

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)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Сон Ирина Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации

Официальные оппоненты:

Москвичева Марина Геннадьевна – доктор медицинских наук, профессор, проректор по непрерывному образованию и региональному развитию, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института дополнительного профессионального образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Камынина Наталья Николаевна – доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора по научной работе государственного бюджетного учреждения города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Ведущая организация:

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится 18 июня 2025 г. в 16:00 часов на заседании диссертационного совета 21.3.054.05 на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1, стр.1. С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России по адресу: 125445, г. Москва, ул. Беломорская, д. 19/38 и на сайте <https://www.rmapo.ru>.

Автореферат разослан «_____» «_____» 2025 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Меньшикова Лариса Ивановна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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 необходимые объемы медицинской помощи, преемственность, своевременность и этапность в оказании медицинской помощи (И.М. Шейман, С.В. Шишкин, В.И. Шевский, 2021).

Обеспеченность системы здравоохранения медицинскими кадрами определяет ее доступность и косвенно влияет на качество медицинской помощи (О.Л. Задворная, 2022, А.А. Калининская с соавт., 2022; С.В. Макаров, Г.М. Гайдаров, 2022; Л.В. Руголь с соавт., 2020; А.Ш. Сененко с соавт., 2023). Наряду с внедрением цифровых технологий и улучшением материально-технического оснащения медицинских организаций, совершенствованием экономического обеспечения медицинских услуг, внедрением клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи в клиническую практику и разработкой новых медицинских технологий, эффективность труда медицинского персонала тоже вносит вклад в результативность работы всей системы здравоохранения. Поэтому задачи, стоящие сегодня перед организаторами здравоохранения всех уровней, диктуют необходимость поиска организационных моделей оказания медицинской помощи, направленных на повышение медицинской, социальной и экономической эффективности.

Сложившейся моделью оказания медицинской помощи на терапевтическом участке является работа врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой совместно на амбулаторном приеме и оказание медицинской помощи на дому. Однако в вопросах доступности и качества оказания медицинской помощи внимание организаторов здравоохранения 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 ПМСП взрослому населению, привлечение специалистов без медицинского образования к участию в процессах оказания медицинской помощи (М.К. Аскаров с соавт., 2020; Ю. В. Бурдастова, 2020, И.Г. Калинина, 2019; Т.В. Поздеева, Н.В. Пчелина, 2021; О.О. Салагай, А.Д. Родионова, 2022; А.Ш. Сененко, 2021; И.Р. Уразалиева с соавт., 2020). Функции, требующие специальных врачебных знаний, не могут быть переданы специалисту среднего звена и тем более – работнику без медицинского образования. В описанных организационных моделях средний медицинский персонал выполняет в рамках компетенции, определенной профессиональными стандартами. Формы работы с перераспределением обязанностей между работниками с различным уровнем образования соответствуют бригадной форме организации труда.

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 (О.Л. Задворная, 2022, А.А. Калининская с соавт., 2022; С.В. Макаров, Г.М. Гайдаров, 2022; Л.В. Руголь с соавт., 2020; А.Ш. Сененко с соавт., 2023). 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).

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). 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).

Таким образом, в настоящее время отсутствуют публикации, представляющие обоснование необходимости разработки новых организационных технологий оказания ПМСП 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. Изучить 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. Оценить организацию оказания медицинской помощи 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; с учетом проведенных наблюдений определены основные процессы и подпроцессы оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке;

– разработаны и внедрены алгоритмы действий и взаимодействия персонала оказания 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).

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).

Методология и методы исследования

Исследование проводилось на основе комплексного и системного подхода к анализу данных с применением следующих методов: компаративного (сравнительного) анализа, аналитического, социологического, хронометражного наблюдения, экспертных оценок; метода организационного эксперимента, статистического. Оценка достоверности полученных результатов проводилась с использованием коэффициента конкордации Кендалла (W), коэффициента корреляции Пирсона (χ^2), выполнен расчет 95% доверительного интервала (ДИ) методом Фишера; простые средние арифметические, среднеквадратические отклонения. В качестве уровня статистической значимости принимали $p < 0,05$.

Основные 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.

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.

Апробация результатов исследования

Апробация диссертации проведена на межкафедральном заседании кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедры общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением Казанской государственной медицинской академии – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом управления сестринской деятельностью

Пензенского института повышения квалификации врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (протокол № 2 от 24 декабря 2024 г.).

Этические аспекты

Легитимность исследования подтверждена решением локального этического комитета ФГБОУ ДПО РМАНПО (протокол № 18 от 13.12.2022). Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета факультета профилактической медицины и организации здравоохранения ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (протокол от 20 февраля 2023 г. № 2).

Участие в научных конференциях

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).

Личный вклад автора

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 моделей (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.

Публикации

По теме диссертации 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 на промышленный образец и 2 базы данных.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует паспорту специальности 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (медицинские науки) пп.16, 17, 18.

Объем и структура диссертации

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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность, определены цели и задачи исследования, научная новизна и практическая значимость, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе приведен обзор нормативных правовых актов, отечественной и зарубежной литературы по проблеме организации оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) взрослому населению, кадрового обеспечения ПМСП для оказания необходимых объемов медицинской помощи, внедрения новых организационных технологий на терапевтическом участке. Выявлено, что, 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 моделей на основе бригадной формы организации труда на участке, а также перспективы их тиражирования в другие медицинские организации.

Во второй главе представлены материалы и методы исследования, источники информации и объемы исследования, характеристика баз исследования.

Объект исследования – система организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению. **Предмет исследования** – организация работы врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой на терапевтическом участке.

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.

Общий объем проведенных исследований представлен в таблице 1.

Таблица 1 – 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. Проанализировать основные количественные и качественные показатели деятельности пилотных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению	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)	Социологический Метод экспертных оценок Статистический
III	4. Исследовать затраты рабочего времени, их структуру по видам деятельности врачей-терапевтов участковых и медицинских сестер участковых 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» по форме, разработанной под задачи проекта (таблица Excel, ежемесячно) – 50 форм, 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

В третьей главе представлен анализ кадровой ситуации за 2017-2021 гг. в Российской Федерации, Новосибирской области (НСО) и Кемеровской области-Кузбассе (КО), 5 пилотных медицинских организациях. В Российской Федерации, КО и НСО с 2017 по 2021 гг. отмечалась разнонаправленная тенденция обеспеченности врачами-терапевтами участковыми (ВТУ) и медицинскими сестрами участковыми (МСУ). 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.

Показатели кадрового обеспечения ПМСП (ВТУ и МСУ) в Российской Федерации, в пилотных субъектах и медицинских организациях в 2017 и 2021 гг. представлены в таблицах 2, 3.

Таблица 2 – 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, %
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
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

Таблица 3 – Показатели обеспеченности ВТУ и МСУ в пилотных медицинских организациях в 2017 и 2021 гг.

Показатели	ГАУЗ КК/Ц имени И.А. Колпинского		ГБУЗ «ККК/Д»		ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3»		ГБУЗ НСО «ГП № 17»		ГАУЗ НСО «ГКП № 1»	
	2017	2021	2017	2021	2017	2021	2017	2021	2017	2021
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
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

В четвертой главе представлен анализ качественных и количественных показателей деятельности медицинских организаций в Российской Федерации, КО, НСО и пилотных медицинских организаций.

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 и была в 2-3 раза выше доли посещений с профилактической целью (рисунок 1).

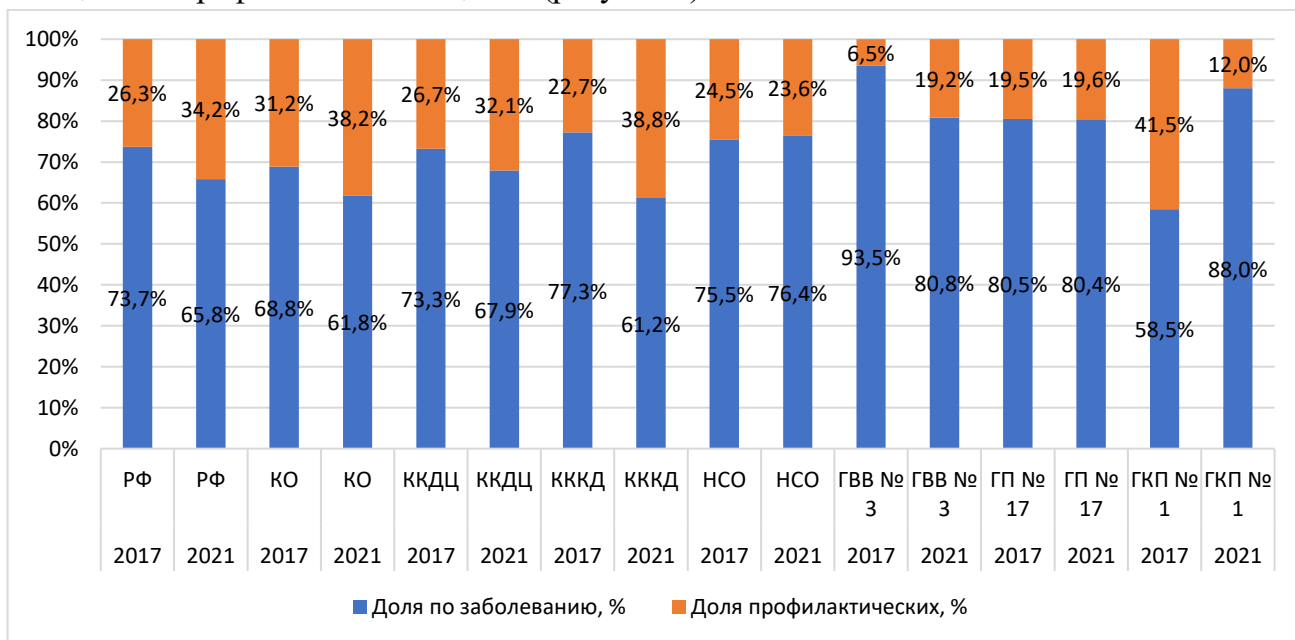


Рисунок 1 – Структура посещений врача-терапевта участкового, %

Число посещений на 1 занятую должность в Российской Федерации, пилотных субъектах и медицинских организациях представлено на рисунке 2.

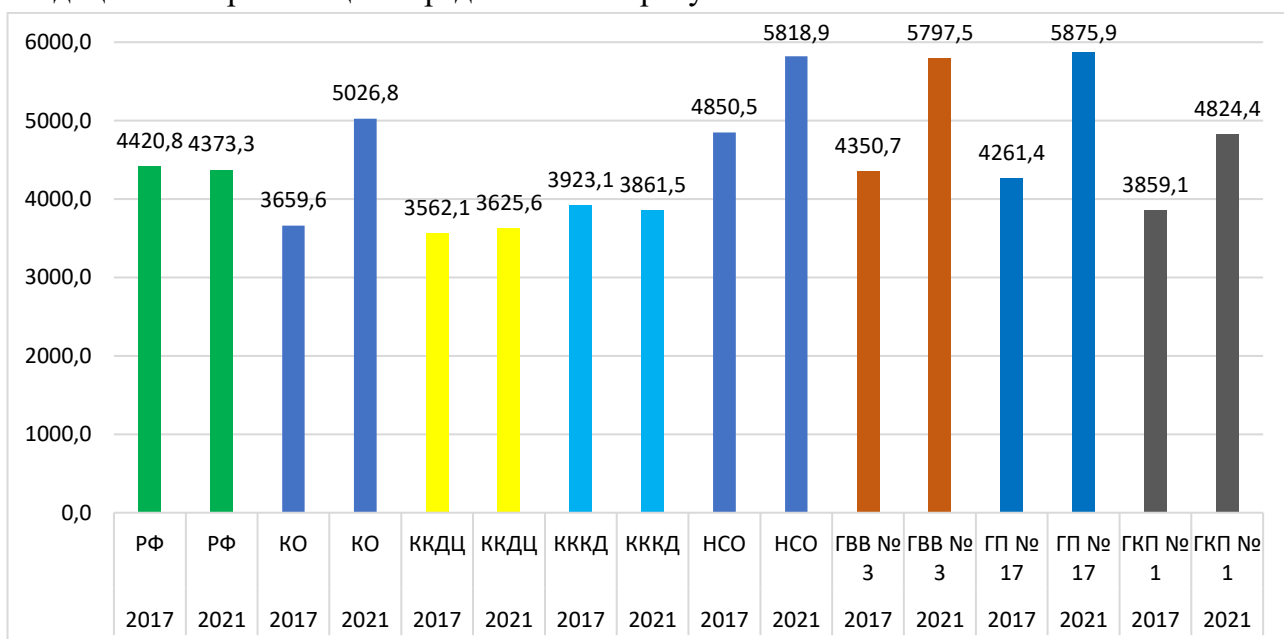


Рисунок 2 – Число посещений на 1 занятую должность врача-терапевта участкового, ед.

Показатели 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, что свидетельствует о неравномерной нагрузке на ВТУ в различных МО и субъектах Российской Федерации.

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»; рисунок 3), а также увеличение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением (ДН; за исключением ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3», где отмечалось снижение числа лиц, состоящих под ДН).

Охват населения профилактическими медицинскими осмотрами, диспансеризацией 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.

В пятой главе представлены результаты анкетирования пациентов, ВТУ, МСУ и экспертов об организации оказания ПМСП взрослому населению. 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. Рейтинг ответов пациентов в разрезе недостатков лечебно-диагностического процесса представлен в таблице 4 (может быть несколько вариантов ответа у одного респондента).

Таблица 4 – 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

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 (рисунок 3).

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.



Рисунок 3 – Функции медицинской сестры участковой по мнению респондентов, %

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. Однако эксперты отметили сдерживающие факторы тиражирования новых организационных решений: отсутствие необходимого медицинского персонала для внедрения иных организационных

решений – 75,7%; отсутствие дополнительных кабинетов (площадей) для размещения медицинского персонала – 54,0%; отсутствие мотивации у медицинского персонала, работающего на участках, что-либо менять – 46,0% и другие факторы (рисунок 4).



Рисунок 4 – Распределение мнения респондентов по вопросу сдерживающих факторов тиражирования новых организационных решений на терапевтическом участке (%)

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

В шестой главе представлены результаты исходных фотохронометражных наблюдений, которые показали, что ВТУ большую часть рабочего времени в смену тратят на работу с медицинской документацией – 44,9%, доля затрат времени на основную деятельность составляет 41,6%. МСУ большую часть рабочего времени тратят на вспомогательную деятельность (29,3%) и работу с медицинской документацией (47,2%) (рисунок 5).

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, 2,1 минуты (13,8%) – незагруженное время.

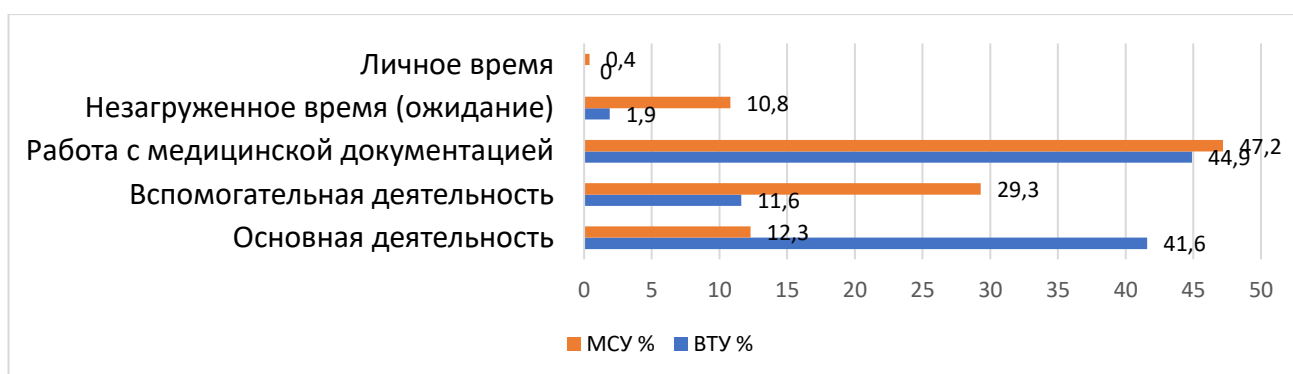


Рисунок 5 – Сравнительная характеристика затрат времени на разные виды деятельности в течение смены врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой, %

В седьмой главе представлено описание двух организационных технологий, которые отличались по структуре, численности прикрепленного населения, распределению функций и формированию потоков пациентов (рисунок 6), а также приведена оценка медико-социальной эффективности их внедрения.



Рисунок 6 – Разработанные организационные технологии

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. В первой организационной технологии ВТУ и МР работали в одну смену в разных кабинетах, фельдшер и МСУ – в противоположную смену, рекомендуемая численность прикрепленного населения в среднем 3400 чел. Во второй организационной технологии ВТУ и МР работали в одну смену в разных кабинетах, МСУ – в противоположную смену, рекомендуемая численность прикрепленного населения в среднем 2500 чел.

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 основную 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 приема 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% (рисунок 7).

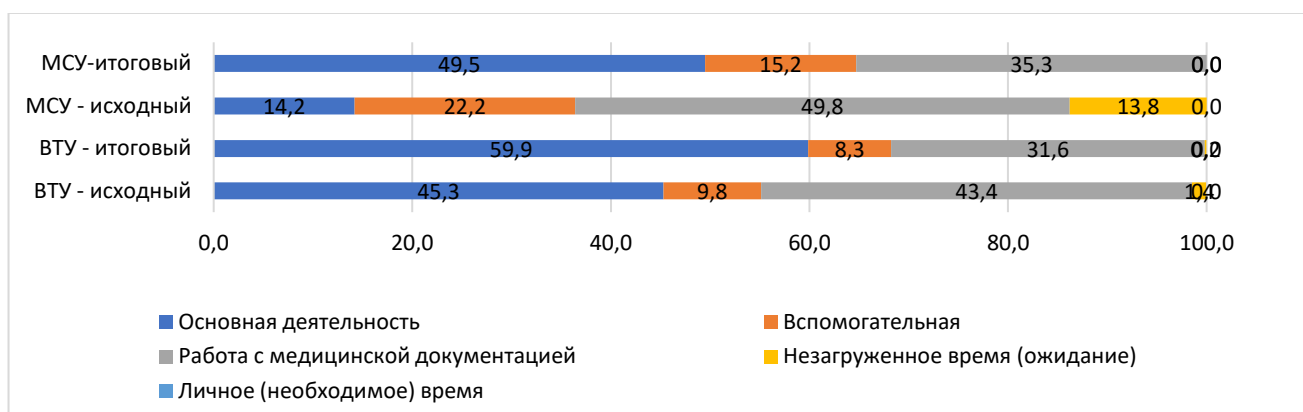


Рисунок 7 – Средние затраты времени ВТУ и МСУ по данным исходного и итогового фотохронометражных наблюдений в течение амбулаторного приема (%)

Распределение потоков пациентов между специалистами, включенными в состав бригад в соответствии с разработанными организационными технологиями, 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.

В **заключении** обобщены результаты научного исследования, ставшие основой выводов и практических рекомендаций диссертации.

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 разнонаправлено: 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).

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Настоящее исследование показало, что с целью реализации задач по перераспределению функций между врачебным и средним медицинским персоналом, привлечением специалистов без медицинского образования к работе в медицинских организациях, приведения структуры кадров реальным потребностям населения в ПМСП (доврачебной и врачебной), увеличения доли профилактических мероприятий, возрождению санитарно-просветительской работы с населением и формированию мотивации и приверженности к здоровому образу жизни необходимо изменение содержания деятельности персонала на терапевтическом участке.

Вместе с тем необходимо изучение медико-экономических аспектов организационных технологий на терапевтическом участке, в том числе оплаты труда и стоимости медицинских услуг; изучение вопросов дополнительного обучения медицинских сестер и персонала без медицинского образования, включенных в состав новых организационных технологий; изучение вопросов нормирования труда персонала.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ АВТОРОМ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК

1. **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. – С. 771-803. 32с./4,5с., ИФ – 0,654, К2.
2. **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). – С. 7-13. 6с./1 с., ИФ – 1,027, К1.
3. **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. – С. 1027-1048. 21с./3,5с., ИФ – 0,654, К2.
4. **Крякова, М.Ю.** Внедрение бригадных форм организации труда. Обоснование и риски / Е.В. Каракулина, Г.Г. Введенский, **М.Ю. Крякова**, А.Ш. Сененко,

И.А. Купеева, П.Е. Щеголев // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024. - №1. – С. 768-785. 17с./2,8с., ИФ – 0,654, К2.

5. **Крякова, М.Ю.** Внедрение бригадной формы организации труда на терапевтическом участке / **М.Ю. Крякова, Е.В. Каракулина, Г.Г. Введенский, И.А. Купеева, И.М. Сон, Л.И. Меньшикова** // Вестник Росздравнадзора. 2024. - № 1. – С. 43-49. 6с./1 с., ИФ – 0,449, К1.

Основные работы, опубликованные в других изданиях

6. **Крякова, М.Ю.** Расширение клинической роли медицинской сестры участковой: правовые аспекты и практический опыт. / **М.Ю. Крякова, О.М. Драпкина, Р.Н. Шепель, Е.В. Каракулина, И.А. Купеева, П.Е. Щеголев, И.М. Сон** // Первичная медико-санитарная помощь. 2024;1(1):32-45.

СВИДЕТЕЛЬСТВА О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПАТЕНТА НА ПРОМЫШЛЕННЫЙ ОБРАЗЕЦ И БАЗЫ ДАННЫХ

1. Патент на промышленный образец № 143537 «Комплект схем «Структура организационных моделей на терапевтическом участке» от 03.09.2024 / **М.Ю. Крякова, Г.Г. Введенский, Е.В. Каракулина.**

2. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2024624795 «База данных результатов фотохронометражных наблюдений за работой врачей-терапевтов участковых и медицинских сестер участковых в параллели» от 30.10.2024 / **М.Ю. Крякова, Г.Г. Введенский.**

3. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2024624839 «База данных результатов анкетирования врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер участковых, пациентов, а также специалистов в области организации здравоохранения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» от 31.10.2024 / **М.Ю. Крякова, Г.Г. Введенский.**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВТУ	–	врач-терапевт участковый
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»
ДН	–	диспансерное наблюдение
МСУ	–	медицинская сестра участковая
ПМСП	–	первичная медико-санитарная помощь