

На правах рукописи

**Гаджиева
Лейла Адильгереевна**

**Совершенствование организационных форм работы общих
врачебных практик в условиях города**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Автореферат диссертации
на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Москва 2017

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Алефтина Александровна Калининская

Официальные оппоненты:

Полунин Валерий Сократович - доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет» Минздрава России;

Сквирская Галина Петровна - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Ведущая организация – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Защита диссертации состоится 24 ноября в 10 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11 и на сайте института: http://mednet.ru/images/stories/files/replay/Gadzhieva_text.pdf

Автореферат разослан _____ 2017 г.

Учёный секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Сабгайда Тамара Павловна

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Охрана здоровья населения нацелена на повсеместное развитие профилактики, раннее выявление заболеваний, повышение доступности качественной лечебно-профилактической помощи, более рациональным использованием ресурсов здравоохранения. Именно первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) отражает прогрессивную направленность и ориентацию всей системы охраны здоровья (Какорина Е.П., 2007; Михайлова Ю.В., Сон И.М., Дежурный Л.И., Халмуратов А.М., 2008; Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М., 2014; Щепин О.П., Коротких Р.В., 2015; Карайланов М.Г., Русев Н.Т., Федоткина С.А., Прокин И.Г., 2016; Стародубов В.И., Калининская А.А., Сон И.М. и др., 2017).

Принимаемые сегодня государственные меры в здравоохранении должны обеспечить желаемую приоритетность ПМСП и создать у врачей первичного звена достаточные стимулы для повышения ответственности за охрану здоровья прикрепленного населения (Бальзамова Л.А., 2004; Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И., 2007; Леонов С.А., Сон И.М., Вайсман Д.Ш., 2014; Сон И.М., Купеева И.А., Несветаило Н.Я. и др., 2015).

Ключевой формой организации ПМСП является общая врачебная (семейная) практика (ОВП/СП), а основной фигурой в оказании ПМСП – врач общей практики (семейный врач) (ВОП/СВ), который ни в коем случае не может (и не должен) в полной мере заменить собой врачей-специалистов, в том числе терапевтов и педиатров (Денисов И.Н., Черниенко Е.И., 2008).

Внедрение ВОП/СВ не является разрушением сложившейся практики оказания ПМСП, напротив, благодаря внедрению ВОП/СВ авторитет и эффективность деятельности врачей узких специальностей должны значительно возрасти. В современных условиях повышается актуальность интегрированного решения проблем пациентов с самого первого контакта с системой охраны здоровья, поэтому альтернативы общей врачебной (семейной) практики в этом отношении фактически нет. Только ВОП/СВ обладает достаточными знаниями и может решить медико-социальные проблемы пациента.

В нашей стране имеет место чрезмерная специализация амбулаторно-поликлинической помощи. Медленно осуществляется формирование института врача общей врачебной (семейной) практики (Коротков Ю.А., Манин Р.А., Мирошникова Ю.В., 2010; Стародубов В.И., Иванова М.А., Бантьева М.Н. и др., 2014; Щепин В.О., Расторгуева Т.И., Проклова Т.Н., Карпова О.Б., 2014).

Поскольку качество и доступность медицинской помощи во многом зависят от рациональной организации и эффективности труда медицинских работников, в том числе оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, одним из важнейших инструментов для решения этих сложных задач является расчет нормативов затрат рабочего времени и расчет потребности в медицинских кадрах с учётом внедрения ОВП/СП (Роговой М.А., 1979; Шипова В.М., Гайдаров Г.М., 2013;

Калининская А.А., Чижикова Т.В., 2014; Сон И.М., Шипова В.М., Иванова М.А. и др., 2014).

В настоящее время проведено достаточно исследований, касающихся внедрения и организации работы общей врачебной (семейной) практики, но, учитывая современные тенденции развития экономической ситуации в здравоохранении, состояние здоровья населения и дефицит кадровых ресурсов в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (МОАУ) (далее поликлиники), организационно-нормативная база деятельности врача общей практики и медицинской сестры врача общей практики (МСВОП) требует совершенствования, кроме того, необходима разработка новых перспективных моделей ОВП/СП.

В законодательной документации используется дефиниция ВОП/СВ, однако в условиях города это, скорее врачи общей практики, на селе же они обслуживают всю семью, по сути, это семейные врачи. Поэтому в условиях города нами использована дефиниция врач общей практики.

Цель исследования. Научно обосновать и разработать организационные формы работы общих врачебных практик в условиях города.

Для достижения цели поставлены следующие **задачи**:

1. Провести анализ основных показателей деятельности ПМСП, обеспеченности врачами, в том числе ВОП/СВ и медицинскими сестрами врача общей практики в пилотных территориях и субъектах Российской Федерации.

2. Научно обосновать расчётные объемы работы врача общей практики и потребность в ВОП и врачах-специалистах для городского взрослого населения (г. Буйнакск).

3. Рассчитать и обосновать нормы затрат рабочего времени врача общей практики в условиях полного перехода городской поликлиники, обслуживающей взрослое население, на общую врачебную практику; рассчитать потребность в ВОП для городского взрослого населения (г. Самара).

4. Рассчитать и обосновать нормы затрат рабочего времени медицинской сестры врача общей практики для оказания медицинской помощи городскому взрослому населению в условиях реформирования её работы.

5. Разработать перспективные организационно-функциональные модели работы общих врачебных практик в условиях городской поликлиники.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

– дан сравнительный анализ основных показателей деятельности ПМСП в пилотных территориях (Республика Дагестан, Самарская область) и Российской Федерации;

– проведён сравнительный анализ заболеваемости городского взрослого населения в Республике Дагестан и Самарской области;

– проанализирована обеспеченность врачами, в том числе врачами общей (семейной) практики в Российской Федерации и субъектах Российской Федерации,

который подтвердил значительную дифференциацию развития института ВОП/СВ в территориях;

- рассчитаны экспертным путем объёмы работы врача общей практики и потребность в ВОП и врачах-специалистах для городского взрослого населения (г.Буйнакск, Республика Дагестан);

- рассчитаны нормы затрат рабочего времени и нагрузка врача общей практики с использованием фотохронометражных измерений, потребность в ВОП в условиях городской поликлиники, обслуживающей взрослое население при полном переходе ГП на общую врачебную практику (г.Самара);

- проведён анализ обеспеченности МСВОП в пилотных территориях, в РФ и субъектах РФ, рассчитано соотношение ВОП/СВ к МСВОП в пилотных территориях (РД, Самарская область) и РФ;

- проведено нормирование труда МСВОП, рассчитаны временные затраты работы МСВОП в городской поликлинике, обслуживающей городское взрослое население в условиях реформирования её деятельности;

- на основе результатов исследования предложены перспективные организационно-функциональные модели работы общих врачебных практик на базе городской поликлиники.

Практическая значимость исследования.

- Апробированная методика расчета планируемых объемов работы и потребности в ВОП может быть использована в городских МОАУ.

- Научно обоснованные в условиях эксперимента организационные формы работы ВОП и МСВОП в городской поликлинике при полном переходе на ОВП могут быть рекомендованы в других территориях;

- Организационно-функциональная модель работы медицинской сестры общей врачебной практики с выделением ей самостоятельного приема пациентов апробирована в работе городских поликлиник г. Самары и может быть рекомендована для внедрения в городских поликлиниках в других субъектах РФ;

- На основе результатов исследования предложены различные перспективные модели развития ОВП в условиях города.

Внедрение результатов в практику

Результаты исследования использованы:

- Министерством здравоохранения Республики Дагестан при разработке Плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием в связи с выполнением приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 309 от 25 июня 2014 г. (имеется Акт внедрения).

На основе результатов исследования разработаны, изданы и разосланы в городские медицинские организации РД информационные письма «Общая врачебная (семейная) практика: нормативно-правовая база», Махачкала, 2017 г. и «Новые

перспективные модели организации общих врачебных практик в условиях города», Махачкала, 2017 г.

Материалы диссертационного исследования использованы:

- в практической работе органов управления здравоохранением: Минздравами Республик Дагестан, Северная Осетия-Алания, Самарской, Пензенской областей, Чеченской Республики;

- в педагогическом процессе по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» в республике Башкортостан, Кабардино-Балкарской и Чеченской Республиках (имеются Акты внедрения).

Апробация работы. Результаты исследования доложены и обсуждены на научно-практической конференции «Вопросы образования и науки». Тамбов, 2014г.; VIII Международной конференции «Наука, образование, культура и информационно-просветительская деятельность – основы устойчивого развития горных территорий». Владикавказ, 2015 г.; II Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения». Казань, 2016 г.; Всероссийской научно-практической конференции с международным участием МГМСУ им. А.И. Евдокимова «Инновационные здоровьесберегающие технологии в медицине и образовании». Москва, 2016 г.; Апробационном совете ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России».

Личный вклад автора состоит в том, что самостоятельно проанализирована отечественная и зарубежная литература по изучаемой проблеме. Разработана программа исследования, составлен статистический инструментарий, проведен сбор и обработка статистического материала (98%). Автор организовала и возглавила работу экспертов, а также работу по нормированию труда врача общей практики и медицинской сестры врача общей врачебной практики, принимала участие в разработке организационных форм работы ВОП в пилотных медицинских организациях (80%). Сбор статистической информации выполнен автором на 100%. Доля участия автора в обработке статистической информации 100%. Анализ полученных данных, описание результатов исследования, формулировка выводов и разработка предложений по материалам исследования полностью выполнены автором (100%).

Степень обоснованности и достоверности научных положений, выводов и рекомендаций

Исследование проводилось по специально разработанной автором программе. Для решения поставленных задач в работе использован комплекс социально-гигиенических методов исследования, сбора и обработки статистического материала. Анализу подлежали материалы государственной статистики Российской Федерации, Республики Дагестан и Самарской области, законодательные и нормативные документы федерального и регионального уровней, касающиеся системы организации ПМСП и общих врачебных (семейных) практик. Статистический инструментарий включал специально разработанные экспертные карты и карты

хронометражных измерений. Достоверность и обоснованность научных результатов исследования, выводов и рекомендаций обеспечены репрезентативностью объема первичного статистического материала.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Значительная разница обеспеченности ВОП/СВ и МСВОП в субъектах РФ свидетельствует о необходимости совершенствования организационно-нормативной базы деятельности института общей врачебной (семейной) практики и ее адаптации к условиям отдельных субъектов РФ и медицинских организаций.
2. Рассчитанные экспертным путём объемы работы и потребность в ВОП и врачах-специалистах для городского взрослого населения (г. Буйнакск).
3. Расчетные нормы затрат рабочего времени ВОП и потребность в ВОП фактически сложившиеся в условиях совершенствования деятельности МСВОП при полном переходе ГП на ОВП (г. Самара).
4. Расчетный норматив труда МСВОП в условиях реформирования ее работы в городской поликлинике установил нерациональные временные затраты на основную и вспомогательные виды деятельности. Разработаны предложения по совершенствованию работы МСВОП.
5. Перспективные функционально-организационные модели работы ОВП в условиях городских поликлиник.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности: научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение, п. 1. 2. 3.

Публикации: по теме диссертации опубликовано 19 научных работ, включая 7 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Методика и организация исследования. Характеристика баз исследования», пяти глав собственных исследований, заключения, выводов, предложений, списка литературы, приложений. Список литературы включает 189 работ, из них 24 работы иностранных авторов. Диссертация изложена на 202 страницах, иллюстрирована 42 таблицами, 6 рисунками и 2 схемами.

Содержание работы

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

Глава 1. Первичная медико-санитарная помощь в период реформирования. В главе определена значимость охраны здоровья населения и роль ПМСП как ее основы. Представлена роль общей врачебной (семейной) практики в системе первичной медико-санитарной помощи населению. Проанализирован опыт развития общей врачебной (семейной) практики в России и за рубежом. Проведён анализ нормативно-правовой базы деятельности ВОП/СВ в РФ.

Глава 2. Методика и организация исследования. Характеристика баз исследования.

Объектом исследования явились организационные основы первичной медико-санитарной помощи; городское население базовых территорий и РФ, медицинские работники: врачи, ВОП/СВ, медицинские сестры врача общей практики.

Предметы исследования: заболеваемость, организация медицинской помощи в МОАУ, далее городская поликлиника (ГП), объемы работы (лечебной, профилактической, диспансерной) и нормирование труда ВОП и МСВОП, результаты экспертных оценок.

Единицы наблюдения: МОАУ (ГП № 1 г. Самары, ГП г. Буйнакск), городской житель, случай заболеваемости, посещаемости, временные затраты ВОП и МСВОП.

Методы исследования: статистический, монографический, организационного эксперимента, экспертных оценок, непосредственного наблюдения, фотохронометражных наблюдений, организационно-функционального моделирования.

Базами исследования явились республика Дагестан с численностью населения 3016 тыс., доля городского населения 45,0%; медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, (далее городская поликлиника – ГП) г. Буйнакск, обслуживающая 45,3 тыс. взрослого населения; Самарская область с численностью населения 3206 тыс., доля городского населения 80,2%, ГП № 1 г. Самары, обслуживающая 53,7 тыс. взрослого населения.

Исследование включало 5 этапов (схема 1).

На первом этапе исследования проведён анализ медико-демографических показателей и сравнительный анализ основных показателей деятельности первичного звена в РФ и пилотных территориях, изучена заболеваемость городского населения базовых территорий в динамике за 2007-2015 гг. (формы федерального статистического наблюдения №№ 12, 30, 47 по РФ, субъектам РФ, базовым территориях), анализировалась отчётная документация пилотных МО.

На втором этапе исследования экспертным путём определены объёмы медицинской помощи, переданные ВОП от врачей-специалистов, рассчитана потребность в ВОП и врачах-специалистах для взрослого населения города Буйнакск.

В основу сбора экспертной информации положен метод коллективной работы экспертов. В состав экспертных комиссий входили главные специалисты Минздрава РД, заведующие отделениями, а также врачи-специалисты ГП. Работа экспертов проводилась под руководством и при непосредственном участии автора исследования. Статистической обработке подверглось 1200 карт.

На третьем этапе проведён хронометраж работы ВОП в городской поликлинике, обслуживающей взрослое население в условиях полного перехода на ОВП. Рассчитаны планируемые объёмы деятельности и нормы нагрузки ВОП, потребность в ВОП для городского взрослого населения (база исследования ГП № 1 г. Самары).

Схема 1. Программа и методы исследования

Цель исследования. Научно обосновать и разработать организационные формы работы общих врачебных практик в условиях города			
Этапы	Задачи этапов исследования	Методы исследования	Источники информации
1	Проведён анализ медико-демографических показателей и сравнительный анализ основных показателей деятельности врачей первичного звена в пилотных территориях, изучена заболеваемость городского населения базовых территорий (в динамике за 2007-2015 гг.)	Статистический	Формы федерального статистического наблюдения (№№ 12, 30, 47) РФ, субъектов, базовых территорий и отчётные формы пилотных МО
2	Экспертным путём определены объёмы медицинской помощи, переданные ВОП от врачей-специалистов, рассчитана потребность в ВОП и врачах-специалистах для городского взрослого населения (база исследования г. Буйнакск).	Статистический, экспертных оценок	Годовые статистические отчёты пилотной ГП (г. Буйнакск), учётная форма № 025/у, «Карты экспертной оценки обоснованности посещаемости врачей-специалистов» - 1200 карт
3	Рассчитаны планируемые объёмы деятельности ВОП в городской поликлинике, обслуживающей взрослое население в условиях полного перехода к ОВП. Рассчитаны нормы нагрузки ВОП и потребность в ВОП для городского взрослого населения (база исследования ГП № 1 г. Самары).	Статистический, непосредственного наблюдения, фотохронометражные наблюдения	Годовые статистические отчёты пилотной ГП №1 (г. Самара), учётная форма № 025/у, карты фотохронометражных наблюдений деятельности ВОП – 440 карт
4	Рассчитаны планируемые объёмы работы медицинской сестры врача общей практики в условиях выделения ей самостоятельного сестринского приема (база исследования ГП № 1 г. Самары).	Статистический, непосредственного наблюдения, организационного эксперимента, фотохронометражных наблюдений	ГП г. Самары. Карты фотохронометражных наблюдений деятельности МСВОП – 476 карт
5	Разработаны перспективные организационно-функциональные модели работы общих врачебных практик в условиях городской поликлиники.	Монографический, непосредственного наблюдения, социологический (интервьюирование), организационно-функционального моделирования	Анкеты интервьюирования врачей общей практики и организаторов здравоохранения - 49 анкет. На основе полученных результатов

Нормирование труда врача общей практики и МСВОП проводилось в соответствии с методическими указаниями НИИ СГЭ и УЗ им. Н.А. Семашко и методикой, разработанной ЦНИИОИЗ МЗ РФ. Был использован метод фотохронометражных наблюдений (Роговой М.А., 1979), адаптированный к современным условиям (Шипова В.М., Гайдаров Г.М., 2013).

На четвертом этапе проведён фотохронометраж работы медицинской сестры врача общей практики, рассчитаны планируемые объемы работы МСВОП в условиях выделения ей самостоятельного сестринского приема (база исследования ГП № 1 г. Самары).

На пятом этапе разработаны перспективные организационно-функциональные модели работы общих врачебных практик в условиях городской поликлиники.

Сравнительный анализ медико-демографических показателей в пилотных субъектах РФ показал, что эти субъекты близки по численности населения. Доля трудоспособного населения в РД несколько выше, чем в Самарской области (СО) (60,9 и 57,2% соответственно). Средняя продолжительность жизни в РД составила 75,8 лет, что выше, чем в РФ – 71,4 и в СО – 69,3 лет. В Республике Дагестан высокий показатель рождаемости – 19,1 на 1000 населения (РФ – 13,3; СО – 12,8).

В республике Дагестан отмечен низкий показатель смертности - 5,4 на 1000 населения (РФ – 13,0; СО – 14,2). Смертность в трудоспособном возрасте в РД - 203,7 на 100 тыс. населения, что значительно ниже, чем в РФ (545,1) и в Самарской области (627,1). В РД высокий показатель естественного прироста населения – 12,9 на 1000 населения (РФ – 0,3; СО – 1,4). В Республике Дагестан более низкая обеспеченность врачами (32,3 на 10 тыс. населения), чем в РФ (37,2) и СО (37,4) и обеспеченность средним медицинским персоналом – 81,8 на 10 тыс. населения (РФ – 89,6; СО – 79,4).

Отличие медико-демографических показателей в пилотных субъектах РФ связано с разными климатогеографическими особенностями территорий, с национальными обычаями и традициями, многодетностью и низкой медицинской активностью населения. Все особенности медико-демографической ситуации необходимо учитывать при планировании первичной медико-санитарной помощи в пилотных субъектах РФ.

Внедрение общих врачебных (семейных) практик требует разработки нормативно-правовой базы и организационных форм их работы.

В условиях города развитие общих врачебных практик имеет свои особенности. Расчет потребности в ВОП и врачах-специалистах в условиях перехода городской поликлиники на ОВП в РД не проводился.

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием стандартного пакета «MS Excel 2010».

Глава 3. Сравнительный анализ заболеваемости, обеспеченности медицинскими кадрами и основные показатели деятельности врачей первичного звена в Российской Федерации и пилотных территориях.

В процессе исследования проведен сравнительный анализ заболеваемости городского взрослого населения в пилотных территориях в сравнении с ПФО, СКФО и РФ. Установлены более низкие показатели общей заболеваемости городского взрослого населения в РД, чем в Самарской области и РФ (1383,9; 2189,4 и 1561,8‰ соответственно), что связано с низкой выявляемостью, плохой доступностью медицинской помощи и низкой медицинской активностью населения в РД. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности внедрения в Республике Дагестан ОВП/СП.

На фоне ограниченного уровня финансирования в стране довольно велик объем специализированных видов помощи.

В 2015 году в России в системе Министерства здравоохранения трудилось 543,6 тыс. врачей. Обеспеченность врачами в стране составляла 37,2 на 10 тыс. населения. Выявлена крайне выраженная неравномерность обеспеченности врачами в разрезе субъектов РФ. Разница показателей в субъектах РФ составила 2,6 раз. Наибольшие показатели обеспеченности врачами на 10 тыс. населения были отмечены в Чукотском автономном округе – 62,9, наименьшие – в Курганской области – 24,2. В Самарской области показатель составил 37,4, в Республике Дагестан – 32,3.

Численность и структура кадров должны быть приведены в соответствии со стратегическими направлениями развития отрасли и обеспечить ее дальнейшее реформирование.

Чрезвычайная узкая специализация и дифференциация врачебных кадров в отечественном здравоохранении привели к обезличиванию участкового врача и нерациональному использованию врачей-специалистов.

В Российской Федерации с 90-х годов прошлого века стала активно осуществляться подготовка врачей общей (семейной) практики. За период с 2006 по 2015 г. число ВОП/СВ увеличилось с 6300 до 9520, т.е. в 1,5 раза. Обеспеченность населения врачами общей (семейной) практики возросла с 0,44 до 0,65 на 10 тыс. населения (1,8 % от общей численности врачебных кадров).

Следует признать, что реформирование первичного звена здравоохранения – переход к общей врачебной (семейной) практики осуществляется медленно. В субъектах РФ этот процесс протекает достаточно неравномерно. В 2015 г. наибольшие показатели обеспеченности ВОП/СВ отмечены в Чувашской Республике (3,7 на 10 тыс. населения), наименьшие – в Республике Ингушетия (0,02), г. Москве (0,03). В Самарской области показатель составил (2,2), в Республике Дагестан (0,3 на 10 тыс. населения) (таблица 1).

В 2015 г. в РФ в системе Минздрава РФ работало 13,9 тыс. медицинских сестер врача общей практики (1,5% от общей численности медицинских сестер). Обеспеченность населения МСВОП в 2015 г. по сравнению с 2006 г. возросла с 0,55 до 0,95 на 10 тысяч населения.

Субъекты РФ с наибольшими и наименьшими показателями обеспеченности врачами общей практики (семейными врачами) (на 10 тыс. населения) 2015 г.

Наибольшие показатели	Наименьшие показатели
Российская Федерация – 0,65	
Чувашская Республика – 3,7	Республика Ингушетия – 0,02
Пензенская, Воронежская области – 2,5	Москва – 0,03
Самарская область – 2,2	Республика Адыгея – 0,04
Республика Крым – 2,0	Ямало-Ненецкий АО – 0,11

Соотношение ВОП/СВ к МСВОП составляет 1:1,46. Однако в приказе Минздрава РФ № 112 от 21 марта 2003 г. «О штатных нормативах центра, отделений общей врачебной (семейной) практики» определено, что на одну должность врача общей практики устанавливается две должности МСВОП. Однако подготовка МСВОП идет крайне медленно.

В субъектах РФ наибольший показатель обеспеченности МСВОП был отмечен в Чувашской Республике (5,9 на 10 тыс. населения), наименьший – в г. Москве (0,01). В Чеченской Республике и Чукотском АО на год анализа МСВОП не работали. В Самарской области показатель составил 2,9, в РД – 0,4 на 10 тыс. населения.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости разработки нормативных показателей затрат времени ВОП и МСВОП и расчёта потребности в этих специалистах.

Глава 4. Расчетная потребность во врачах общей практики и врачах-специалистах для городского взрослого населения.

Базой исследования на этом этапе явилась городская поликлиника г. Буйнакск, обслуживающая 45,3 тыс. городского взрослого населения. Это единственная поликлиника в городе. Структура посещаемости к врачам в пилотной ГП г. Буйнакск сложилась следующим образом: к терапевту 73,8% посещений, к неврологу - 4,6%, офтальмологу - 4,1%, хирургу - 3,3%, оториноларингологу - 3,1%, онкологу - 2,1%, пульмонологу - 1,9%, кардиологу - 1,8%, эндокринологу - 1,7% и др. В процессе исследования экспертным путём рассчитаны объёмы работы врача общей практики.

В таблице 2 представлены переданные ВОП посещения в расчете на 1000 городского взрослого населения г. Буйнакск. В штатной численности городской поликлиники врачи-терапевты составляли 57,5%. По данным экспертных оценок, расчетный показатель потребности в ВОП составил 6,27 на 10 тыс. городского населения и во врачах-специалистах 2,56. Доля ВОП составит 71,0% от общей численности врачей, при этом ВОП сможет выполнять 81,0% от общего числа посещений.

Таблица 2

Расчётные показатели объемов работы врачей и потребность во врачах общей практики и врачах-специалистах в пилотной ГП г. Буйнакск

Врачебные специальности	Посещений за год, на 1000 взрослого населения	Передано ВОП, на 1000 взрослого населения	Осталось посещений у врачей специалистов на 1000 взрослого населения	Штаты на 10000 взрослого населения	Функция врачебной должности	Расчётное число ВОП из числа переданных посещений (на 10000 взрослого населения)	Расчётное число врачей-специалистов (на 10000 взрослого населения)
терапевт	2332,1	2215,2	116,6	5,08	4591,6	4,82	0,25
пульмонолог	59,9	22,8	37,2	0,33	1809,3	0,13	0,21
кардиолог	56,0	20,2	35,9	0,22	2537,0	0,08	0,14
инфекционист	30,0	15,0	15,0	0,22	1360,0	0,11	0,11
хирурги	103,9	56,1	47,8	0,44	2353,0	0,24	0,20
уролог	14,9	1,5	13,5	0,22	677,0	0,02	0,20
онколог	67,2	24,2	43,0	0,22	3043,0	0,08	0,14
гинеколог	34,3	0,0	34,3	0,22	1552,0	0,00	0,22
офтальмолог	128,7	55,4	73,4	0,44	2915,0	0,19	0,25
оторино-ларинголог	98,3	45,2	53,1	0,44	2225,0	0,20	0,24
эндокринолог	53,2	23,4	29,8	0,22	2409,0	0,10	0,12
невролог	145,5	56,8	88,8	0,77	1882,9	0,30	0,47
Всего	3124,0	2535,8	588,1	8,83		6,27	2,56
% к итогу						71,01	28,99

Методические приемы и результаты исследования могут быть использованы для расчета потребности городского населения во врачебных кадрах в условиях полного перехода поликлиники на ОВП.

Глава 5. Нормирование труда и расчет потребности во врачах общей практики, обслуживающих городское взрослое население.

Базой исследования на этом этапе работы была ГП № 1 г. Самары. Задачи реформирования медицинской помощи в пилотной ГП включали: полный переход ГП на общую врачебную практику, ориентированную на развитие ресурсосберегающих технологий; повышение ответственности врача за сохранение здоровья прикрепленного населения; активизацию профилактической деятельности; повышение доверия к врачу и медицинской сестре врача общей практики со стороны пациента. Совершенствование организационных форм работы ВОП включало также реорганизацию работы МСВОП, выделение ей самостоятельного сестринского приема. На год исследования в ГП работало 33 ВОП, 33 МСВОП и 55 врачей-специалистов.

В задачи исследования входила разработка планируемых показателей деятельности врача общей практики в условиях полного перехода городской поликлиники на общую врачебную практику.

Результаты фотохронометражных наблюдений показали, что в структуре рабочего времени ВОП непосредственная лечебно-диагностическая работа составляет 37,5%. Высоки затраты времени на работу с медицинской документацией (33,4%), служебные разговоры составили 6,2%, в том числе на посещение конференций и совещаний ВОП было затрачено 3,6% рабочего времени (таблица 3).

Анализ показал, что в среднем на обслуживание одного пациента в городской поликлинике ВОП при первичном осмотре затрачивал 25,6 минут, при повторном - 20,35 минут. На лечебно-диагностические мероприятия при первичном приеме затрачивалось 13,36 минут, на работу с медицинской документацией – 8,26 минут, заполнение медицинской документации ведется на компьютере. При повторном приеме лечебно-диагностические мероприятия составили 10,25 минут, заполнение медицинской документации – 6,5 минут.

Аналогичным образом с использованием вышеназванных методических приемов были рассчитаны затраты времени врача общей практики на обслуживание одного пациента на дому, которые с учетом затрат времени на дорогу составили при первичном посещении 42,95 минут, при повторном - 31,73 минут.

В процессе исследования экспертами был проведен анализ затрат времени ВОП с позиции возможности и целесообразности передачи ряда функций специально подготовленной медицинской сестре врача общей практики, работающей на приеме с ВОП. Эксперты сочли возможным передать МСВОП целый ряд функций (беседа с пациентом, сбор жалоб, анамнеза заболевания, назначения, рекомендации, психологическая поддержка), общий осмотр пациента,

специальные и инструментальные исследования, оформление медицинской документации) и др.

Таблица 3

Структура затрат рабочего времени врача общей практики городской поликлиники

Вид и элемент деятельности	Абс., мин	%
1. Основная деятельность	3466,52	37,5
Беседа с пациентом (сбор жалоб, анамнеза заболевания, назначения, рекомендации и психологическая поддержка)	2168,32	23,5
Общий осмотр и физиологические методы исследований	767,72	8,3
Специальные исследования	175,66	1,9
Инструментальные исследования	143,2	1,5
Прочие виды основной деятельности	211,62	2,3
2. Вспомогательная деятельность	1228,2	13,3
3. Работа с документацией	3086	33,4
Ознакомление с медицинской документацией	331	3,6
Работа на компьютере	2230,2	24,1
Заполнение медицинской документации	524,8	5,7
4. Служебные разговоры	576,58	6,2
5. Прочая деятельность	632,7	6,9
6. Личное необходимое время	250	2,7
Всего	9240	100,0

Было определено среднее расчетное время врача общей практики на обслуживание одного пациента, дифференцированное с учетом временных затрат в зависимости от места выполнения посещения (таблица 4).

В результате введения экспертных поправок затраты времени ВОП на одного пациента на первичном приеме составили 14,74 мин (фактически сложившиеся 25,6 мин). На повторном приеме ВОП, по мнению экспертов, возможно сокращение затрат времени на прием пациента с 20,35 до 12,43 мин. за счёт передачи аналогичных функций МСВОП.

Следует отметить довольно большой объем работы ВОП на дому (15,5%). Сокращение временных затрат ВОП при оказании медицинской помощи на дому не представляется возможным, так как врач работает на дому без МСВОП.

Проведенные нами расчеты позволили установить, что фактические временные затраты ВОП (с учетом объемов помощи в условиях поликлиники и на дому) составили 26,13 мин.; по результатам экспертных оценок затраты времени возможно сократить до 17,95 мин. Норма времени на посещение ВОП/СВ одним пациентом регламентирована Приказом Минздрава РФ от 02.06.2015г. № 290н и составляет 18 мин.

**Затраты рабочего времени врача общей практики городской поликлиники
(фактически сложившиеся и по данным экспертизы)**

Место выполнения посещения	Доля посещений (в % к итогу)	Среднее расчетное время на одно посещение ВОП, мин	
		До экспертизы	После экспертизы
Первичное посещение в поликлинике	50,7	25,6	14,74
Повторное посещение в поликлинике	33,8	20,35	12,43
Первичное посещение на дому	12,7	42,95	42,95
Повторное посещение на дому	2,8	31,73	31,73
Всего:	100,0	26,13	17,95

Расчетная планируемая потребность в ВОП до экспертизы составила 10,0 на 10 тыс. городского взрослого населения, а при условии передачи ряда функций МСВОП – 7,0.

Проведённое исследование свидетельствует о необходимости расширения функциональных обязанностей МСВОП при соотношении ВОП: МСВОП 1:2, при этом МСВОП можно передать определённые объёмы работы по первичному доврачебному приёму. Результаты исследования могут быть положены в основу планирования объёмов работы ВОП и дифференцированной оплаты труда.

Глава 6. Совершенствование организационных основ деятельности и нормирование труда медицинской сестры врача общей практики в городской поликлинике.

В процессе эксперимента нами была отработана организационно-функциональная модель общей врачебной практики в условиях полного перехода поликлиники на ОВП (ГП № 1 г. Самара). Соотношение ВОП и МСВОП составило 1:1.

В поликлинике организован кабинет самостоятельного сестринского приема. Кабинет оснащен необходимым медицинским оборудованием. МСВОП в кабинете самостоятельного сестринского приема осуществляет следующие функции: доврачебного приема, заполнение медицинской документации, измерение температуры тела, пульса, АД; определение остроты зрения и подбор простых очков, снятие и расчет ЭКГ, определение функции внешнего дыхания с помощью пикфлоуметра; измерение роста, веса; определение уровня гликемии экспресс методом. Выполняются лечебные манипуляции: промывание наружного слухового прохода, обработка слизистой ротоглотки и миндалин, катетеризация, перевязки, снятие послеоперационных швов и др.). Ведется работа с учетно-отчетной документацией. В кабинете осуществляется работа с диспансерной группой пациентов. Проводится профилактическая работа с женщинами фертильного возраста.

МСВОП обучают пациентов знаниям гигиены, санитарии, профилактики заболеваний, здоровому образу жизни, само- и взаимопомощи, формируют у пациента чувство ответственности за свое здоровье. Организация самостоятельного сестринского приема МСВОП позволила значительно разгрузить врача общей практики от неквалифицированной работы, что дает возможность врачу больше внимания уделять тяжелым и сложным пациентам, сокращается время пребывания пациента в поликлинике. В то же время работа на самостоятельном приеме повышает авторитет и престиж МСВОП.

В процессе исследования нами было проведено нормирование труда МСВОП в городской поликлинике в условиях реформирования ее деятельности. В структуре посещений к медицинской сестре на амбулаторный прием приходилось 80,7%, посещение на дому – 19,3%. Все пациенты, обслуженные МСВОП на дому, были в возрасте 60 лет и старше (по 39,1% - в возрастных группах 70-79 и 80 лет и старше, 21,8% - в возрасте 60-69 лет).

В таблице 5 представлена структура затрат рабочего времени МСВОП. Наибольшую долю трудовых затрат составляла вспомогательная деятельность (30,8%), при этом более половины этого времени (17,6%) расходовалось на переходы. На работу с медицинской документацией затрачивалось 28,3%, в том числе: на поиск и просмотр результатов анализов, исследований, амбулаторных карт на приеме с врачом общей практики 9,4%.

Таблица 5

Структура затрат рабочего времени МСВОП городской поликлиники

Вид деятельности	затраты времени	
	абс. (в мин.)	в % к итогу
I. Основная деятельность (лечебно-диагностическая)	2163,33	23,41
II. Вспомогательная деятельность	2849,0	30,83
III. Работа с медицинской документацией	2616,6	28,32
IV. Служебные разговоры	963	10,42
V. Прочая деятельность	145	1,57
VI. Личное необходимое время	398,33	4,31
VII. Незагруженное время	104,74	1,14
Итого	9240,0	100,0

На основную лечебно-диагностическую работу приходилось 23,4%, в том числе на подготовку и проведение манипуляций было затрачено 8,1% времени, беседу с пациентом - 7,8%, снятие и расчет электрокардиограмм - 2,7%, измерение артериального давления - 2,6% и др. Служебные разговоры, разговоры с врачом, пациентом, в том числе по телефону, сестринские конференции занимали 10,4% рабочего времени медицинской сестры. Личное необходимое время составило 4,3%.

Нами было определено среднее расчетное время МСВОП на обслуживание одного пациента с учетом временных затрат в зависимости от цели посещения и места оказания медицинской помощи. Среднее расчетное время на одно посещение медицинской сестры врача общей практики составило 14,25 мин. (таблица 6).

Таблица 6

Затраты рабочего времени медицинской сестры врача общей практики

Характер посещения и место его выполнения	Доля посещений (в % к итогу)	Расчетное время на одно посещение, в мин.
<i>Амбулаторный прием</i>	80,7	
лечебно-диагностическая работа на самостоятельном приеме	10,1	11,28
диспансерный осмотр	1,7	20,04
профилактический осмотр	5,9	11,04
лечебно-диагностическая работа на приеме с врачом общей практики	63,0	11,21
<i>Посещение на дому</i>	19,3	
лечебно-диагностическая работа	16,8	26,42
профилактический осмотр	1,7	27,09
актив	0,8	19,55
Итого	100,0	14,25

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости расширения функциональных обязанностей МСВОП при соотношении ВОП: МСВОП 1:2. При этом МСВОП можно передать определённые разделы работы по первичному доврачебному приёму пациентов, работу в школах здоровья, в дневном стационаре и др. Оптимальной моделью работы ОВП является работа ВОП с фельдшером и МСВОП. При этом фельдшер имеет право вести самостоятельный приём пациентов в условиях поликлиники и на дому. При использовании этой модели можно в ещё большей степени освободить ВОП от непроизводительной работы и повысить престиж среднего медицинского персонала.

Глава 7. Предложения по совершенствованию организационных основ деятельности общих врачебных практик в условиях города.

Проведенный нами анализ позволил определить основные причины, тормозящие внедрение института врача общей практики в условиях города:

- несовершенство организационной структуры реформирования ПМСП по принципам ОВП;
- несовершенство нормативной базы деятельности ОВП;
- низкий уровень подготовки ВОП и медицинских сестер врача общей практики (повышение квалификации включает большой объем теоретических и минимум практических навыков);

- отсутствие и несовершенство механизмов дифференцированной оплаты труда ВОП и медицинских сестер врача общей практики;
- недостаточное соотношение ВОП и работающего с ним среднего медицинского персонала менее, чем 1:2;
- нерациональное использование среднего медицинского персонала (в работе ОВП целесообразно использовать не только медицинскую сестру врача общей практики, но и фельдшера).

Улучшить ситуацию и повысить доступность ПМСП в условиях города может внедрение в МОАУ перспективных моделей оказания ПМСП, ориентированных на рациональное использование имеющихся ресурсов, в том числе специалистов со средним медицинским образованием, в соответствии с уровнем их профессиональной компетенции.

Основными принципами построения перспективных моделей ОВП являются:

- перераспределение обязанностей между ВОП, средним медицинским, немедицинским и прочим персоналом;
- передача определённых функций от ВОП фельдшеру или медицинской сестре в соответствии с уровнем подготовки специалиста;
- передача ряда функций прочему и специально подготовленному немедицинскому персоналу;
- снижение необоснованных потерь рабочего времени среднего медицинского персонала.

На основе результатов исследования нами предлагаются перспективные модели развития ОВП в условиях города (схема 2).

Внедрение ОВП в условиях городской поликлиники предполагает полный переход МОАУ на общую врачебную практику, при этом сокращаются штатные должности врачей-специалистов.

Врачи общей практики должны нести ответственность за состояние здоровья прикрепленного населения. ВОП призваны не только осуществлять лечебно-профилактическую работу, но и координировать организацию медицинской помощи прикрепленному населению на всех этапах ее оказания:

- - ВОП следует определять наиболее эффективные (в клиническом и экономическом аспектах) маршруты движения прикрепленных пациентов;
- - участвовать в планировании медицинской помощи на разных этапах её оказания;
- - обеспечивать преемственность лечения и реабилитации пациентов.

Оплата труда ВОП должна стимулировать его координирующую деятельность. Система оплаты труда ВОП должна ориентировать врачей на оказание специализированной медицинской помощи по смежным специальностям с учётом объёма и оценки качества их работы. Особое значение приобретает стимулирование профилактической деятельности общих врачебных практик.

Схема 2. Организационно-функциональные модели ОВП в МОАУ, обслуживающих городское взрослое население

Организационно-функциональные модели	Формы работы ОВП в МОАУ	Состав бригады соотношение ВОП:СМП	Должностные обязанности ВОП и МСВОП (Приказ МЗ №541н от 23.07.2010)	Формы работы	Использование прочего персонала
Модель 1. Фактически сложившаяся модель	Единичные ВОП в составе МОАУ	1 ВОП:1 МСВОП	Соответствуют приказу	Совместная работа МСВОП с ВОП	Не используется
Модель 2. Перспективная модель полного перехода МОАУ на ОВП	Полный переход на ОВП, сокращение штатной численности врачей-специалистов	1 ВОП:2 МСВОП	Расширенные должностные обязанности МСВОП разрабатываются в МОАУ в соответствии с моделью работы ОВП	Самостоятельный сестринский прием МСВОП	Не используется
Модель 3 Перспективная модель ОВП с расширением функций МСВОП	Полный переход на ОВП, сокращение штатной численности врачей-специалистов	1 ВОП:2 МСВОП	Расширенные должностные обязанности МСВОП разрабатываются в МОАУ в соответствии с моделью работы ОВП	Предварительный совместный с ВОП прием МСВОП	Не используется
Модель 4 Перспективная модель ОВП с привлечением фельдшера	Полный переход на ОВП, сокращение штатной численности врачей-специалистов	1 ВОП:1 фельдшер:1 МСВОП	Расширенные должностные обязанности МСВОП и фельдшера разрабатываются в МОАУ в соответствии с моделью работы ОВП	Предварительный совместно с ВОП прием фельдшера и МСВОП	Не используется
Модель 5 Перспективная комплексная модель ОВП с привлечением фельдшера, МСВОП и прочего персонала	Полный переход на ОВП, сокращение штатной численности врачей-специалистов	1 ВОП:1 фельдшер:1 МСВОП:0,25 медицинский регистратор	Расширенные должностные обязанности МСВОП и фельдшера разрабатываются в МОАУ в соответствии с моделью работы ОВП	Предварительный совместно с ВОП прием фельдшера и МСВОП	Медицинский регистратор

Необходимо расширить должностные обязанности МСВОП при соотношении ВОП к МСВОП как 1:2. Оптимальной моделью работы ОВП является работа ВОП с фельдшером и МСВОП. Комплексная бригада ВОП может включать медицинского регистратора.

Предложенные организационные модели общих врачебных практик в условиях города можно рекомендовать для апробации в субъектах РФ.

ВЫВОДЫ

1. При близких показателях обеспеченности врачами на 10 тыс. населения (РД – 32,3, Самарская область – 37,4; РФ – 37,2) в Республике Дагестан плохо развита общая врачебная (семейная) практика, обеспеченность ВОП/СВ на 10 тыс. населения в РД – 0,3; Самарской области – 2,2; РФ – 0,65. Сравнительный анализ показателей деятельности первичного звена здравоохранения в пилотных субъектах РФ выявил значительно худшие оценочные показатели работы первичной медицинской и первичной специализированной медицинской помощи, что возможно связано с низкой доступностью медицинской помощи, низкой медицинской активностью населения в РД. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности внедрения в Республике Дагестан ОВП/СП.

2. В результате анализа за 2006-2015 гг. было выявлено, что несмотря на рост числа ВОП/СВ, работающих в системе Минздрава РФ, в 1,5 раза (с 6300 до 9520) обеспеченность населения ВОП/СВ в Российской Федерации все еще недостаточная. В 2015 году она составила 0,65 на 10 тыс. населения (в 2006 г. – 0,44). Доля ВОП/СВ среди всех врачей составила 1,8%. Отмечаются существенные различия в обеспеченности ВОП/СВ на 10 тыс. населения в субъектах Российской Федерации: от 0,02 в Республике Ингушетия до 3,69 в Чувашской Республике, что в определенной мере связано с несовершенной нормативно-правовой базой, которая затрудняет дальнейшее развитие института ВОП/СВ в субъектах Российской Федерации.

3. Обеспеченность населения медицинскими сестрами врача общей практики в Российской Федерации за 10 лет (2006 -2015 гг.) увеличилась с 0,55 до 0,95 на 10 тыс. населения. По субъектам Российской Федерации отмечаются существенные различия показателей: от 0,01 (г. Москва) до 5,9 (Чувашская республика) на 10 тысяч населения. В Самарской области показатель составил 2,9, в РД – 0,4 на 10 тыс. населения. Соотношение ВОП/СВ к МСВОП составляет в РФ 1:1,4; в РД – 1:1; в Самарской области - 1:1,3

4. В настоящее время в штатном расписании пилотной городской поликлиники г. Буйнакска, оказывающей помощь взрослому населению, должности участковых врачей-терапевтов составляют 57,6% от всех врачебных должностей, при этом к ним выполняется 73,8% посещений. Соответственно к врачам-

специалистам, доля которых среди всех штатных должностей составляет 42,4%, выполняется всего 26,2% посещений, что свидетельствует о нерациональном распределении нагрузки между врачами участковой службы и врачами – специалистами: высокой нагрузке ВОП и недостаточной у врачей-специалистов.

5. Расчеты, подтвержденные экспертизой, показали, что при переходе городской пилотной поликлиники г. Буйнакск на модель ОВП/СП, потребность в ВОП может составить 6,27 на 10 тысяч взрослого населения, при этом доля ВОП среди всех врачей увеличится до 71,0%, к ним может быть выполнено 81,0% посещений, соответственно потребность во врачах-специалистах, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, существенно снизится и составит 2,56 на 10 тысяч населения.

6. Фотохронометражные замеры в условиях полного перехода городской пилотной поликлиники г. Самары на ОВП показали, что фактически сложившиеся затраты времени ВОП на одно первичное посещение взрослым пациентом составили 25,6 мин, повторное – 20,35 мин.; при посещении пациента на дому – 42,95 и 31,73 мин. соответственно. Проведенная экспертиза с передачей определённых объёмов работы МСВОП позволила уменьшить временные затраты ВОП: при первичном посещении до 14,74 мин., повторном – до 12,43 мин. Суммарные фактические временные затраты ВОП на одно посещение (при посещении поликлиники и на дому) составили 26,13 мин.; после экспертизы они сократились до 17,95 мин. Проведенное исследование подтвердило рекомендованные Приказом Минздрава РФ № 290н от 02.06.2015 г. нормы времени на уровне 18 мин. на одно посещение. Расчетная планируемая потребность в ВОП до экспертизы составила 10,0 на 10 тыс. городского взрослого населения, а при условии передачи ряда функций МСВОП – 7,0.

7. Фотохронометражные наблюдения за деятельностью медицинской сестры врача общей практики в городской пилотной поликлинике показали, что её рабочее время расходуется нерационально: затраты на основную лечебно-диагностическую деятельность составляют всего 23,4%; работа с медицинской документацией занимает 28,3%; на вспомогательную деятельность и служебные разговоры затрачивается 41,25% рабочего времени. Среднее расчетное время на одно посещение составило 14,25 мин.

8. Внедрение новых перспективных моделей ПМСП состоит в рациональном использовании врачей и специалистов со средним медицинским образованием. Необходимо расширить должностные обязанности МСВОП при соотношении ВОП к МСВОП как 1:2. Оптимальной моделью работы ОВП является работа ВОП с фельдшером и МСВОП. Комплексная бригада ВОП может включать медицинского регистратора.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

- регламентировать различные дефиниций «врач общей практики» и «семейный врач» в условиях города и села;
- необходимо внести дополнения в приказы Минздрава №№ 350 и 541н, регламентирующие наличие у МСВОП не только сертификата «общая практика», но и сертификата «лечебное дело». Это даст возможность среднему медицинскому персоналу в условиях ОВП/СП вести самостоятельный лечебный прием.

На региональном уровне:

- апробировать в условиях эксперимента различные организационно - функциональные модели ОВП/СП в условиях города;
- методику расчета потребности в ВОП/СВ следует использовать с учетом территориальных особенностей и возрастного состава населения.

На уровне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

- рекомендуется внедрять апробированные нами в условиях эксперимента организационные формы работы ВОП и МСВОП при полном переходе городской МОАУ на ОВП;
- следует сокращать нерациональные затраты времени ВОП на работу с медицинской документацией и посещения пациентов на дому за счет передачи ряда функций среднему медицинскому персоналу;
- требует пересмотра использование среднего медицинского персонала в работе ОВП/СП: целесообразно вместо медицинской сестры ВОП/СВ использовать фельдшеров и помощников ВОП/СВ с сертификатом «лечебное дело».

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Калининская, А.А. Обеспеченность врачебными кадрами в Российской Федерации и её несопоставимость с международными стандартами /А.А. Калининская, Л.А. Гаджиева //Справочник врача общей практики. - 2015. - №9. - С.89-94 (0,25 п.л., автора – 0,13 п.л.).
2. Гаджиева, Л.А. Исторические, географические и социально-экономические особенности развития врачевания и медицинской деятельности у народов Дагестана /Л.А. Гаджиева //Справочник врача общей практики. - 2015. - №9. - С.3-7 (0,21 п.л., автора – 0,21 п.л.).
3. Калининская, А.А. Модель финансирования в условиях полного перехода городской поликлиники на общую врачебную практику и фондодержание первичного звена /А.А. Калининская, Л.А. Гаджиева, Л.А. Бальзамова //Справочник врача общей практики. - 2015. - №7. - С.3-8 (0,25 п.л., автора – 0,03 п.л.).
4. Сон, И.М. Объемы работы врача общей практики в условиях совершенствования трудового процесса в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях /И.М. Сон Л.А. Гаджиева, А.А. Калининская

- //Справочник врача общей практики. - 2016. - №3. - С.60-71 (0,5 п.л., автора – 0,17 п.л.).
5. Гаджиева, Л.А. Истоки народного врачевания и становление здравоохранения в дореволюционном Дагестане /Л.А. Гаджиева //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2008. - № 7. - С.6-7 (0,08 п.л., автора – 0,08 п.л.).
 6. Гаджиева, Л.А. Современные проблемы организации первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной практики /Л.А. Гаджиева //Владикавказский медико-биологический вестник. - 2015. –Т. XXI. Вып.33 (3). - С.48-51 (0,17 п.л., автора – 0,17 п.л.)
 7. Калининская, А.А. Структура затрат рабочего времени и нормирование труда медицинской сестры врача общей практики в условиях городской поликлиники /А.А. Калининская, Л.А. Гаджиева //Здравоохранение РФ. - 2016. - № 5. - С.245-250 (0,25 п.л., автора – 0,13 п.л.)
 8. Гаджиева, Л.А. Кадровое обеспечение в сфере здравоохранения. /Л.А. Гаджиева //Главврач. - 2015. - №10. - С.43-48 (0,25 п.л., автора – 0,25 п.л.)
 9. Гаджиева, Л.А. Нормативы затрат рабочего времени медицинской сестры общей практики в условиях городской поликлиники /Л.А. Гаджиева //Менеджер здравоохранения. - 2015. - №7. - С.32-40 (0,38 п.л., автора – 0,38 п.л.).
 10. Калининская, А.А. Нормативно-правовая база первичной медико-социальной помощи населению РФ /А.А. Калининская, Л.А. Гаджиева //Актуальные вопросы профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения: сборник тезисов II Республиканской научно-практической конференции; под общ. ред. А.А. Имамова. - Казань: КГМУ. - 2016. - С. 83-84 (0,08 п.л., автора – 0,04 п.л.)
 11. Гаджиева, Л.А. Обеспеченность врачами в Российской Федерации, международная несопоставимость. /Л.А. Гаджиева //Инновационные здоровьесберегающие технологии в медицине и образовании. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 70-летию образования в МГМСУ им. А.И.Евдокимова кафедры общей гигиены.19 мая 2016 года. - М., 2016. - С.105-106 (0,08 п.л., автора – 0,08п.л.)
 12. Гаджиева, Л.А. Целевое планирование медицинской организацией объёмов больничной помощи прикреплённому населению //Л.А. Гаджиева, Л.А. Бальзамова //Инновационные здоровьесберегающие технологии в медицине и образовании. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 70-летию образования в МГМСУ им. А.И. Евдокимова кафедры общей гигиены.19 мая 2016 года. - М., 2016. - С.124-125 (0,08 п.л., автора – 0,04 п.л.)
 13. Гаджиева, Л.А. Деятельность врачей первичного звена здравоохранения в формировании здорового образа жизни /Л.А. Гаджиева, Л.С. Агаларова, Э.М. Газиева //Сборник научных трудов по материалам научно-практической конференции «Вопросы образования и науки». - Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2014г. - Часть 10. - С. 8-9 (0,08 п.л., автора – 0,03 п.л.)
 14. Джиоева, И.А. Медико-социальные проблемы подготовки и обеспеченности врачами общей практики в Российской Федерации /И.А. Джиоева, Л.А. Гаджиева //Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. - 2016. – Т.18. №1. - С.194-197(0,17 п.л., автора – 0,9 п.л.)

15. Гаджиева, Л.А. Актуальные проблемы организации общих врачебных практик в условиях села /Л.А. Гаджиева //Материалы VIII Международной конференции «Наука, образование, культура и информационно-просветительская деятельность – основы устойчивого развития горных территорий», 21-23 октября 2015 года. – Владикавказ, 2015. - С.516-521(0,25 п.л., автора – 0,25 п.л.)
16. Сон, И.М. Общая врачебная (семейная) практика: нормативно-правовая база /И.М.Сон, А.А.Калининская, Л.А.Гаджиева, А.В.Гажева, Л.А.Бальзамова, Л.М.Маликова, Д.С.Терентьева, Ф.А.Сулькина, Т.В.Чижикова. – Информационное письмо. - Махачкала, 2016. - 19с. (0,79 п.л., автора – 0,09 п.л.)
17. Сон, И.М. Новые перспективные модели организации общих врачебных практик в условиях города /И.М.Сон, А.А.Калининская, Л.А.Гаджиева, Л.М.Маликова, А.В.Гажева, Л.А.Бальзамова, Ф.А.Сулькина, Д.С.Терентьева, Т.В.Чижикова. - Информационное письмо. - Махачкала, 2017. - 12с. (0,5 п.л., автора – 0,06 п.л.)
18. Стародубов, В.И. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования /В.И.Стародубов, А.А.Калининская, И.М.Сон, В.О.Щепин, Л.М.Маликова, Л.А.Бальзамова, Л.А. Гаджиева, Н.Х. Шарафутдинова, Т.Т.Аликова, О.И.Орлов, В.М.Леванов, Д.В.Мерекин, К.В. Шматов //Монография – Vienna: «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, 2017. – 118 с. (4,9 п.л., автора – 0,38 п.л.)
19. Калининская, А.А. Деятельность медицинской сестры в России и за рубежом /А.А. Калининская, Л.А. Гаджиева, А.В. Гажева, Ф.А. Сулькина, Д.С.Терентьева //Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». - 2017. - №1. – С. 19-25 URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=104> (дата обращения: 01.03.2017) (0,29 п.л., автора – 0,06 п.л.)

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД – артериальное давление
 ВОП - врач общей практики
 ВОП/СВ – врач общей практики/семейный врач
 ГП – городская поликлиника
 Минздрав РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Минздравсоцразвития России – Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
 МО – медицинская организация
 МОАУ – медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях
 МСВОП – медицинская сестра врача общей практики
 ОВП - общая врачебная практика
 ОВП/СП – общая врачебная (семейная) практика
 ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
 ПФО – Приволжский федеральный округ
 РД – Республика Дагестан
 РФ – Российская Федерация
 СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ
 СО – Самарская область
 ФО – федеральный округ
 ЭКГ – электрокардиограмма