и др.]. Обеспеченность и укомплектованность врачами общей практики (семейными врачами), оказывающими первичную медико-санитарную помощь населению в амбулаторных условиях, в Российской Федерации за период 2007-2016 гг. Профилактическая медицина. - 2019;22(1):43-48. DOI: 10.17116/profmed20192201143 EDN: BMMANB
76. Люцко В.В., Сон И.М., Иванова М.А. [и др.]. Затраты рабочего времени врачей-терапевтов участковых при посещении одним пациентом. Терапевтический архив. 2019; 91 (1): 19-23.
77. Мазунина С.Д., Петров С.Б., Мелконян К.И. [и др.]. Анализ ценностных составляющих удовлетворенности первичной медико-санитарной помощью взрослого населения: проспективное наблюдательное исследование. Кубанский научный медицинский вестник. 2023; 30(2):44-53. – DOI 10.25207/1608-6228-2023-30-2-44-53. – EDN NDYDNU.
78. Макаров С.В., Гайдаров Г.М. Оценка эффективности аккредитации выпускников медицинских вузов как меры, обеспечивающей повышение численности врачей первичного звена здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022; 30(2):301-306. – DOI 10.32687/0869-866X-2022-30-2-301-306. – EDN GMXALC.
79. Макаров С.В., Гайдаров Г.М., Алексеевская Т.И. [и др.]. Социологические аспекты текучести медицинских кадров. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(5):1207-1213 DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-5-1207-1213
80. Маношкина Е.М., Бантьева М.Н. Показатели обеспеченности врачами-терапевтами участковыми в Российской Федерации и федеральных округах за 2010-2019 годы. Российский медицинский журнал. 2021; 27 (6): 531-542. – DOI 10.17816/0869-2106-

2021-27-6-531-542. – EDN IWKFPY.

81. Мельцер А.В., Ерастова Н.В., Абумуслимова Е.А. [и др.]. Сравнительный анализ показателей обеспеченности населения врачами и укомплектованности кадрами в медицинских организациях некоторых регионов Северо-Западного Федерального округа, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь. Профилактическая и клиническая медицина. – 2019. – №1 (70). – С. 28–38

82. Меньшикова Л.И., Сон И.М., Крякова М.Ю. [и др.]. Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях кадрового дисбаланса врачей-терапевтов участковых и пути их решения (обзор литературы) // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 771-803. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-2-771-803. – EDN CCVMUO

83. Метельская А.В. Проблемы внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1222-1226. doi:10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1222-1226.

84. Михеев А.Е., Фохт О.А., Хаткевич М.И. Один из подходов к формализации процесса внедрения МИС в медицинской организации. Врач и информационные технологии. – 2018. – № 5. – С. 46-62. – EDN VQKJGQ.

85. Мунтян И.А. Сравнительная характеристика деятельности сестринского и врачебного персонала участковой службы амбулаторно-поликлинического звена. Медсестра. – 2016. – № 10. – С. 44-48. – EDN VBMBWH. Режим доступа: по подписке.

86. Мухиддинов, Н. Д., Джабарова Т.С., Джуракулова Ф.М. Оптимизация роли медицинских сестер в оказании первичной медико-санитарной помощи населению. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2016. – № 2. – С. 42-45. – EDN XHONUR.

87. Мюнхенская декларация: Медицинские сестры и акушерки – важный ресурс здоровья; Вторая конференция на уровне министров по сестринскому делу и акушерству, Мюнхен, Германия, 15–17 июня 2000 г.;

URL:<https://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/munich-declaration-nurses-and-midwives-a-force-for-health> (дата обращения 15.02.2023).

88. Мясников А.О., Новиков А.Ю., Садовская М.А. Первичная медико-санитарная помощь, как базовый элемент системы здравоохранения на современном этапе (основные принципы и ключевые задачи). *The Scientific Heritage*. 2020;43:43–8.
89. Назаров В.С., Авксентьев Н.А., Сисигина Н.Н. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии. – М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019. – 100 с. – (Научные доклады: социальная политика).
90. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Патрушев М.А. О состоянии первичной медицинской помощи и перспективных направлениях ее развития // *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2019. Т. 8, № 4. С. 8–16. doi: 10.24411/2305-3496-2019-14001.
91. Наркевич А.Н., Виноградов К.А. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2019; 65(6):10. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10
92. Новые технологии в деятельности специалистов со средним медицинским образованием: материалы Всероссийской научно-практической конференции, 26-27 сентября 2013 г. – Волгоград: ГБОУ СПО «Волгоградский медицинский колледж», 2013. – с. 218, ил.
93. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2020 году и задачах на 2021 год. Режим доступа: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/055/642/original/MZRF_2021_All_08-04-2021-Preview.pdf?1619014721 (дата обращения 02.12.2021).
94. Павленко В.И., Гончарова О.М. Организация первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в поликлинике : учебное пособие. – Благовещенск : Амурская ГМА Минздрава России, 2023. — 151 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/365318> (дата

обращения: 28.09.2023). – Режим доступа – по подписке.

95. Павлов Ю.И., Лапик С.В. Комплексная сестринская бригада как структурный элемент мультидисциплинарной команды при ведении пациентов с синдромом диабетической стопы. Медицинская наука и образование Урала. – 2021. – Т. 22. – № 1(105). – С. 109-113. – DOI 10.36361/1814-8999-2021-22-1-109-113.
96. Пасмурцева Н.Н., Колотов М.С. Формирование и реализация государственной кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации. Вестник евразийской науки. — 2023. — Т. 15. — № 4. — URL: <https://esj.today/PDF/35ECVN423.pdf>
97. Перфильева Г.М., Камынина Н.Н. Теория сестринского дела. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 256 с.
98. Перхов В. И., Гриднев О. В. Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020;(2):206—22. doi: 10.24411/2312-2935-2020-10043
99. Перхов В.И., Самородская И.В., Третьяков А.А. [и др.]. Интегрированные модели предоставления первичной медико-санитарной помощи за рубежом. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020;1:285-297.
100. Пестушко Н.А., Дорофеев А.Л., Попова К.Е. [и др.]. Критерии перехода к новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / // Дальневосточный медицинский журнал. – 2020. – № 3. – С. 152-157. – DOI 10.35177/1994-5191-2020-3-152-157.
101. Петрова Р.Е., Рыбаков О.Ю., Шеяфетдинова Н.А. [и др.]. Нормативно-правовое регулирование рабочего времени медицинских работников: необходимость, возможности и защита прав. Профилактическая медицина. 2020;23(3):20-26. <https://doi.org/10.17116/profmed20202303120> (дата обращения 08.02.2023).
102. Пивень Д.В. Риски, которые необходимо учесть в работе по внедрению новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 8-14.
103. Пилипцевич Н.Н. Первичная медико-санитарная помощь и «душевный склад»

текущего времени. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – № 1(98). – С. 56-63.

104. Платонова Н.И., Смышляев А.В. Проблемы нормативно-правового регулирования оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации. // Право и политика. 2018. №8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-normativno-pravovogo-regulirovaniya-okazaniya-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-v-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 28.11.2024).

105. Платонова Н.И., Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю. Принципы правового регулирования оказания первичной медико-санитарной помощи уполномоченными государственными (муниципальными) медицинскими организациями в амбулаторных условиях в Российской Федерации // Юридические исследования. 2018. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/printsiipy-pravovogo-regulirovaniya-okazaniya-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-upolnomochennymi-gosudarstvennymi> (дата обращения: 28.11.2024).

106. Поздеева Т.В., Пчелина Н.В. Модернизация содержания уровней профессиональной подготовки медицинской сестры как средство формирования специалиста новой формации. Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. – № 2. – С. 14. – DOI 10.21045/2071-5021-2021-67-2-14.

107. Поздеева Т.В., Пчелина Н.В. Организация формирования инновационных компетенций на этапах непрерывного профессионального развития сестринского персонала : Учебное пособие; ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России. – Учебное пособие : Медиаль, 2021. – 40 с. – EDN VJOTTE.

108. Поликарпов А.В., Огрызко Е.В., Курсекова И.В. Анализ нормативного регулирования территориального планирования в здравоохранении // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-normativnogo-regulirovaniya-territorialnogo-planirovaniya-v-zdravoohranenii> (дата обращения: 28.11.2023).

109. Пырьева Е.В., Носкова В.А. Врач и медицинская сестра: гармонизация усилий по

оказанию качественной и доступной медицинской помощи. *European Journal of Natural History*. – 2020. – № 1. – С. 50-54.

110. Пысларь Е.А. Стратегия развития сестринского дела в мире. Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 73-2. – С. 62-65. – DOI 10.18411/lj-05-2021-60. – EDN XKZXDM.

111. Роль медицинской сестры – специалиста по семейной медицине в ведении пациентов с неинфекционными заболеваниями в первичном звене медико-санитарной помощи в Словении. Всемирная организация здравоохранения 2020. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/442446/case-study-family-medicine-specialist-nurse-rus.pdf. Лицензия CC BY-NC-SA 3.0 IGO

112. Роль специалистов со средним медицинским образованием в оказании первичной медико-санитарной помощи: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Тюмень, 28-29 мая 2015). – Тюмень: Издательство «Печатник» 2015 г. – 140с.

113. Руголь Л.В., Сон И.М., Кириллов В.И. [и др.]. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения. *Профилактическая медицина* 2020;23(2):26-34. <https://doi.org/10.17116/profmed20202302126>

114. Руголь Л.В., Сон И.М., Меньшикова Л.И. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности. *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2020. – Т. 66. – № 3. – С. 10. – DOI 10.21045/2071-5021-2020-66-3-9. – EDN XWPVOA.

115. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И. [и др.]. Некоторые итоги реформирования здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2018. – № 6(64). – С. 1. – EDN VZPCZJ. DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2018-64-6-1>

116. Садовой М.А., Финченко Е.А., Шарапов И.В. [и др.]. Приоритетные направления оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи. *Современные проблемы науки и образования*. 2017; (6):16–18 <http://www.scienceeducation.ru/ru/article/view?id=27107>

117. Сажина С.В., Шевский В.И., Шейман И.М. [и др.]. Взаимодействие звеньев оказания медицинской помощи: результаты опроса врачей. *Социальные аспекты*

- здоровья населения. 2021;67(1). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1230/30/lang,ru/> (дата обращения: 24.02.2022). DOI: 10.21045/2071-5021-2021-67-1-4
118. Салагай О.О., Родионова А.Д. Возможности участия средних медицинских работников в оказании помощи по отказу от потребления табака. Профилактическая медицина. 2022;25(10):6–15. <https://doi.org/10.17116/profmed2022251016>
119. Сапигура Е.В. Система здравоохранения в Российской Федерации и перспективы ее реформирования. Университетская клиника. 2021;4 (36):115-116.
120. Саросек В.Г., Курстак И.А. История развития сестринского дела в республике Беларусь. Достижения современного сестринского движения и практики : сборник материалов к 30-летию высшего сестринского образования в Республике Беларусь. – Гродно : Гродненский государственный медицинский университет, 2022. – С. 38-42. – EDN IRROCW.
121. Семенова Т.В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении. Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 49-59. – DOI 10.35576/article_5d651dbc55e202.19015133. – EDN CYJAKX.
122. Сененко А.Ш. Предпосылки и возможности для перехода к бригадной форме организации работы в первичном звене здравоохранения. Аналитический обзор нормативных документов / А. Ш. Сененко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. – № 6. – DOI 10.21045/2071-5021-2021-67-6-3.
123. Сененко А.Ш. Результаты параллельного хронометража работы врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой. <https://mednet.ru/images/events/docs/dokladi-25-11-2021/Сененко%20АШ%2025-11-2021.pdf> (дата обращения 08.02.2023).
124. Сененко А.Ш., Калашникова М.А., Шепель Р.Н. [и др.]. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Российской Федерации в 2014-2022 годах. Часть 2: фокус на врачей общей практики // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kadrovoe-obespechenie-pervichnoy-mediko-sanitarnoy->

pomoschi-vzrosloму-naseleniyu-rossiyskoy-federatsii-v-2014-2022-godah-chast-2 (дата обращения: 24.02.2024).

125. Сененко А.Ш., Савченко Е.Д. Кадровое обеспечение медицинской профилактики. Кадровые ресурсы центров медицинской профилактики. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020;1:335-352. DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00023

126. Сененко А.Ш., Сон И.М., Гажева А.В. [и др.] К созданию новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь: характеристика врачебных кадров участкового звена. Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 3. – С. 32-42.

127. Сененко А.Ш., Сон И.М., Дзюба Н.А. [и др.]. Технологии бережливого производства в реформировании медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Аналитический обзор. Социальные аспекты здоровья населения. 2020;66(4):1—35.

128. Сквирская Г.П. Современные подходы к формированию организационной структуры амбулаторно-поликлинических учреждений. Заместитель главного врача. 2013; 1: 18. EDN: QAQMIR

129. Скобникова В.К., Шищенко Е.В. Цифровизация в Российской системе здравоохранения. Вестник науки. – 2020. – Т. 5. – № 5(26). – С. 278-285.

130. Соколовская Т.А., Армашевская О.В., Бахадова Е.В. Здоровье как базовая ценность современного общества. М., РИО ЦНИИОИЗ МЗ Российской Федерации, 2021, 164 с.

131. Сон И.М., Крякова М.Ю., Меньшикова Л.И. [и др.]. Мнение специалистов и пациентов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи и предложения по ее совершенствованию. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 1027-1048. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-4-1027-1048. – EDN MXCDSI

132. Сон И.М., Люцко В.В., Иванова М.А. [и др.]. Динамика посещаемости врачей-терапевтов участковых в Российской Федерации. Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». - 2019.

- №1; URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=239> (дата обращения 04.12.2022).

133. Сон И.М., Меньшикова Л.И., Крякова М.Ю. [и др.]. Бригадная форма организации труда на врачебном участке как перспективное направление совершенствования первичной медико-санитарной помощи. Профилактическая медицина. 2023;26(11):7-13.

134. Сон И.М., Сененко А.Ш., Гармаева А.Б. [и др.]. Кадровые ресурсы первичной медико-санитарной помощи Российской Федерации 2014-2017 гг.: Информационно-аналитический обзор. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. Москва: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. 2018. 124 с. – ISBN 5-94116-025-1. – EDN SSZGBT.

135. Сон И.М., Сененко А.Ш., Меньшикова Л.И. Оценка результативности мер социальной поддержки медицинских работников в медицинской организации. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Москва: Издательство ФГБУ "ЦНИИОИЗ" МЗ Российской Федерации. 2020. 64 с. – ISBN 5-94116-026-9. – EDN WBRHEB.

136. Сон И.М., Сененко А.Ш., Меньшикова Л.И. [и др.]. Обзор региональных практик по расширению функций среднего медицинского персонала. Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. – № 4. – DOI 10.21045/2071-5021-2021-67-4-11.

137. Сочкова Л.В., Ким А.В., Шарафутдинова Л.Л. [и др.]. Система оплаты труда как инструмент влияния на качество первичной медико-санитарной помощи. Менеджер здравоохранения. 2023; (3): 32-43. – DOI 10.21045/1811-0185-2023-3-32-43. – EDN EBWHUU.

138. Стародубов В.И. Развитие сестринского дела в условиях реформирования здравоохранения. Медицинская сестра. – 2005. – № 1. – С. 43-44. – EDN MQIPSP.

139. Стародубов В.И., Калининская А.А., Сон И.М. [и др.]. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования : монография - Вена : "East-West", association for advanced studies a. higher education, 2017. - 117 с. : ил.; 22 см.; ISBN 978-3-903115-45-3 : 500 экз.

140. Стародубов В.И., Купеева И.А., Сененко А.Ш. [и др.]. Модели организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с расширением зон ответственности среднего медицинского персонала. Методические рекомендации № 1-21 / Москва, 2021.
141. Стародубов В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш. [и др.]. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства // Менеджер здравоохранения. 2016. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschestvennoe-zdravoohranenie-i-formirovanie-edinogo-profilakticheskogo-prostranstva> (дата обращения: 23.09.2024).
142. Стрелец Г.Н. Оценка работы медицинского персонала в условиях бригадной системы оплаты труда // Главная медицинская сестра. 2010. № 8. С. 21-24.
143. Танбаева Г.З., Турабаев К.С. Командный подход в организации работы в отделениях анестезиологии и реанимации – как метод улучшения клинической эффективности (обзор проблемы). Наука о жизни и здоровье. – 2020. – № 1. – С. 82-92. – DOI 10.24411/1995-5871-2020-10070.
144. Тимофеев Д.А., Цвигайло М.А., Еремина М.Г. [и др.]. Мотивация труда профессиональных групп медицинской организации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30 (1):153-159 DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-153-159
145. Титенко Е.А. Анализ готовности учреждений к переходу на новую модель управления качеством услуг здравоохранения (на примере Томской области). Исследование, систематизация кооперация, развитие, анализ социально-экономических систем в области экономики и управления (Искра-2021): сборник трудов IV Всероссийской школы-симпозиума молодых ученых, Симферополь, 14–15 октября 2021 года. – Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2021. – С. 22-25.
146. Титова Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения // Анализ риска здоровью. 2017. № 1. С. 125-131.
147. Ткаченко В.И. Первичная медицинская помощь в мире: результаты 40-летней

реализации Алма-Атинской декларации (1978) и будущее развитие согласно Астанинской декларации (2018). Семейная медицина. 2019;4(84):97—102.

148. Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Кузиева Г.Д. Зарубежный опыт работы мультидисциплинарных команд специалистов в первичном звене // Вестник КазНМУ. 2016. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zarubezhnyy-opyt-raboty-multidistsiplinarnykh-komand-spetsialistov-v-pervichnom-zvene> (дата обращения: 23.09.2024).

149. Турзин, П.С., Ходырева Л.А., Дударева А.А. Динамика соотношения численности «врач - средний медицинский персонал». Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – № 1. – С. 22-27. – DOI 10.29188/2222-8543-2020-12-1-22-27. – EDN CNBGCQ. https://www.elibrary.ru/download/elibrary_42749904_95997903.pdf (дата обращения 08.02.2023).

150. Тютерева О. В., Котова Ю. И., Состояние и пути развития кадрового потенциала среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения. Медсестра. 2019;7. <https://panor.ru/articles/sostoyanie-i-puti-razvitiya-kadrovogo-potentsiala-srednego-meditsinskogo-personala-uchrezhdeniy-zdravookhraneniya/9325.html#> (по подписке).

151. Уразалиева И.Р., Маматкулов Б., Гурьянова Н.Е. Основные аспекты деятельности медсестёр первичного звена здравоохранения. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-aspekty-deyatelnosti-medsestyor-pervichnogo-zvena-zdravookhraneniya> (дата обращения: 23.09.2024).

152. Утеулиев Е.С., Хабиева Т.Х., Токмолдаева Р.У. Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи на уровне ПМСП, оказываемой мультидисциплинарной командой. Вестник КазНМУ. 2017. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/udovletvorennost-naseleniya-kachestvom-meditsinskoy-pomoschi-na-urovne-pmsp-okazyvaemoy-multidistsiplinarnoy-komandoy> (дата обращения: 23.09.2024).

153. Фентисова В.Н. Затраты рабочего времени врачей в условиях новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. III

Международный научно-образовательный форум «Хэйлунцзян-Приамурье» : сборник материалов Международной научной конференции, Биробиджан, 03 октября 2019 года. – Биробиджан: Приамурский государственный университет имени Шолом-Алейхема, 2019. – С. 136-140.

154. Фомичева М.Л. Мнение руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне, о целесообразности совершенствования организации первичной медицинской профилактики. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2017. - №2. - С. 62-67.

155. Хабриев Р.У., Серпик В.Г. Особенности внедрения инновационных технологий в российском здравоохранении. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2016. - №4. - С. 5-16.

156. Хайдарова Б.А. Роль участковых медицинских сестёр поликлиник и СВП при внедрении здорового образа жизни среди населения / Б. А. Хайдарова // Инновации в медицине : Материалы I Международной научно-практической конференции, Махачкала, 30 мая 2019 года. Том II. – Махачкала: Дагестанский государственный медицинский университет, 2019. – С. 161-164. – EDN SXCWRT.

157. Хайруллин И.И., Камашева А.В., Жаворонков В.В. Корпоративная модель компетенций в деятельности медицинской организации как фактор повышения ее качества. Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 6-12.

158. Хусаенова А.А., Насретдинова Л.М., Богданов Р.Р. Совершенствование подготовки медицинских сестер как актуальная проблема реформирования системы здравоохранения // Актуальные вопросы современной педагогики: сб. мат-лов IX Международной научной конференции. Самара, сентябрь 2016 г. Самара, издательство АСГАРД, 2016. С. 57-59.

159. Чайкина Н.Н., Манжосов О.О. Некоторые аспекты деятельности врача-терапевта участкового при оказании первичной медико-санитарной помощи (на примере городской поликлиники). Актуальные вопросы организации здравоохранения: Сборник научных трудов VI Всероссийской научно-практической конференции, Нижний

Новгород, 15 февраля 2023 года. Под общей редакцией И.А. Переслегиной. Том Выпуск XVI. Нижний Новгород: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Приволжский исследовательский медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2023; 136-142. – EDN EBMLFR.

160. Чолоян С.Б., Екимов А.К., Павловская О.Г. [и др.]. Формирование новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Обращения пациентов в поликлинику: анализ и моделирование. Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 24-36.

161. Чухриенко И.Ю., Задоркина Т.Г., Дорогушина В.А. [и др.]. Разработка рекомендаций по совершенствованию медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с сочетанными хроническими неинфекционными заболеваниями. Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Современное состояние, перспективы развития: VI-я ежегодная конференция с международным участием, посвященная памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. Российской Федерации Полякова Игоря Васильевича, Санкт-Петербург, 25 октября 2019 года / Под. ред. И.М. Акулина, О.В. Мироненко. – Санкт-Петербург: Центр современной литературы и книги на Васильевском, 2019. – С. 61-67.

162. Шаймарданов Р.Р., Бушуева Т.Н. Типы государственной политики здравоохранения в сфере первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации. Государственное регулирование социально-экономических процессов региона и муниципалитета: вызовы и ответы современности: сборник научных трудов магистрантов и преподавателей. – Челябинск: Челябинский филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», 2020. – С. 505-513.

163. Шамшурина Н.Г., Жилина Т.Н. К вопросу о совершенствовании качества организации и оказания медицинской помощи. Социология медицины. 2018. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-sovershenstvovanii-kachestva-organizatsii-i->

okazaniya-meditsinskoj-pomoschi (дата обращения: 23.09.2024).

164. Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В. Ключевые аспекты пациент-ориентированной модели управления медицинской организацией // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – № 3. – С. 34-38; URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1112>

165. Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы. Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68. – № 2. – С. 2. – DOI 10.21045/2071-5021-2021-68-2-2. – EDN QCRAMF.

166. Шевский В.И., Шишкин С.В. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы. Научные труды Фонда «Институт экономической политики им. Е. Т. Гайдара». 2006. №102. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reformirovanie-pervichnoy-meditsinskoj-pomoschi-prepyatstviya-i-perspektivy> (дата обращения: 24.09.2024).

167. Шейман И.М. Шевский В.И., Сажина С.В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи - декларация или реальность? Социальные аспекты здоровья населения 2019; 65(1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang,ru/>. DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-3>.

168. Шейман И.М., Сажина С.В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит кадров. Мир России. Т. 27. № 3. С. 130–153. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-130-153. <https://cyberleninka.ru/article/n/kadrovaya-politika-v-zdravoohranenii-kak-preodolet-defitsit-vrachey/viewer> (дата обращения 08.02.2023).

169. Шейман И.М., Шишкин С.В., Шевский В.И. [и др.] Диспансеризация населения: ожидания и реальность. Мир России. Социология. Этнология. – 2021. – Т. 30. – № 4. – С. 6-29. – DOI 10.17323/1811-038X-2021-30-4-6-29.

170. Шепель Р.Н., Сененко А.Ш., Калашникова М.А. [и др.]. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Российской Федерации в 2014-2022 годах. Часть 1: фокус на врачей-терапевтов участковых. «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». - 2023. - №3;

URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=1141> (дата обращения: 24.02.2024).

171. Шишкин С.В. Структурные проблемы российского здравоохранения и изменение схемы финансирования медицинской помощи. Экономист лечебного учреждения. 2017;8.
172. Шишкин С.В., Алмазов А.А., Корнилов М.Н. [и др.]. Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы: аналит. докл. /; отв. ред. С.В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2022. – 143, [1] с. – 200 экз. – ISBN 978-5-7598-2589-0 (в обл.). – ISBN 978-5-7598-2454-1 (e-book).
173. Щепин В.О., Расторгуева Т.И. Кадровый ресурс: региональное здравоохранение. Современный взгляд на проблему. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2019. - №2. - С. 132-143.
174. Яковлев М. Ю., Амбражук И.И., Лутфуллин М.Ф. Этапы развития медицинской профилактики в отечественном здравоохранении. Здравоохранение Чувашии. – 2020. – № 2. – С. 29-40. – DOI 10.25589/GIDUV.2020.67.58.001.
175. Akman M., Ayhan Başer D., Usanma Koban B., et.al. (2022). Organization of primary health care. Research and development in the field of primary health care, 23, E49. doi: 10.1017 / S1463423622000275/
176. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, et.al. The 10 building blocks of high-performing primary care. Ann Fam Med. 2014 Mar-Apr;12(2):166-71. doi: 10.1370/afm.1616. PMID: 24615313; PMCID: PMC3948764.
177. Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. et.al. Building Primary Care in a Changing Europe. Observatory Studies Series. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies.2015;38:12-164
178. George N. How Nurses Influence the Patient Experience. Am J Nurs. 2024 Apr 1;124(4):42-45. doi: 10.1097/01.NAJ.0001010580.63298.b0. Epub 2024 Mar 21. PMID: 38511710.
179. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.

World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1)

[eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1) (дата обращения: 15.02.2024).

180. Ladden M.D., Bodenheimer T., Fishman N.W., et.al. The emerging primary care workforce: preliminary observations from the primary care team: learning from effective ambulatory practices project. *Acad Med.* 2013 Dec;88(12):1830-4. doi: 10.1097/ACM.0000000000000027. PMID: 24128622.

181. Lokman L., Chahine T. Business models for primary health care delivery in low- and middle-income countries: a scoping study of nine social entrepreneurs. *BMC Health Serv Res* 21, 211 (2021).

182. Morgan SE, Mosser A, Ahn S, et.al. Developing and evaluating a team development intervention to support interdisciplinary teams. *J Clin Transl Sci.* 2021 Aug 9;5(1):e166. doi: 10.1017/cts.2021.831. PMID: 34733543; PMCID: PMC8532188.

183. Mukhanova G., Tultabae S. Relevance of Improving Human Resource Management in the Organization of Primary Healthcare. *Journal of Health Development.* – 2020. – Т. 4. – № 39. – С. 31-39. – DOI 10.32921/2225-9929-2020-4-39-31-39.

184. OECD. Realizing the full potential of primary care. OECD Health policy studies. Paris. 2020. 208 c. <https://fondazionecerm.it/wp-content/uploads/2020/06/OECD-Realising-the-Potential-of-Primary-Health-Care.pdf>. DOI:10.1787/a92adee4-en.

185. Zarzeka A, Panczyk M, Belowska J, et.al. Nurse prescribing: Attitudes of medical doctors towards expanding professional competencies of nurses and midwives. *J Pak Med Assoc.* 2019 Aug;69(8):1199-1204. PMID: 31431780.

186. Wagner EH, Flinter M, Hsu C, et.al. Effective team-based primary care: observations from innovative practices. *BMC Fam Pract.* 2017 Feb 2;18(1):13. doi: 10.1186/s12875-017-0590-8. PMID: 28148227; PMCID: PMC5289007.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Анкета пациента

1. Укажите пол:
мужской
женский
2. Укажите возраст:
до 45 лет
46 - 55 лет
56 - 65 лет
старше 65 лет
3. Укажите социальный статус:
работающий
временно неработающий
неработающий
работающий пенсионер
неработающий пенсионер
учащийся (студент)
4. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности (инвалидность)?
да
нет
5. Как часто Вы обращаетесь к врачу-терапевту участковому?
раз в месяц
раз в квартал
раз в полгода
раз в год
реже, чем раз в год
6. Знаете ли Вы своего врача-терапевта участкового (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?
да
нет
7. Удобен ли для Вас график работы врача-терапевта участкового?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
8. Какой способ Вы использовали для записи на прием к врачу?
звонок в регистратуру/колл-центр
при обращении в медицинскую организацию через регистратуру
при обращении в медицинскую организацию через инфомат
через единый портал государственных услуг (ЕПГУ)
записал лечащий врач
обращение без записи
9. Сколько дней составила доступность записи на прием к врачу-терапевту участковому?
в этот же день
один день (на следующий день)
более одного дня
обращение без записи
10. Причина обращения к врачу-терапевту участковому:
первичное по заболеванию/обострению хронического заболевания
повторное по заболеванию/обострению хронического заболевания
по итогам профилактического медицинского осмотра/диспансеризации
в рамках диспансерного наблюдения
оформление/получение медицинской документации (справка, льготный рецепт, выписка и т.д.)
получение направления на медико-социальную экспертизу
оформление/получение санаторно-курортной карты
получение направления на госпитализацию
получение консультации

11. Удовлетворены ли Вы организацией лечебно-диагностического процесса?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
12. Что Вас не устраивает в организации лечебно-диагностического процесса? <i>один или несколько вариантов ответа, при выборе варианта ответа "другое" - напишите пояснения в ответе на следующий вопрос</i>
невозможно дозвониться в регистратуру/колл-центр
ближайшая доступная запись - более одного дня
неудобный способ записи
очередь в регистратуру
неудобный график работы врача
живая очередь перед кабинетом врача
прием не в соответствии со временем записи
мало времени отведено на прием врачом-терапевтом участковым
участковый врач не выходит на вызов на дом (взамен - служба неотложки)
каждый раз записывают к другому врачу
неудобен электронный больничный
другое _____
13. Что Вас не устраивает в организации лечебно-диагностического процесса - укажите свой вариант ответа? <i>(что, по мнению пациента, нужно менять в организации работы поликлиники, что не устраивает в работе поликлиники и т.д.)</i>
14. В чем заключалась работа медицинской сестры на приеме? <i>один или несколько вариантов ответа</i>
провела измерение артериального давления, иные исследования
записала на прием к врачу-специалисту
выполняла какую-то работу с медицинской документацией и/или в МИС
оформила/распечатала медицинскую документацию и выдала на руки
записала на исследования (лабораторные, инструментальные)
разъяснила правила подготовки к исследованиям (лабораторным, инструментальным)
выдала памятку(и)
работа медицинской сестры не была связана с моим приемом
я не обратил(а) внимания, чем занималась медсестра
медсестры на приеме не было
15. Достаточно ли времени, на Ваш взгляд, отведено на прием пациента?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
16. Что Вас не устраивает на приеме у врача-терапевта участкового? <i>один или несколько вариантов ответа; при выборе варианта ответа "другое" - напишите пояснения в ответе на следующий вопрос</i>
мало времени уделено осмотру
мало времени уделено беседе врача с пациентом, опросу
не разъясняют план лечения
не разъясняют правила приема лекарственных препаратов
не разъясняют правила подготовки к лабораторным или инструментальным исследованиям
другое _____
17. Что Вас не устраивает на приеме у врача-терапевта участкового - укажите свой вариант ответа? <i>(при выборе варианта ответа "другое" в предыдущем вопросе или укажите "нет предложений")</i>
18. Считаете ли Вы, что в отсутствие врача Вы можете по каким-то вопросам обратиться к медицинской сестре за оказанием помощи - профилактическое консультирование, получение направлений на исследования для оформления справки, измерение давления и т.д.
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
19. На Ваш взгляд, за какой помощью Вы могли бы обратиться к медицинской сестре? <i>(мнение пациента)</i> _____

Анкета врача-терапевта участкового

1. Укажите пол:
мужской
женский
2. Укажите возраст:
до 36 лет
36 - 45 лет
46 - 50 лет
51 - 55 лет
56 - 59 лет
60 - 64 лет
65 и старше
3. Укажите уровень профессионального образования:
специалитет «Лечебное дело» с последующей аккредитацией
интернатура по специальности «Терапия»
ординатура по специальности «Терапия»
профессиональная переподготовка по специальности «Терапия» при наличии подготовки в ординатуре по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»
4. Имеете ли Вы квалификационную категорию?
высшая
первая
вторая
не имею квалификационную категорию
5. Имеете ли Вы ученую степень?
кандидат медицинских наук
доктор медицинских наук
не имею ученую степень
6. Укажите стаж работы по специальности:
менее 1 года
1 - 5 лет
6 - 10 лет
11 - 15 лет
16 - 20 лет
21 - 25 лет
более 25 лет
7. Укажите стаж работы врачом-терапевтом участковым:
менее 1 года
1 - 5 лет
6 - 10 лет
11 - 15 лет
16 - 20 лет
21 - 25 лет
более 25 лет
8. Укажите стаж работы в данной медицинской организации:
менее 1 года
1 - 5 лет
6 - 10 лет
11 - 15 лет
16 - 20 лет
21 - 25 лет
более 25 лет
9. Укажите сведения о работе (МО - медицинская организация):
на основной должности врачом-терапевтом участковым в данной МО
на основной должности врачом-терапевтом участковым и по совместительству врачом-терапевтом участковым в данной МО
на основной должности врачом-терапевтом участковым и по совместительству на другой должности в данной МО
по совместительству врачом-терапевтом участковым и на другой основной должности в данной МО
по совместительству врачом-терапевтом участковым в данной МО и на основной должности в другой МО
10. Укажите общее количество штатных должностей, которые Вы занимаете в данной медицинской организации?
0,25
0,5
0,75
1
1,25
1,5
1,75

11. Укажите уровень Вашей заработной платы в данной медицинской организации: <i>включая совместительство, стимулирующие выплаты, премии и т.д.</i>
менее 50 000 руб.
50 000 - 75 000 руб.
75 000 - 100 000 руб.
100 000 - 125 000 руб.
125 000 - 150 000 руб.
более 150 000 руб.
12. Укажите меры социальной поддержки или иное социальное обеспечение, которые Вы получаете, работая в данной медицинской организации? <i>один или несколько вариантов ответа</i>
предоставление жилых помещений из числа нуждающихся в улучшении жилищных условий по договору социального найма
предоставление служебного жилья
предоставление общежития
предоставление льготного ипотечного кредитования
компенсация за аренду (наём) жилых помещений
приватизация служебного жилья (передача в собственность после 10 лет работы)
выделение земельных участков для индивидуального жилищного строительства
компенсация оплаты жилищно-коммунальных услуг
предоставление мест детям в первоочередном порядке в дошкольных общеобразовательных организациях
выплаты «подъемных» при трудоустройстве
компенсационные выплаты по возмещению затрат за проезд на общественном транспорте к месту работы и обратно
денежные выплаты наставникам молодых специалистов в первый год их работы в медицинских организациях
организация питания / компенсация расходов на питание
нет потребности в мерах соц. поддержки
не предоставляются меры соц. поддержки
не знаю о предоставлении мер соц. поддержки
13. Укажите причину выбора специальности «Терапия»: <i>один или несколько вариантов ответа</i>
интерес к специальности «Терапия»
обучение в рамках целевой подготовки
проще поступить в интернатуру/ординатуру
возможность общения с людьми
возможность самореализации
проще трудоустроиться
возможность хорошо зарабатывать в перспективе
рекомендации родителей, друзей
14. Что повлияло на Ваш выбор работы в амбулаторном звене врачом-терапевтом участковым: <i>один или несколько вариантов ответа</i>
обучение в рамках целевой подготовки
возможность трудоустройства после окончания специалитета «Лечебное дело»
не смог(ла) поступить в ординатуру по специальности «Терапия»
не смог(ла) поступить в ординатуру по другой специальности
осознаю важность профессии
возможность самореализации
возможность общения с людьми
высокая заработная плата
удобное расположение поликлиники
удобный график работы
возможность работы по совместительству
не было других вакансий
вынужденные личные или семейные обстоятельства
15. Считаете ли Вы работу врачом-терапевтом участковым интересной?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
16. Считаете ли Вы, что реализуете свой профессиональный потенциал в полной мере, работая с врачом-терапевтом участковым?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить

17. Укажите основную причину, по которой Вы могли бы поменять место работы?
хорошие условия и организация труда на новом месте
лучшее социальное обеспечение (меры социальной поддержки)
поменял(а) бы на другую должность
ближе к дому
более высокая заработная плата на новом месте
удобный график
возможность работать по совместительству
вынужденные личные или семейные обстоятельства
не хотел(а) бы менять место работы
18. Считаете ли Вы рабочую нагрузку (объем работы) высокой?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
19. С чем связана высокая рабочая нагрузка (объем работы)?
поток пациентов без предварительной записи
высокая обращаемость прикрепленного населения (высокая заболеваемость, преимущественно пожилое население и т.д.)
работа с прикрепленным населением другого терапевтического участка
вызовы врача на дом / активы
отведенное время на прием одного пациента менее 15 минут
работа с медицинской документацией, в том числе в электронном виде
организационно-методическая работа (планирование профилактических мероприятий, работа с паспортом участка и анализ статистических данных и т.д.)
не считаю рабочую нагрузку (объем работы) высокой
20. Как часто Вам приходится работать во внеурочное время?
ежедневно
несколько раз в неделю
несколько раз в месяц
периодически, но не чаще одного раза в месяц
не приходится работать во внеурочное время
21. С чем связана работа в неурочное время?
поток пациентов без предварительной записи
работа с прикрепленным населением другого терапевтического участка
вызовы врача на дом/активы
работа с медицинской документацией, в том числе в электронном виде
организационно-методическая работа (планирование профилактических мероприятий, работа с паспортом участка, анализ статистических данных и т.д.)
не приходится работать в неурочное время
22. Работа в неурочное время оплачивается дополнительно?
да
нет
включено в премии
не приходится работать в неурочное время
23. Считаете ли Вы, что организацию работы участковой службы необходимо менять?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
24. Считаете ли Вы необходимым сохранение территориально-участкового принципа при оказании первичной медико-санитарной помощи?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
25. Укажите численность прикрепленного населения на Вашем участке при работе в данной медицинской организации на основной должности врачом-терапевтом участковым:
<i>в случае, если ваша основная должность в данной медицинской организации - врач-терапевт участковый</i>
до 1600 чел.
1601 - 1800 чел.
1801 - 2000 чел.
2001 - 2200 чел.
2201 - 2400 чел.
более 2400 чел.
не работаю только на основной должности врачом-терапевтом участковым

26. Укажите фактическую численность обслуживаемого населения при работе в данной медицинской организации только по совместительству врачом-терапевтом участковым:
до 1300 чел.
1301 - 1600 чел.
1601 - 1900 чел.
более 1900 чел.
затрудняюсь ответить - не соблюдается участковый принцип
затрудняюсь ответить
не работаю в данной медицинской организации только по совместительству врачом-терапевтом участковым
27. Укажите фактическую численность обслуживаемого населения при работе в данной медицинской организации и на основной должности, и по совместительству врачом-терапевтом участковым:
<i>указать фактическую численность обслуживаемого населения при работе и на основной должности, и по совместительству в данной медицинской организации врачом-терапевтом участковым</i>
до 2100 чел.
2101 - 2500 чел.
2501 - 3000 чел.
3001 - 3500 чел.
более 3500 чел.
затрудняюсь ответить - не соблюдается участковый принцип
затрудняюсь ответить
не работаю в данной медицинской организации и на основной должности, и по совместительству врачом-терапевтом участковым
28. Считаете ли Вы, что численность прикрепленного населения на участке необходимо менять?
необходимо уменьшать
можно увеличить
не нужно менять
затрудняюсь ответить
29. Достаточно ли времени в структуре рабочей смены отведено на прием пациентов в поликлинике?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
30. Достаточно ли времени в структуре рабочей смены отведено на вызовы врача на дом/активы?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
время на работу с пациентами на дому не отведено
31. Достаточно ли времени в структуре рабочей смены отведено на профилактическую работу с населением?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
время на профилактическую работу не отведено
32. Достаточно ли времени в структуре рабочей смены отведено для выполнения организационно-методической работы (планирование профилактических мероприятий, работа с паспортом участка и т.д.)?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
время на организационно-методическую работу не отведено
33. Считаете ли Вы распределение времени в структуре рабочей смены оптимальным для выполнения видов работ (амбулаторный прием, работа с пациентами на дому, профилактическая работа, организационно-методическая работа и т.д.)?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
34. Должен ли, на Ваш взгляд, врач-терапевт участковый оказывать помощь на дому (вызовы врача на дом, активы)?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
только активы на дому

35. Укажите время, отведенное на первичный прием пациента в поликлинике:
менее 10 мин
10 - 12 мин
13 - 15 мин
16 - 18 мин
19 - 20 мин
более 20 мин
36. Укажите время, отведенное на повторный прием пациента в поликлинике:
менее 10 мин
10 - 12 мин
13 - 15 мин
16 - 18 мин
19 - 20 мин
более 20 мин
37. Сколько времени у Вас во время приема пациента занимает работа с медицинской документацией, в том числе в электронном виде?
менее 30%
30% - 50%
51% - 70%
более 70%
затрудняюсь ответить
38. Считаете ли Вы в целом достаточным время, отведенное на прием пациента врачом-терапевтом участковым?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
39. Какое время, отведенное на первичный прием пациента, Вы считаете достаточным?
менее 10 мин
10 - 12 мин
13 - 15 мин
16 - 18 мин
19 - 20 мин
более 20 мин
40. Как Вы оцениваете работу медицинской информационной системы (МИС)?
отлично
хорошо
удовлетворительно
неудовлетворительно
41. Кто, на Ваш взгляд, должен заниматься профилактической работой с прикрепленным населением?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
врач-терапевт участковый
медицинская сестра участковая
врач по медицинской профилактике центра здоровья (при наличии в структуре медицинской организации)
медицинская сестра центра здоровья (при наличии в структуре медицинской организации)
врач по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики
фельдшер отделения (кабинета) медицинской профилактики
медицинская сестра отделения (кабинета) медицинской профилактики
фельдшер отделения (кабинета) доврачебного приема
медицинская сестра отделения (кабинета) доврачебного приема
42. Может ли медицинская сестра участковая заниматься самостоятельной работой на участке (профилактические мероприятия, работа с диспансерной группой, патронаж и т.д.)?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
42. Может ли медицинская сестра участковая заниматься самостоятельной работой на участке (профилактические мероприятия, работа с диспансерной группой, патронаж и т.д.)?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить

43. Какие функции выполняет медицинская сестра участковая?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
☐ обзвон, информирование и/или приглашение пациентов (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.)
☐ проведение обследования пациента на приеме (измерение АД, роста, веса, пульсоксиметрия и т.д.)
☐ оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) на приеме
☐ работа в МИС (поиск результатов обследований, запись пациента к врачу-специалисту, запись на лабораторные исследования и т.д.) на приеме
☐ выполнение назначений врача пациентам на дому
☐ патронаж маломобильных граждан
☐ доставка амбулаторных карт из регистратуры
☐ подготовка дезинфицирующих растворов
☐ обработка кушетки на приеме после осмотра пациента
☐ приглашение пациентов и контроль очереди перед кабинетом врача
☐ обеспечение кабинета расходными материалами и бланками направлений
44. Считаете ли Вы возможным заменить медицинскую сестру участковую на приеме пациента врачом на специалиста с немедицинским образованием?
☐ да ☐ скорее да ☐ скорее нет ☐ нет ☐ затрудняюсь ответить
45. Какие функции можно передать специалисту с немедицинским образованием?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
☐ обзвон, информирование и/или приглашение пациентов (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.)
☐ оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) на приеме
☐ работа в МИС (поиск результатов обследований, запись пациента к врачу-специалисту, запись на лабораторные исследования и т.д.) на приеме
☐ работа с паспортом участка, ведение базы данных по пациентам в МИС
☐ взаимодействие с медицинскими и медико-социальными организациями
☐ доставка амбулаторных карт из регистратуры
☐ обработка кушетки на приеме после осмотра пациента
☐ приглашение пациентов и контроль очереди перед кабинетом врача
☐ обеспечение кабинета врача расходными материалами и бланками направлений
46. Считаете ли Вы, что врач-терапевт участковый может вести амбулаторный прием пациента без медицинской сестры участковой или помощника с немедицинским образованием?
☐ да ☐ скорее да ☐ скорее нет ☐ нет ☐ затрудняюсь ответить
47. Какие изменения в организации работы на терапевтическом участке, на Ваш взгляд, необходимы?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
☐ привлечение к работе на участке немедицинского персонала для планирования профилактической работы с населением, информирования пациентов и т.д.
☐ передача обслуживания вызовов врача на дом выездной службе неотложной помощи
☐ введение самостоятельных приемов медицинской сестрой участковой
☐ приведение численности обслуживаемого населения к нормативным значениям 1700 чел.
☐ четкое распределение времени для выполнения видов работ (приемы пациентов, работа на дому, организационно-методическая работа)
☐ передать функции записи пациента на прием к врачу-специалисту, на повторный прием, на исследования в регистратуру
☐ привлечение фельдшера к работе на участке для обслуживания вызовов на дом
48. Предложите свою версию ответа на вопрос «Какие изменения в организации работы на терапевтическом участке необходимы?»:
<i>внесите свои предложения по организации работы на участке; при отсутствии предложений внесите «нет предложений»</i>

Анкета медицинской сестры участковой

1. Укажите пол:	☐ мужской ☐ женский
2. Укажите возраст:	☐ до 36 лет ☐ 36 - 45 лет ☐ 46 - 50 лет ☐ 51 - 55 лет ☐ 56 - 59 лет ☐ 60 - 64 лет ☐ 65 и старше
3. Укажите уровень профессионального образования:	☐ среднее профессиональное по специальности «Сестринское дело» ☐ профессиональная переподготовка при наличии среднего профессионального образования по специальности «Лечебное дело» ☐ профессиональная переподготовка при наличии среднего профессионального образования по специальности «Акушерское дело» ☐ *сдача экзамена по допуску лиц, не завершивших высшее медицинское образования, к работе на должностях среднего медицинского персонала
4. Имеете ли Вы квалификационную категорию?	☐ высшая ☐ первая ☐ вторая ☐ не имею квалификационную категорию
5. Укажите стаж работы по специальности:	☐ менее 1 года ☐ 1 - 5 лет ☐ 6 - 10 лет ☐ 11 - 15 лет ☐ 16 - 20 лет ☐ 21 - 25 лет ☐ более 25 лет
6. Укажите стаж работы медицинской сестрой участковой:	☐ менее 1 года ☐ 1 - 5 лет ☐ 6 - 10 лет ☐ 11 - 15 лет ☐ 16 - 20 лет ☐ 21 - 25 лет ☐ более 25 лет
7. Укажите стаж работы в данной медицинской организации:	☐ менее 1 года ☐ 1 - 5 лет ☐ 6 - 10 лет ☐ 11 - 15 лет ☐ 16 - 20 лет ☐ 21 - 25 лет ☐ более 25 лет
8. Укажите сведения о работе (МО - медицинская организация):	☐ на основной должности медицинской сестрой участковой в данной МО ☐ на основной должности медицинской сестрой участковой и по совместительству медицинской сестрой участковой в данной МО ☐ на основной должности медицинской сестрой участковой и по совместительству на другой должности в данной МО ☐ по совместительству медицинской сестрой участковой и на другой основной должности в данной МО ☐ по совместительству медицинской сестрой участковой в данной МО и на другой основной должности в другой МО
9. Укажите общее количество штатных должностей, которые Вы занимаете в данной медицинской организации:	☐ 0,25 ☐ 0,5 ☐ 0,75 ☐ 1 ☐ 1,25 ☐ 1,5 ☐ 1,75
10. Укажите уровень Вашей заработной платы в данной медицинской организации (включая стимулирующие выплаты, премии и т.д.):	☐ менее 30 000 руб. ☐ 30 000 - 50 000 руб. ☐ 50 000 - 70 000 руб. ☐ 70 000 - 90 000 руб. ☐ 90 000 - 110 000 руб. ☐ более 110 000 руб.

11. Укажите меры социальной поддержки или иное социальное обеспечение, которые Вы получаете, работая в данной медицинской организации?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
предоставление жилых помещений из числа нуждающихся в улучшении жилищных условий по договору социального найма
предоставление служебного жилья
предоставление общежития
предоставление льготного ипотечного кредитования
компенсация за аренду (найм) жилых помещений
приватизация служебного жилья (передача в собственность после 10 лет работы)
выделение земельных участков для индивидуального жилищного строительства
компенсация оплаты жилищно-коммунальных услуг
предоставление мест детям в первоочередном порядке в дошкольных общеобразовательных организациях
выплаты «подъемных» при трудоустройстве
компенсационные выплаты по возмещению затрат за проезд на общественном транспорте к месту работы и обратно
денежные выплаты наставникам молодых специалистов в первый год их работы в медицинских организациях
организация питания / компенсация расходов на питание
нет потребности в мерах соц. поддержки
не предоставляются меры соц. поддержки
не знаю о предоставлении мер соц. поддержки
12. Укажите причину выбора специальности «Сестринское дело»:
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
интерес к специальности «Сестринское дело»
обучение в рамках целевой подготовки
проще поступить
возможность общения с людьми
возможность самореализации
проще трудоустроиться
возможность хорошо зарабатывать в перспективе
рекомендации родителей, друзей
13. Что повлияло на Ваш выбор работы в амбулаторном звене медицинской сестрой участковой:
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
обучение в рамках целевой подготовки
осознаю важность профессии
возможность самореализации
возможность общения с людьми
высокая заработная плата
удобное расположение поликлиники
удобный график работы
возможность работы по совместительству
не было других вакансий
вынужденные личные или семейные обстоятельства
14. Считаете ли Вы работу медицинской сестрой участковой интересной?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
15. Считаете ли Вы, что реализуете свой профессиональный потенциал в полной мере, работая медицинской сестрой участковой?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
16. Укажите основную причину, по которой Вы могли бы поменять место работы?
хорошие условия и организация труда на новом месте
лучшее социальное обеспечение (меры социальной поддержки)
поменял(а) бы на другую должность
ближе к дому
более высокая заработная плата на новом месте
удобный график
возможность работать по совместительству
вынужденные личные или семейные обстоятельства
не хотел(а) бы менять место работы
17. Считаете ли Вы рабочую нагрузку (объем работы) высокой?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить

18. С чем связана высокая рабочая нагрузка (объем работы)?
поток пациентов без предварительной записи высокая обращаемость прикрепленного населения (высокая заболеваемость, преимущественно пожилое население и т.д.) работа с прикрепленным населением другого терапевтического участка работа с пациентами на дому (выполнение назначений врача, активы) отведенное время на прием одного пациента менее 15 мин работа с медицинской документацией, в том числе в электронном виде организационно-методическая работа (планирование профилактических мероприятий, анализ статистических данных и т.д.) подготовка кабинета врача к приему не считаю рабочую нагрузку (объем работы) высокой
19. Как часто Вам приходится работать в неурочное время?
ежедневно несколько раз в неделю несколько раз в месяц периодически, но не чаще одного раза в месяц не приходится работать в неурочное время
20. С чем связана работа в неурочное время?
поток пациентов без предварительной записи работа с прикрепленным населением другого терапевтического участка работа с пациентами на дому (назначения врача, активы) работа с медицинской документацией, в том числе в электронном виде организационно-методическая работа (планирование профилактических мероприятий, анализ статистических данных и т.д.) подготовка кабинета врача к приему не приходится работать в неурочное время
21. Работа во внеурочное время оплачивается дополнительно?
да нет включено в премии не приходится работать в неурочное время
22. Считаете ли Вы, что организацию работы участковой службы необходимо менять?
да скорее да скорее нет нет затрудняюсь ответить
23. Считаете ли Вы необходимым сохранение территориально-участкового принципа при оказании первичной медико-санитарной помощи?
да скорее да скорее нет нет затрудняюсь ответить
24. Укажите численность прикрепленного населения на Вашем участке при работе в данной медицинской организации на основной должности медицинской сестрой участковой:
в случае, если ваша основная должность в данной медицинской организации - медицинская сестра участковая до 1600 чел. 1601 - 1800 чел. 1801 - 2000 чел. 2001 - 2200 чел. 2201 - 2400 чел. более 2400 чел. не работаю только на основной должности медицинской сестрой участковой
25. Укажите фактическую численность обслуживаемого населения при работе в данной медицинской организации только по совместительству медицинской сестрой участковой:
до 1300 чел. 1301 - 1600 чел. 1601 - 1900 чел. более 1900 чел. затрудняюсь ответить (не соблюдается участковый принцип) затрудняюсь ответить не работаю в данной медицинской организации только по совместительству медицинской сестрой участковой
26. Укажите фактическую численность обслуживаемого населения при работе в данной медицинской организации и на основной должности, и по совместительству медицинской сестрой участковой:
указать фактическую численность обслуживаемого населения при работе и на основной должности, и по совместительству в данной медицинской организации медицинской сестрой участковой до 2100 чел. 2101 - 2500 чел. 2501 - 3000 чел. 3001 - 3500 чел. более 3500 чел. затрудняюсь ответить - не соблюдается участковый принцип затрудняюсь ответить не работаю в данной медицинской организации и на основной должности, и по совместительству медицинской сестрой участковой

27. Считаете ли Вы, что численность прикрепленного населения на участке необходимо менять?
☐ необходимо уменьшать
☐ можно увеличить
☐ не нужно менять
☐ затрудняюсь ответить
28. Достаточно ли времени в структуре рабочей смены отведено на прием пациентов врачом-терапевтом участковым в поликлинике?
☐ да
☐ скорее да
☐ скорее нет
☐ нет
☐ затрудняюсь ответить
29. Достаточно ли времени в структуре рабочей смены отведено на работу с пациентами на дому (назначения врача, активы)?
☐ да
☐ скорее да
☐ скорее нет
☐ нет
☐ затрудняюсь ответить
☐ время на работу с пациентами на дому не отведено
30. Достаточно ли времени в структуре рабочей смены отведено на профилактическую работу с населением?
☐ да
☐ скорее да
☐ скорее нет
☐ нет
☐ затрудняюсь ответить
☐ время на профилактическую работу не отведено
31. Достаточно ли времени в структуре рабочей смены отведено для выполнения организационно-методической работы (планирование профилактических мероприятий, работа с паспортом участка и т.д.)?
☐ да
☐ скорее да
☐ скорее нет
☐ нет
☐ затрудняюсь ответить
☐ время на организационно-методическую работу не отведено
32. Считаете ли Вы распределение времени в структуре рабочей смены оптимальным для выполнения видов работ (амбулаторный прием, работа с пациентами на дому, профилактическая работа, организационно-методическая работа и т.д.)?
☐ да
☐ скорее да
☐ скорее нет
☐ нет
☐ затрудняюсь ответить
33. Должна ли, на Ваш взгляд, медицинская сестра участковая оказывать помощь на дому (назначения врача, активы)?
☐ да
☐ скорее да
☐ скорее нет
☐ нет
☐ затрудняюсь ответить
☐ только активы на дому
34. Укажите время, отведенное на первичный прием пациента врачом-терапевтом участковым в поликлинике:
☐ менее 10 мин
☐ 10 - 12 мин
☐ 13 - 15 мин
☐ 16 - 18 мин
☐ 19 - 20 мин
☐ более 20 мин
35. Укажите время, отведенное на повторный прием пациента врачом-терапевтом участковым в поликлинике:
☐ менее 10 мин
☐ 10 - 12 мин
☐ 13 - 15 мин
☐ 16 - 18 мин
☐ 19 - 20 мин
☐ более 20 мин
36. Сколько времени у Вас во время приема пациента врачом-терапевтом участковым занимает работа с медицинской документацией, в том числе в электронном виде?
☐ менее 30%
☐ 30% - 50%
☐ 51% - 70%
☐ более 70%
☐ затрудняюсь ответить
37. Считаете ли Вы в целом достаточным время, отведенное на прием пациента врачом-терапевтом участковым в поликлинике?
☐ да
☐ скорее да
☐ скорее нет
☐ нет
☐ затрудняюсь ответить

38. Какое время, отведенное на первичный прием пациента, Вы считаете достаточным?
менее 10 мин
10 - 12 мин
13 - 15 мин
16 - 18 мин
19 - 20 мин
более 20 мин
39. Как Вы оцениваете работу медицинской информационной системы (МИС)?
отлично
хорошо
удовлетворительно
неудовлетворительно
40. Кто, на Ваш взгляд, должен заниматься профилактической работой с прикрепленным населением?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
врач-терапевт участковый
медицинская сестра участковая
врач по медицинской профилактике центра здоровья (при наличии в структуре медицинской организации)
медицинская сестра центра здоровья (при наличии в структуре медицинской организации)
врач по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики
фельдшер отделения (кабинета) медицинской профилактики
медицинская сестра отделения (кабинета) медицинской профилактики
фельдшер отделения (кабинета) доврачебного приема
медицинская сестра отделения (кабинета) доврачебного приема
41. Может ли медицинская сестра участковая заниматься самостоятельной работой на участке (профилактические мероприятия, работа с диспансерной группой, патронаж и т.д.)?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
42. Какие функциональные обязанности Вы выполняете?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
обзвон, информирование и/или приглашение пациентов (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.)
проведение обследования пациента на приеме (измерение АД, роста, веса, пульсоксиметрия и т.д.)
оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) на приеме
работа в МИС (поиск результатов обследований, запись пациента к врачу-специалисту, запись на лабораторные исследования и т.д.) на приеме
выполнение назначений врача пациентам на дому
патронаж маломобильных граждан
доставка амбулаторных карты из регистратуры
подготовка дезинфицирующих растворов
обработка кушетки на приеме после осмотра пациента
приглашение пациентов и контроль очереди перед кабинетом врача
обеспечение кабинета расходными материалами и бланками направлений
43. Считаете ли Вы возможным заменить медицинскую сестру участковую на приеме пациента врачом на специалиста с немедицинским образованием?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
44. Какие функции можно передать специалисту с немедицинским образованием?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
обзвон, информирование и/или приглашение пациентов (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.)
оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) на приеме
работа в МИС (поиск результатов обследований, запись пациента к врачу-специалисту, запись на лабораторные исследования и т.д.) на приеме
работа с паспортом участка, ведение базы данных по пациентам в МИС
взаимодействие с медицинскими и медико-социальными организациями
доставка амбулаторных карт из регистратуры
обработка кушетки на приеме после осмотра пациента
приглашение пациентов и контроль очереди перед кабинетом врача
обеспечение кабинета врача расходными материалами и бланками направлений
45. Считаете ли Вы, что врач-терапевт участковый может вести прием пациента без медицинской сестры участковой или помощника с немедицинским образованием?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить

46. Какие изменения в организации работы на терапевтическом участке, на Ваш взгляд, необходимы? <i>один или несколько вариантов ответа</i> привлечение к работе на участке персонала с немедицинским образованием для планирования профилактической работы с населением, информирования пациентов и т.д. передача обслуживания вызовов врача на дом выездной службе неотложной помощи введение самостоятельных приемов медицинской сестрой участковой приведение численности обслуживаемого населения к нормативным значениям 1700 чел. четкое распределение времени для выполнения видов работ (приемы пациентов, работа на дому, организационно-методическая работа) передать функции записи пациента на прием к врачу-специалисту, на повторный прием, на исследования в регистратуру привлечение фельдшера к работе на участке для обслуживания вызовов на дом	
47. Предложите свою версию ответа на вопрос "Какие изменения в организации работы на терапевтическом участке необходимы?": <i>внесите свои предложения по организации работы на участке; при отсутствии предложений внесите "нет предложений"</i>	

Анкета эксперта

(главного внештатного специалиста по терапии / по терапии и общей врачебной практике, руководителя медицинской организации / структурного подразделения медицинской организации, специалиста в области общественного здоровья и организации здравоохранения)

1. Укажите субъект Российской Федерации, в котором Вы проживаете: _____
2. Укажите пол:
мужской
женский
3. Укажите возраст:
до 36 лет
36 - 45 лет
46 - 50 лет
51 - 55 лет
56 - 59 лет
60 - 64 лет
65 и старше
4. Укажите стаж работы по специальности:
менее 5 лет
5 - 10 лет
11 - 15 лет
16 - 20 лет
21 - 25 лет
более 25 лет
5. Укажите должность по основному месту работы: _____
6. Считаете ли Вы, что повысить доступность и качество оказания ПМСП можно только увеличением численности медицинского персонала?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
7. Укажите, на Ваш взгляд, причины текучести медицинских кадров в участковой службе (врачи-терапевты участковые, медицинские сестры участковые):
один или несколько вариантов ответа
низкий престиж профессии
отсутствие уважения пациентов к медицинским работникам данной категории
отсутствие профессионального роста
необходимость оказания медицинской помощи на дому (работа на участке)
большая рабочая нагрузка (объем работы)
наличие переработок (работы во внеурочное время)
низкая заработная плата
низкий уровень реализации мер социальной поддержки для работников указанной категории
отток (выбытие) молодых специалистов, работающих на должностях врачей-терапевтов участковых после соответствующего специалитета и аккредитации, в том числе в связи с получением иной медицинской специальности
8. Считаете ли Вы, что специалисты участковой службы (врачи-терапевты участковые, медицинские сестры участковые) реализуют свой профессиональный потенциал в полной мере?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
9. Считаете ли Вы, что в целом нагрузка у врачей-терапевтов участковых высокая?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить

10. Считаете ли Вы, что в целом нагрузка у медицинских сестер участковых высокая?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
11. Считаете ли Вы объем работы на врачебном терапевтическом участке высоким?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
12. Какой должна быть средняя численность прикрепленного населения на врачебном терапевтическом участке?
13. Какой может быть минимальная численность прикрепленного населения на врачебном терапевтическом участке?
14. Какой может быть максимальная численность прикрепленного населения на врачебном терапевтическом участке?
15. Считаете ли Вы, что врачи-терапевты участковые больше времени во время приема пациента тратят на работу с медицинской документацией (оформление), чем на работу с пациентом - опрос, осмотр и т.д.?
да
скорее да
скорее нет
нет
затрудняюсь ответить
16. Какое время, отведенное на первичный прием пациента врачом-терапевтом участковым, Вы считаете достаточным?
менее 10 мин
10 - 12 мин
13 - 15 мин
16 - 18 мин
19 - 20 мин
более 20 мин
17. Кто, на Ваш взгляд, должен заниматься профилактической работой с прикрепленным населением?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
врач-терапевт участковый
медицинская сестра участковая
врач по медицинской профилактике центра здоровья (при наличии в структуре медицинской организации)
медицинская сестра центра здоровья (при наличии в структуре медицинской организации)
врач по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики
фельдшер отделения (кабинета) медицинской профилактики
медицинская сестра отделения (кабинета) медицинской профилактики
фельдшер отделения (кабинета) доврачебного приема
медицинская сестра отделения (кабинета) доврачебного приема
никто из перечисленного выше
18. Как, на Ваш взгляд, должно быть организовано оказание медицинской помощи пациентам на дому (вызов врача на дом пациентам с неотложными состояниями, констатация смерти на дому, выполнение внутримышечных и внутривенных инъекций, активы и т.д.)?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
должна выполнять участковая служба (врач-терапевт участковый, медицинская сестра участковая в рамках компетенции)
должна быть сформирована отдельная выездная служба в медицинской организации
должна выполнять централизованная служба неотложной медицинской помощи (в структуре скорой медицинской помощи)

19. Какую работу должна выполнять медицинская сестра участковая, работающая на врачебном терапевтическом участке?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
☐ обзвон, информирование и/или приглашение пациентов (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.) ☐ проведение обследования пациента на приеме (измерение АД, роста, веса, пульсоксиметрия и т.д.) ☐ оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) на приеме ☐ работа в МИС (поиск результатов обследований, запись пациента к врачу-специалисту, запись на лабораторные исследования и т.д.) на приеме ☐ выполнение назначений врача пациентам на дому ☐ патронаж маломобильных граждан ☐ доставка амбулаторных карты из регистратуры ☐ подготовка дезинфицирующих растворов ☐ обработка кушетки на приеме после осмотра пациента ☐ приглашение пациентов и контроль очереди перед кабинетом врача ☐ обеспечение кабинета расходными материалами и бланками направлений ☐ проведение самостоятельных сестринских приемов пациентов (в рамках ДН, профилактических осмотров, с неотложными состояниями и т.д.) ☐ ничего из перечисленного
20. Считаете ли Вы возможным заменить медицинскую сестру участковую на приеме пациента врачом на специалиста с немедицинским образованием?
☐ да ☐ скорее да ☐ скорее нет ☐ нет ☐ затрудняюсь ответить
21. Какие функции можно передать специалисту с немедицинским образованием?
<i>один или несколько вариантов ответа</i>
☐ обзвон, информирование и/или приглашение пациентов (профосмотры, диспансеризация, вакцинация, ФЛГ и т.д.) ☐ оформление медицинской документации (направления на исследования и т.д.) ☐ работа в МИС (поиск результатов обследований, запись пациента к врачу-специалисту, запись на лабораторные исследования и т.д.) ☐ работа с паспортом участка, ведение базы данных по пациентам в МИС ☐ взаимодействие с медицинскими и медико-социальными организациями ☐ доставка амбулаторных карт из регистратуры ☐ обработка кушетки на приеме после осмотра пациента ☐ приглашение пациентов и контроль очереди перед кабинетом врача ☐ обеспечение кабинета врача расходными материалами и бланками направлений ☐ не считаю, что специалистом с немедицинским образованием можно заменить медицинскую сестру ☐ не считаю, что специалист с немедицинским образованием может и должен работать на приеме с врачом
22. Считаете ли Вы, что врач-терапевт участковый может вести амбулаторный прием пациента без медицинской сестры участковой или помощника с немедицинским образованием?
☐ да ☐ скорее да ☐ скорее нет ☐ нет ☐ затрудняюсь ответить
23. Считаете ли Вы, что для повышения доступности и качества оказания ПМСП необходимо (помимо увеличения численности медицинского персонала) в том числе менять организацию работы на врачебных участках?
☐ да ☐ скорее да ☐ скорее нет ☐ нет ☐ затрудняюсь ответить

24. Каким должно быть соотношение «врач-терапевт участковый : медицинская сестра участковая», работающие на одном врачебном терапевтическом участке? 1:1 (приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н) 1:1,5 (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н) 1:02 01:02,5 1:03 01:03,5 1:4 (рекомендации ВОЗ)
25. Какие изменения в организации работы на врачебном терапевтическом участке, на Ваш взгляд, необходимы? <i>один или несколько вариантов ответа</i> привлечение к работе на участке немедицинского персонала для планирования профилактической работы с населением, информирования (обзвона) пациентов, т.д. передача обслуживания вызовов врача на дом выездной службе неотложной помощи привлечение фельдшера к работе на участке для обслуживания вызовов на дом введение самостоятельных приемов медицинской сестрой участковой четкое распределение времени для выполнения видов работ (приемы пациентов, работа на дому, организационно-методическая работа) передача функций по записи пациента на прием к врачу-специалисту, на повторный прием, на исследования/обследования (лабораторные, инструментальные) в регистратуру приведение численности обслуживаемого населения к нормативным значениям 1700 чел. иные изменения нет потребности в изменениях по организации работы на врачебном участке
26. Какие поддерживающие факторы внедрения иных организационных решений непосредственно на врачебных терапевтических участках Вы можете отметить? <i>один или несколько вариантов ответа</i> отсутствие понимания у организаторов здравоохранения медицинских организаций, что необходимы перемены нежелание организаторов здравоохранения медицинских организаций что-либо менять отсутствие мотивации у медицинского персонала, работающего на участках, что-либо менять отсутствие необходимого медицинского персонала для внедрения иных организационных решений необходимость дополнительного обучения медицинского персонала отсутствие дополнительных кабинетов (площадей) для размещения медицинского персонала иные организационные решения не прописаны в нормативных правовых актах отсутствие тарифа на самостоятельный сестринский прием в тарифном соглашении ничего из перечисленного выше
27. Какие организационные решения целесообразно реализовывать в медицинской организации для повышения доступности и качества оказания ПМСП на врачебных участках? <i>один или несколько вариантов ответа</i> снижение численности прикрепленного населения на участке менее 1700 чел. привлечение немедицинского персонала, например, медицинских регистраторов, для работы в участковой службе организация бригадных форм работы на врачебных участках организация кабинетов доврачебного приема организация кабинетов/отделений неотложной медицинской помощи организация кабинетов/отделений медицинской профилактики организация выездной службы для обслуживания вызовов на дому организация сестринской патронажной службы для работы на дому ничего из предложенного выше
28. Считаете ли Вы необходимым сохранение территориально-участкового принципа организации ПМСП? да скорее да скорее нет нет затрудняюсь ответить
29. Укажите, на Ваш взгляд, основные причины снижения доступности и качества ПМСП <i>(дать развернутый ответ):</i> _____
30. Предложите решения, которые необходимо предпринять для повышения доступности и качества ПМСП <i>(дать развернутый ответ):</i> _____

«Дневник учета работы медицинского регистратора»

«Дневник учета работы медицинского регистратора»
 ФИО медицинского регистратора: _____
 Номер терапевтического (их) участка (ов): _____

[illegible]

[illegible]

Таблица Е1 – Библиотека действий для проведения фотохронометражных наблюдений

Основные виды деятельности	Перечень действий
Основная (работа с пациентом)	Опрос пациента (сбор жалоб, анамнеза) / заявителя
	Опрос пациента (сбор жалоб, анамнеза) (с одновременным оформлением медицинской документации)
	Осмотр пациента
	Пальпация
	Перкуссия
	Аускультация
	Измерение артериального давления
	Термометрия
	Пульсоксиметрия / измерение частоты сердечных сокращений
	Измерение частоты дыхательных движений
	Измерение внутриглазного давления
	Измерение роста
	Измерение веса
	Измерение талии
	Консультирование пациента и предоставление памяток
	Разъяснение пациенту назначений, режима и схемы лечения, результатов исследований
	Информирование / разъяснение пациенту результатов обследований / исследований
	Разъяснение правил подготовки к лабораторным, инструментальным исследованиям, консультации специалиста и сроках получения результатов
	Разъяснение пациенту порядка и сроков отпуска лекарственного препарата по рецепту
	Разъяснения и выдача медицинской документации пациенту на руки
	Выполнение манипуляций: инъекций в/в, в/м, забора б/м, перевязки, смена повязки, иных манипуляций
	Оказание медицинской помощи в неотложной форме
	Проведение группового профилактического консультирования / школы здоровья
Вспомогательная	Приветствие и идентификация пациента
	Обработка (мытьё) рук
	Обработка/дезинфекция (медицинских изделий, поверхностей)
	Передача медицинской документации иному специалисту
	Служебные разговоры, в том числе по телефону
	Сбор и утилизация отходов
	Подготовка дезинфицирующих растворов
	Переодевание, надевание халата
	Подготовка к амбулаторному приему, проверка / включение оргтехники, компьютера
	Подготовка к выходу на дом (проверка укомплектованности укладки)
	Подготовка материалов к проведению школы здоровья
	Обеспечение кабинета бланками направлений, раскладывание медицинской документации
	Переход в связи со служебной необходимостью
Работа с медицинской документацией и в МИС, организационно-	Поиск медицинской документации на бумажном носителе / в МИС
	Ознакомление с медицинской документацией на бумажном носителе / в МИС
	Оформление медицинской документации на бумажном носителе / в МИС

методическая работа на участке	Печать медицинской документации из МИС
	Работа со списками пациентов (актуализация, печать, планирование, обзвон)
	Собрание / совещание
Незагруженное время	Ожидание (во время амбулаторного приема)
	Ожидание (в течение смены)
Личное время	Переходы в связи с личной необходимостью
	Иное личное необходимое время