

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-768-785

ВНЕДРЕНИЕ БРИГАДНЫХ ФОРМ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА. ОБОСНОВАНИЕ И РИСКИ

Е.В. Каракулина¹, Г.Г. Введенский¹, М.Ю. Крякова², А.Ш. Сененко^{2,3}, И.А. Купеева^{4,5}, П.Е. Щеголев¹

¹Министерство здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

³ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

⁴Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, г. Москва

⁵ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Введение. Эффективность труда медицинского персонала, наряду с обеспечением медицинских организаций квалифицированными кадрами, активным внедрением цифровых технологий в здравоохранение, совершенствованием материально-технического оснащения медицинских организаций, влияет на результативность работы всей системы здравоохранения. Поэтому задачи, стоящие сегодня перед организаторами здравоохранения всех уровней, диктуют необходимость пересмотра организационных технологий оказания медицинской помощи.

Цель исследования – анализ организационных технологий оказания первичной медико-санитарной помощи, направленных на обеспечение доступности и качества медицинской помощи.

Материал и методы. Проведено анкетирование руководителей медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, реализовавших организационные решения для повышения доступности и качества медицинской помощи. Информацию о реализации подобных организационных решений представили 469 медицинских организаций из 49 субъектов Российской Федерации. Анализ проводился по организационным решениям, реализованным преимущественно при оказании ПМСП. Применялись контент-анализ, методы описательной статистики.

Результаты. По данным проведенного анкетирования выявлено, что видом медицинской помощи, при оказании которой наиболее широко распространено внедрение новых организационных технологий, является первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – 94,4 % медицинских организаций из числа реализовавших организационные решения (443 медицинские организации из 469). При этом достаточно распространены модели с привлечением фельдшеров и формированием бригад при оказании ПМСП. Выбор организационного решения зависит как от конкретных условий оказания медицинской помощи в медицинской организации, так и от условий оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации. Руководители медицинских организаций отмечают положительные результаты реализуемых мероприятий.

Обсуждение. Сохраняющиеся дефицит и дисбаланс кадровых ресурсов системы здравоохранения обуславливают поиск руководителями медицинских организаций, структурных подразделений медицинских организаций таких решений, которые позволяют обеспечивать доступность и качество медицинской помощи. Привлечение специалистов с различным уровнем образования и перераспределение функций при выполнении различных работ соответствует бригадной форме организации труда. Состав и численность таких бригад могут быть адаптированы под конкретные условия оказания медицинской помощи, однако в представленных организационных решениях нет единых подходов и единого понимания возможностей перераспределения функций медицинского персонала. ПМСП как основной и самый массовый вид медицинской помощи включает в себя широкий перечень мероприятий, к выполнению которых могут быть привлечены врачи, средний медицинский персонал и специалисты без медицинского образования.

Заключение. Бригадная форма организации труда представляет интерес к дальнейшему изучению, в особенности – при оказании ПМСП. Для разработки и внедрения организационных решений, основанных на перераспределении или расширении функций медицинского персонала, необходимо формирование единого понятийного аппарата, а также дальнейшее детальное изучение и научное обоснование предлагаемых решений с учетом рисков их реализации.

Ключевые слова: доступность и качество медицинской помощи, организационные решения, организационные технологии, первичная медико-санитарная помощь, бригадная форма организации труда

IMPLEMENTATION OF BRIGADE FORMS OF LABOR ORGANIZATION. JUSTIFICATION AND RISKS

E.V. Karakulina¹, G.G. Vvedenskii¹, M.Y. Kryakova², A.Sh. Senenko^{2,3}, I.A. Kupeeva⁴, P.E. Shchegolev¹

¹*Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

²*Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

³*Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education "Russian University of Medicine" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

⁴*Federal Service for Surveillance in Healthcare, Moscow*

⁵*Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow*

Introduction. The efficiency of medical personnel, along with providing medical organizations with qualified personnel, the active introduction of digital technologies in healthcare, and improving the material and technical equipment of medical organizations, affects the performance of the entire healthcare system. Therefore, the challenges facing health care organizers at all levels today dictate the need to revise organizational technologies for providing medical care.

The purpose of the study – analysis of organizational technologies for the provision of primary health care aimed at ensuring accessibility and quality of medical care.

Material and methods. A survey was conducted of the heads of medical organizations subordinate to the executive authorities of the constituent entities of the Russian Federation in the field of health care, which implemented organizational decisions to increase the accessibility and quality of medical

care. Information on the implementation of such organizational decisions was provided by 469 medical organizations from 49 constituent entities of the Russian Federation. The analysis was carried out on organizational decisions implemented mainly in the provision of primary health care. Content analysis and descriptive statistics methods were used.

Results. According to the survey, it was revealed that the type of medical care in the provision of which the most widespread implementation of new organizational technologies is primary health care (PHC) - 94.4% of medical organizations from among those that implemented organizational solutions (443 medical organizations out of 469). At the same time, models involving paramedics and the formation of teams in the provision of primary health care are quite common. The choice of organizational solution depends both on the specific conditions for the provision of medical care in a medical organization, and on the conditions for the provision of medical care in a constituent entity of the Russian Federation. Heads of medical organizations note the positive results of the measures being implemented.

Discussions. The ongoing shortage and imbalance of human resources in the healthcare system determines the search by the heads of medical organizations and structural divisions of medical organizations for solutions that make it possible to ensure the availability and quality of medical care. The involvement of specialists with different levels of education and the redistribution of functions when performing various works corresponds to the brigade form of labor organization. The composition and number of such teams can be adapted to the specific conditions of medical care, however, in the presented organizational solutions there are no common approaches and no common understanding of the possibilities of redistributing the functions of medical personnel. Primary health care, as the main and most widespread type of medical care, includes a wide range of activities in which doctors, nursing staff and specialists without medical education can be involved.

Conclusion. The brigade form of labor organization is of interest for further study, especially in the provision of primary health care. To develop and implement organizational solutions based on the redistribution or expansion of the functions of medical personnel, it is necessary to form a unified conceptual apparatus, as well as further detailed study and scientific justification of the proposed solutions, taking into account risks of their implementation.

Keywords: accessibility and quality of medical care, organizational solutions, organizational technologies, primary health care, brigade form of labor organization

Введение. Повышение укомплектованности медицинскими работниками медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (МО ПМСП); обеспечение охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; обеспечение оптимальной доступности для населения МО ПМСП – цели государственной политики в сфере здравоохранения [1]. Однако внимание организаторов здравоохранения в вопросах доступности и качества медицинской помощи акцентируется на врачах. Медицинские сестры при этом рассматриваются не как самостоятельные специалисты с профильным образованием, а как помощники врачей.

Приказом Минздрава России от 25.06.2014 № 309 была предусмотрена реализация мероприятий, направленных на укрепление кадрового потенциала среднего звена здравоохранения. Однако задачи эффективного использования кадровых ресурсов системы

здравоохранения, рационального распределения функциональных обязанностей между всеми участниками оказания медицинской помощи, прежде всего – ПМСП, не теряют своей актуальности и активно обсуждаются организаторами здравоохранения [2-8].

Цель исследования – анализ организационных решений оказания первичной медико-санитарной помощи, направленных на обеспечение доступности и качества медицинской помощи.

Материал и методы. С целью изучения организационных решений, направленных на обеспечение доступности и качества медицинской помощи, была разработана анкета для проведения анкетирования руководителей медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Анкеты содержали открытые, полузакрытые и закрытые вопросы. Вопросы были посвящены:

краткому описанию организационного решения (сущности организационной модели), сроку (началу) реализации,

видам медицинской помощи, при организации оказания которых реализованы новые организационные решения,

перечню и числу штатных единиц медицинских работников, привлеченных к участию, перечню перераспределенных функциональных обязанностей между врачебным и средним медицинским персоналом,

информации о результатах и достигнутых эффектах.

Анализ организационных решений проводился по реализованным преимущественно при оказании ПМСП как по самым распространенным организационным решениям среди медицинских организаций, предоставивших информацию. Применялись контент-анализ, методы описательной статистики.

Анкетирование проводилось анонимно, без использования персональных данных медицинских работников и пациентов, в связи с чем заключение этического комитета не требовалось.

Результаты. Результаты анкетирования руководителей медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, о внедрении организационных решений с расширением функций среднего медицинского персонала и изменением содержания его деятельности, перераспределением функций между врачебным и средним медицинским персоналом, о формировании постоянно

действующим медицинских бригад при оказании ПМСП подтвердили целесообразность пересмотра базовой модели организации оказания ПМСП, в частности на врачебном участке. Изучение подходов к организации работы персонала позволило выделить наиболее часто встречающиеся и перспективные направления для дальнейшего изучения и внедрения.

Согласно полученным данным в 49 субъектах Российской Федерации (57,6 %), в 469 медицинских организациях (далее соответственно – субъект РФ, МО) были реализованы организационные решения с расширением зон ответственности среднего медицинского персонала. Из них в разрезе по федеральным округам Российской Федерации (ФО) получены следующие данные (таблица 1).

Таблица 1

Распространенность реализации организационных моделей по расширению зон ответственности среднего медицинского персонала (число субъектов РФ, ед.; доля субъектов РФ в ФО, %; число МО, ед.)

<i>ФО</i>	<i>Число субъектов РФ всего, ед.</i>	<i>из них число субъектов РФ, реализовавших организационные решения по расширению функций СМП, ед.</i>	<i>Доля субъектов в ФО, реализовавших организационные решения по расширению функций СМП, %</i>	<i>Число МО, ед.</i>
Центральный	18	12	66,0	100
Северо-Западный	11	8	72,7	92
Южный	8	4	50,0	40
Северо-Кавказский	7	3	42,8	19
Приволжский	14	9	62,4	47
Уральский	6	3	50,0	49
Сибирский	10	4	40,0	76
Дальневосточный	11	6	54,5	46

Субъектами РФ, в которых наиболее распространены такие организационные решения, явились: в Центральном ФО – Москва, Брянская область; в Северо-Западном ФО – Ленинградская и Мурманская области; в Южном ФО – Ростовская и Астраханская области; в Северо-Кавказском ФО – Ставропольский край, в Приволжском ФО – Пензенская и Самарская области; в Уральском ФО – Тюменская и Свердловская области; в Сибирском ФО – Омская и Новосибирская области; в Дальневосточном ФО – Забайкальский край.

Было получено следующее распределение всех МО, в которых реализованы организационные решения с перераспределением функций между врачебным и средним медицинским персоналом, по видам оказываемой медицинской помощи (может быть несколько видов медицинской помощи в одной медицинской организации): 94,4 % (443 МО) – ПМСП, 9,2 % (43 МО) – специализированная, 17,9% (84 МО) – скорая, 6,4 % (30 МО) – паллиативная медицинская помощь. В таблице 2 представлены данные в разрезе ФО.

Таблица 2

Распределение медицинских организаций, реализовавших новые организационные модели, по видам медицинской помощи, в разрезе ФО (%)

Федеральный округ	Распределение медицинских организаций, реализовавших новые организационные модели, по видам медицинской помощи (%)			
	первичная медико-санитарная, %	специализированная, %	скорая, %	паллиативная, %
Центральный	99,0	6,0	7,0	3,0
Северо-Западный	90,2	3,2	9,7	4,3
Южный	95,0	10,0	42,5	10,0
Северо-Кавказский	94,7	0	5,2	10,5
Приволжский	93,6	14,9	2,1	12,7
Уральский	100,0	0	16,3	10,2
Сибирский	90,9	7,8	9,0	1,3
Дальневосточный	91,3	36,9	73,9	10,8

Следует отметить, что ряд организационных решений регламентирован законодательством Российской Федерации, однако не находит отражения в нормативных правовых актах в части детального описания организационной технологии (модели).

При организации оказания ПМСП распространены следующие организационные решения:

1 - привлечение фельдшера, акушера к работе в первичном звене при неуккомплектованности МО ПМСП (приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н);

2 - формирование комплексных бригад по определенному профилю оказания медицинской помощи (проведение патронажа, оказание паллиативной медицинской помощи и т.д.);

3 - формирование выездных мобильных бригад (приказы Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, Минздрава России от 07.03.2018 № 92н);

4 - формирование постоянно действующих бригад при оказании ПМСП (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н);

5 - кабинеты доврачебного приема пациентов (кабинеты доврачебного приема фельдшером, кабинеты доврачебного приема медицинской сестрой) (приказы Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, Минздрава России от 11.12.2020 № 1317н);

6 - кабинеты (отделения) неотложной медицинской помощи, в том числе с обслуживанием вызовов врача на дом (приказы Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, Минздрава России от 07.03.2018 № 92н);

7 - кабинеты (отделения) медицинской профилактики (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, приказ Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н);

8 - кабинеты оформления листков нетрудоспособности;

9 - кабинеты оформления рецептов на льготные лекарственные препараты;

10 – сестринский пост (оформление медицинской документации пациентам после приема врачом, запись к врачам-специалистам и на повторный прием; проведение антропометрии и т.д.).

Очевидно, что выбор реализованного организационного решения, направленного на снижение влияния дефицита кадров на доступность и качество оказания медицинской помощи, зависел от конкретных условий оказания медицинской помощи в медицинской организации:

- фактической численности медицинского персонала (врачей, среднего медицинского персонала, медицинских регистраторов), участвующего в оказании ПМСП;

- возможности привлечения врачей, среднего медицинского персонала и специалистов без медицинского образования, в том числе с учетом наличия образовательных организаций в субъекте РФ, объемов предложений на региональном рынке труда, предлагаемого содержания работы и уровня заработной платы;

- особенности обслуживаемой территории, включая особенности территории конкретных участков: удаленность от медицинской организации, протяженность участка, плотность и распределение по территории населения, локализация – городское или сельское

население, наличие на территории «частного сектора», общежитий, предприятий или образовательных организаций и др.;

- инфраструктуры медицинской организации, возможности привлечения/выделения дополнительных площадей (кабинетов);

- технического оснащения, наличия автотранспорта;

- возможностей медицинской информационной системы;

- половозрастной структуры и структуры заболеваемости прикрепленного населения, уровня обращаемости прикрепленного населения за медицинской помощью;

- организации маршрутизации пациентов в иные медицинские организации при отсутствии возможности предоставления отдельных медицинских услуг.

При этом разнообразие проектов показало, с одной стороны, широкий круг возможностей совершенствования организации ПМСП, а с другой стороны – отсутствие единого понимания функций врачебного, среднего медицинского персонала и возможности их перераспределения, в том числе с привлечением лиц без медицинского образования.

Тем не менее, результаты, связанные с внедрением этих организационных решений, позволили достигнуть эффектов, которые были проанализированы и разбиты на группы: краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные (таблица 3).

Представленные результаты показывают, что перераспределение функций становится все более распространенным и эффективным организационным решением, которое позволяет в условиях дефицита кадровых ресурсов ПМСП адаптировать оказание медицинской помощи под конкретные условия.

Обсуждение. Организация оказания ПМСП как основы системы охраны здоровья населения осуществляется по территориально-участковому принципу для обеспечения максимальной доступности (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, приказы Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, Минздрава России от 07.03.2018 № 92н). Именно на уровне ПМСП происходит первый контакт пациентов с национальной системой здравоохранения.

ПМСП как основной и самый массовый вид медицинской помощи включает в себя широкий спектр мероприятий различной направленности: лечебно-диагностические, профилактические, медицинскую реабилитацию, диспансерное наблюдение за пациентами, в том числе наблюдение за течением беременности, формирование здорового образа жизни, санитарно-просветительскую работу и другие мероприятия (приказы Минздравсоцразвития

России от 15.05.2012 № 543н, Минздрава России от 07.03.2018 № 92н). Однако не все эти мероприятия требуют специальных врачебных знаний. Часть работы может выполняться медицинскими сестрами самостоятельно, что отражено в соответствующих нормативных правовых актах (приказы Минтруда России от 31.07.2020 № 475н, Минпросвещения России от 04.07.2022 № 527, Минздравсоцразвития России от 21.06.2006 № 490, Минздрава России от 11.12.2020 № 1317н). К выполнению технической работы с медицинской документацией (заполнение паспортной части, оформление направлений на исследования, к врачам-специалистам) на функциональной основе могут быть привлечены работники без специального медицинского образования после стажировки на рабочем месте.

Таблица 3

Эффекты реализации организационных решений, связанных с расширением функций
 среднего медицинского персонала

<i>Группа результатов</i>	<i>Эффекты реализации организационных решений</i>
Краткосрочные	Обеспечение доступности и качества ПМСП
	Снижение нагрузки на врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача)
	Увеличение охвата диспансерным наблюдением лиц из числа подлежащих ему
	Увеличение в структуре посещений врача тех пациентов, которым необходима врачебная помощь
	Увеличение пропускной способности врачебного участка за рабочий день без снижения качества оказания медицинской помощи
	Увеличение охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами, диспансеризацией
Среднесрочные	Увеличение доли профилактических мероприятий с целью проведения консультирования, обучения и формирования принципов приверженности к здоровому образу жизни (школы здоровья)
	Увеличение охвата граждан иммунопрофилактикой
	Уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением
Долгосрочные	Снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний
	Снижение частоты обострений хронических заболеваний, числа случаев инвалидности
	Снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций

Имеющиеся ресурсы системы здравоохранения не могут обеспечить в полной мере население медицинской помощью в соответствии с потребностями, преемственностью и этапностью в оказании медицинской помощи, необходимыми объемами профилактических мероприятий [7-10]. Однако переход к бригадной форме организации труда, основанной на привлечении специалистов с различным уровнем образования, является одним из наиболее оптимальных решений при оказании ПМСП.

Распределение потоков пациентов в зависимости от причины обращения в МО, организация самостоятельного сестринского приема медицинскими сестрами участковыми с целью оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи пациентам при неотложных состояниях, в рамках диспансерного наблюдения, с целью индивидуального профилактического консультирования, патронаж маломобильных граждан, планирование и проведение школ здоровья способствуют повышению доступности ПМСП, увеличению доли профилактических мероприятий в структуре ПМСП, что в конечном итоге может положительно влиять на качество оказываемой медицинской помощи [11-15].

Динамическое наблюдение (в том числе с использованием дистанционных технологий) за контролируруемыми показателями состояния здоровья пациента, профилактическое консультирование пациентов и ряд других функций может осуществлять средний медицинский персонал. Доверие, оказываемое медицинской сестре при ведении самостоятельных приемов, является стимулом к саморазвитию и самосовершенствованию, профессиональному росту, повышению престижа профессии медицинской сестры [11-15].

Однако проведенный анализ показал, что единых подходов к формированию бригадной формы организации труда нет, а с учетом разнообразия основных факторов, влияющих на структуру бригады и распределение обязанностей внутри нее, такие организационные модели в различных условиях могут работать по-разному.

Также отсутствует единое понимание терминологии, связанной с распределением и перераспределением функций [16]. Так, сам термин «передача функций врача среднему медицинскому персоналу», с точки зрения авторов настоящей статьи, не является корректным, поскольку функции, требующие специальных врачебных знаний, не могут быть переданы специалисту среднего звена и тем более – работнику без медицинского образования. А перечисленные в результатах опроса «переданные» или «расширенные» функции специалисты со средним медицинским образованием выполняют в рамках компетенции, определенной нормативными правовыми актами (приказы Минтруда России от 31.07.2020 №

470н, от 31.07.2020 № 475н, Минпросвещения России от 04.07.2022 № 526, от 04.07.2022 № 527, Минздравсоцразвития России от 21.06.2006 № 490, Минздрава России от 11.12.2020 № 1317н). По сути, должно происходить перераспределение работы в рамках компетенций медицинских работников с разным уровнем подготовки. Отсутствие единых подходов и терминологии в вопросах расширения полномочий среднего медицинского персонала свидетельствуют о необходимости совершенствования нормативных правовых актов.

По мнению авторов настоящей статьи перспективным решением, обеспечивающим, доступность и качество медицинской помощи, может стать внедрение бригадной формы организации труда, которая позволяет направить деятельность всех членов бригады к достижению единого результата и обеспечить технологическую законченность процессов [5, 13-15].

Однако следует отметить определенные риски при переходе к новым форматам работы. Например, потеря врачебного контроля за состоянием здоровья пациентов при полной передаче таких разделов работы, как диспансерное наблюдение, профилактический медицинский осмотр и диспансеризация, обслуживание вызовов врача на дом, патронаж маломобильных пациентов на дому и т.д. Бригадная форма организации труда должна обеспечивать преемственность в оказании медицинской помощи и своевременное информирование лечащего врача о событиях на участке. Такая форма работы позволяет снизить потребность во врачебных кадрах, но одновременно не должна снижать доступность врачебной помощи.

Риски создает отсутствие достаточного количества среднего медицинского персонала для формирования бригады. Возможность привлечения специалистов разного уровня определяется, в том числе, наличием образовательных организаций высшего и среднего профессионального образования на территории субъекта, объемами выпуска специалистов по различным специальностям. Одновременно с этим следует учитывать готовность персонала к новому формату работы, к обучению и расширению ответственности.

Определенные риски создает инфраструктура медицинской организации: необходимо учитывать наличие площадей и кабинетов, возможности медицинской организации по размещению медицинских работников и обеспечению оптимальной маршрутизации пациентов, разделению потоков пациентов.

Состав бригад может включать в себя фельдшеров, медицинских сестер, медицинских регистраторов, при этом штатная численность бригад зависит от конкретных условий в медицинской организации. Внедрение бригадной формы организации труда и объединение

работников для достижения одной цели помогают активнее и эффективнее проводить профилактические мероприятия на врачебном участке, снимают с врача «первого контакта» значительную часть рутинных и организационных задач и помогают высвободить время на прием пациентов, которым необходима врачебная помощь [13-15].

Заключение. Внедрение бригадной формы организации труда является перспективным направлением совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи. Вместе с тем, тиражирование организационных технологий, основанных на перераспределении или расширении функций медицинских работников, одной из которых является бригадная форма организации труда, требует формирования единого понятийного аппарата. В том числе необходима дальнейшая разработка научно обоснованных подходов к содержанию и нормированию труда медицинского персонала при формировании таких бригад.

Бригадная форма организации труда может позволить произвести перерасчет потребности в персонале с различным уровнем образования, однако риски внедрения в конкретной медицинской организации или тиражирования в пределах одного субъекта РФ могут быть связаны с возможным снижением доступности врачебной помощи, ограниченностью кадровых ресурсов, в частности среднего медицинского персонала, ограниченностью возможностей медицинской организации в части выделения площадей для организации рабочих мест всех сотрудников бригады.

Список литературы

1. Тумусов Ф.С., Косенков Д.А. Современные тенденции в системе здравоохранения в Российской Федерации. – М.: Издание Государственной Думы, 2019. – 80 с.
2. Сон И. М., Гажева А. В., Лебедев М. В. [и др.] Особенности организации сестринского дела в странах мира. Уральский медицинский журнал 2020;187(4):117-120. https://www.elibrary.ru/download/elibrary_43046354_47957436.pdf
3. Бурдастова, Ю. В. Анализ зарубежного опыта и российских практик изменения роли медицинских сестер. Здоровье мегаполиса. 2020;1(2):89-94. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2020.v1i2 ;89-94>
4. Аскарлов М.К. Роль медицинской сестры в системе развития первичной медико-санитарной помощи. Вестник Ошского государственного университета. – 2020;1(5):32-37. https://www.elibrary.ru/download/elibrary_43117261_71334969.pdf

5. Муханова Г.Т., Тултабаев С.Ч. Актуальность совершенствования управления человеческими ресурсами при организации первичной медико-санитарной помощи. *Journal of Health Development*. – 2020;4(39):31-39. <https://doi.org/10.32921/2225-9929-2020-4-39-31-39>
6. Двойников С.И. Актуальные вопросы развития сестринского дела. *Сестринское дело*. 2021;2:10–12
7. Шишкин С.В., Алмазов А.А., Корнилов М.Н. [и др.] Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы: аналитический доклад. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2022;143 [1] с. – 200 экз.
8. Меньшикова Л.И., Сон И.М., Крякова М.Ю. [и др.] Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях кадрового дисбаланса врачей-терапевтов участковых и пути их решения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;2:771-803. <https://healthproblem.ru/files/pdf/1058-pdf.pdf>
9. Меньшикова Л.И., Шикина И.Б., Захарченко О.О., Терентьева Д.С. Решенные и нерешенные проблемы определения оптимального состава и соотношения медицинского, немедицинского, прочего персонала в медицинских организациях. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022; 5: 660-683; DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-660-683 URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=949>
10. Латышова А.А., Люцко В.В., Несветаило Н.Я. Определение потребности в среднем медицинском персонале для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях на основе нормативного метода. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022; 1: 592-604.
11. Воевода М.И., Кутумова О.Ю., Осипова И.В. [и др.] Основы медицинской профилактики: Учебно-методическое пособие для студентов и курсантов циклов повышения квалификации государственных профессиональных образовательных учреждений. Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины; Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской Академии наук. – Новосибирск: Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, 2016. – 206 с.
12. Карасева Л.А., Двойников С.И. Место и роль обучения медицинских сестер на рабочем месте. *Медсестра*. 2020;9.
13. Стародубов В.И., Купеева И.А., Сененко А.Ш. [и др.] Модели организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с расширением зон

ответственности среднего медицинского персонала. Методические рекомендации. М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ; 2021. 68 с.

14. Гусева С.Л., Кондратьев И.Н., Пучков К.Г. Реформирование системы управления в первичном звене муниципального здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения. 2011;4(20):3.

15. Сон И.М., Калининская А.А., Гаджиева Л.А. [и др.] Перспективные модели организации деятельности общих врачебных практик в условиях города. Казанский медицинский журнал. 2017;98(6):1034-1039. <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivnye-modeli-organizatsii-deyatelnosti-obshchih-vrachebnyh-praktik-v-usloviyah-goroda/viewer>

16. Сон И.М., Сененко А.Ш., Меньшикова Л.И. [и др.] Обзор региональных практик по расширению функций среднего медицинского персонала. Социальные аспекты здоровья населения. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1290/27/lang.ru/> 2021;67(4).

References

1. Tumusov F.S., Kosenkov D.A. Sovremennye tendencii v sisteme zdravooxranenija v Rossijskoj Federacii. [Current trends in the healthcare system in the Russian Federation]. М.: Izdanie Gosudarstvennoj Dumy. 80 s. (In Russian)

2. Son I.M., Gazheva A.V., Lebedev M.V. et al. Osobennosti organizacii sestrinskogo dela v stranah mira. [Features of the organization of nursing in the countries of the world]. Ural'skij medicinskij zhurnal. [Ural Medical Journal]. 2020;187(4):117-120. https://www.elibrary.ru/download/elibrary_43046354_47957436.pdf (In Russian)

3. Burdastova Ju.V. Analiz zarubezhnogo opyta i rossijskih praktik izmenenija roli medicinskih sester. [Analysis of foreign experience and Russian practices of changing the role of nurses] Zdorov'e megapolisa. [The health of the metropolis]. – 2020;1(2):89-94. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2020.v1i2 ;89-94> (In Russian)

4. Askarov M.K. et al. Rol' medicinskoj sestry v sisteme razvitija pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi [The role of a nurse in primary health care development system]. Vestnik Oshskogo gosudarstvennogo universiteta [Bulletin of Osh State University]. – 2020:1-5:32-37. https://www.elibrary.ru/download/elibrary_43117261_71334969.pdf (In Russian)

5. Muhanova, G.T., Tultabaev S.Ch. Aktual'nost' sovershenstvovanija upravlenija chelovecheskimi resursami pri organizacii pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi. [The relevance of improving human resource management in the organization of primary healthcare]. Journal of

Health Development. – 2020;4(39):31-39. <https://doi.org/10.32921/2225-9929-2020-4-39-31-39> (In Russian)

6. Dvoynikov S.I. Aktual'nye voprosy razvitiya sestrinskogo dela. [Topical issues in the development of nursing]. Sestrinskoe delo. [Nursing business]. 2021;2:10–12. (In Russian)

7. Shishkin S.V., Almazov A.A., Kornilov M.N. et al. Organizacija pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi: tendencii i perspektivy: analiticheskij doklad. [Organization of primary health care: trends and prospects: analytical report]. Nac. issled. un-t «Vysshaja shkola jekonomiki». – M.: Izd. dom Vysšej shkoly jekonomiki, 2022. 143 [1] p. (In Russian)

8. Men'shikova L.I., Son I.M., Krjakova M.Ju. et al. Problemy organizacii pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi v uslovijah kadrovogo disbalansa vrachej-terapevtov uchastkovyh i puti ih reshenija. [Problems of organizing primary health care in conditions of personnel imbalance of local physicians and ways to solve them]. Sovremennye problemy zdravooxranenija i medicinskoj statistiki. [Current problems of health care and medical statistics]. 2023;2:771-803. <https://healthproblem.ru/files/pdf/1058-pdf.pdf> (In Russian)

9. Men'shikova L.I., Shikina I.B., Zakharchenko O.O., Terentyeva D.C. Reshennye i nereshennye problemy opredeleniya optimal'nogo sostava i sootnosheniya medicinskogo, nemedicinskogo, prochego personala v medicinskih organizacijah. [Solved and unresolved problems in determining the optimal composition and ratio of medical, Non-medically, Other personnel in medical organizations]. [Sovremennye problemy zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki]. Premature problems of health care and medical statistics]. 2022; 5: 660-683; DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-660-683 URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=949>(In Russian)

10. Latyshova AA, Lyutsko VV, Nesvetailo N.Ya. Opredelenie potrebnosti v srednem medicinskom personale dlya okazaniya medicinskoj pomoshchi v ambulatornyh uslovijah na osnove normativnogo metoda. [Determining the need for average medical personnel for outpatient care based on the normative method]. Sovremennye problemy zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki. [Current health and medical statistics issues]. 2022; 1: 592-604. (In Russian)

11. Voevoda M.I., Kutumova O.Ju., Osipova I.V. et al. Osnovy medicinskoj profilaktiki: Uchebno-metodicheskoe posobie dlja studentov i kursantov ciklov povysheniya kvalifikacii gosudarstvennyh professional'nyh obrazovatel'nyh uchrezhdenij. Nauchno-issledovatel'skij institut terapii i profilakticheskoj mediciny; Krasnojarskij nauchnyj centr Sibirskogo otdelenija Rossijskoj Akademii nauk. [Fundamentals of medical prevention: Educational and methodical manual for

students and cadets of advanced training cycles of state professional educational institutions. Scientific Research Institute of Therapy and Preventive Medicine; Krasnoyarsk Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences]. – Novosibirsk: Nauchno-issledovatel'skij institut terapii i profilakticheskoy mediciny [Novosibirsk: Scientific Research Institute of Therapy and Preventive Medicine]. 2016. – pp. 206. (In Russian)

12. Karaseva L.A., Dvojniov S.I. Mesto i rol' obucheniya meditsinskikh sester na rabochem meste. [The place and role of teaching nurses in the workplace]. Medsestra. [Nurse]. 2020;9 (In Russian)

13. Starodubov V.I., Kupeeveva I.A., Senenko A.Sh. et al. Modeli organizatsii okazaniya pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi vzrosloму naseleniyu s rasshireniem zon otvetstvennosti srednego meditsinskogo personala. Metodicheskie rekomendatsii. M.: FGBU TsNIIOIZ MZ RF; 2021. 68 pp. [Models of the organization of provision of primary health care to the adult population with the expansion of the areas of responsibility of the nursing staff. Guidelines]. (In Russian)

14. Guseva S.L., Kondrat'ev I.N., Puchkov K.G. Reformirovanie sistemy upravleniya v pervichnom zvene municipal'nogo zdravooxraneniya. [Reforming of the system of administrative control at primary level in municipal public health]. Social'nye aspekty zdorov'ja naseleniya. [Social aspects of population health.]. 2011;4(20):3. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/326/30/> (In Russian)

15. Son I.M., Kalininskaja A.A., Gadzhieva L.A. Perspektivnye modeli organizatsii dejatel'nosti obshhih vrachebnyh praktik v usloviyah goroda. [Promising models of the organization of general medical practices in a city]. Kazanskij medicinskij zhurnal. [Kazan Medical Journal]. 2017;98(6):1034-1039. <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivnye-modeli-organizatsii-deyatelnosti-obshih-vrachebnyh-praktik-v-usloviyah-goroda/viewer> (In Russian)

16. Son I.M., Senenko A.Sh., Men'shikova L.I. et al. Obzor regional'nyh praktik po rasshireniju funktsij srednego medicinskogo personala. [Expanding functions of nursing staff: review of implementation experience in the subjects of the Russian Federation]. Social'nye aspekty zdorov'ja naseleniya. [Social aspects of public health]. [http://vestnik.mednet.ru/content/view/1290/27/lang,ru/2021;67\(4\)](http://vestnik.mednet.ru/content/view/1290/27/lang,ru/2021;67(4)). (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Каракулина Екатерина Валерьевна – кандидат медицинских наук; директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации; 127994, Россия, Москва, Рахмановский пер., 3, стр.1; ORCID 0000-0001-5222-1620; SPIN-код: 8501-7461

Введенский Георгий Георгиевич – заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации; 127994, Россия, Москва, Рахмановский пер., 3, стр.1; ORCID 0000-0002-1217-7028

Крякова Мария Юрьевна – врач-методист, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 101990, Россия, Москва, Петроверигский пер., 10, стр. 3; e-mail: kryakova.my@gmail.com; ORCID 0000-0003-1941-3860; SPIN: 9655-4486

Сененко Алия Шамильевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 101990, Россия, Москва, Петроверигский пер., 10, стр. 3; доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127006, г. Москва, Долгоруковская ул, д. 4; ORCID 0000-0001-7460-418X; SPIN-код: 6874-4974

Купеева Ирина Александровна – доктор медицинских наук; профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», 129110, ул. Щепкина, д. 61/2; начальник Управления контроля за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения Росздравнадзора; 109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1; ORCID 0000-0003-2422-6306

Щеголев Павел Евгеньевич – начальник отдела первичной медико-санитарной помощи Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации; 127994, Россия, Москва, Рахмановский пер., 3, стр.1; ORCID 0000-0002-6300-1866

About the authors

Karakulina Ekaterina V. – Candidate of Medical Sciences; Director of the Department of Organization of Medical Care and Sanatorium and Resort Business of the Ministry of Health of the Russian Federation; 127994, Russia, Moscow, Rakhmanovsky Lane, 3, bld.1; ORCID 0000-0001-5222-1620; SPIN-код: 8501-7461

Vvedenskii Georgii G. – Deputy Director of the Department of Organization of Medical Care and Sanatorium and Resort Business of the Ministry of Health of the Russian Federation; 127994, Russia, Moscow, Rakhmanovsky Lane, 3, bld.1; ORCID 0000-0002-1217-7028

Kryakova Mariya Y. – methodologist of Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian

Federation; 101990, Russia, Moscow, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3; e-mail: kryakova.my@gmail.com; ORCID 0000-0003-1941-3860; SPIN: 9655-4486

Senenko Alija S. – leading researcher of Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation; 101990, Russia, Moscow, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3; associate professor of the department of public health and healthcare of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Russian University of Medicine" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 127006, Russia, Moscow, st. Dolgorukovskaya, 4; ORCID 0000-0001-7460-418X; SPIN-код: 6874-4974

Kupeeva Irina A. – Doctor of Medical Sciences; Professor of the Department of Health Organization and Public Health of Moscow Regional Research and Clinical Institute, 129110, Russia, Moscow, st. Shchepkina, 61/2; Head of the Department for Control over the Implementation of State Health Programs of Federal Service for Surveillance in Healthcare; 109012, Russia, Moscow, Slavyanskaya Sq., 4, bld.1; ORCID 0000-0003-2422-6306

Shhegolev Pavel E. – Head of Primary Healthcare Department of the Department of Organization of Medical Care and Sanatorium and Resort Business of the Ministry of Health of the Russian Federation; 127994, Russia, Moscow, Rakhmanovsky Lane, 3, bld.1; ORCID 0000-0002-6300-1866

Статья получена: 25.12.2023 г.
Принята к публикации: 25.03.2024 г.