

**М.И. Воевода¹, В.М. Чернышев^{*4,5}, О.В. Стрельченко²,
И.Ф. Мингазов³**

¹ — ФГБУ «НИИ терапии СО РАМН», Новосибирск, Россия

² — ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», Новосибирск, Россия

³ — ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области», Новосибирск, Россия

⁴ — ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России», Новосибирск, Россия

⁵ — Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна, Новосибирск, Россия

СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ УЧАСТКОВОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

M.I. Voevoda¹, V.M. Chernyshev^{*4,5}, O.V. Strelchenko², I.F. Mingazov³

¹ — FSBI «Scientific research Institute of internal medicine SB RAMS», Novosibirsk, Russia

² — FGBUZ «The Siberian district medical center of Federal medico-biological Agency», Novosibirsk, Russia

³ — ФБУЗ «The Center of hygiene and epidemiology in Novosibirsk region», Novosibirsk, Russia

⁴ — «Novosibirsk state medical University of Minzdrav of Russia», Novosibirsk, Russia

⁵ — Novosibirsk research Institute of traumatology and orthopedics named. Ya. L. Tsivian, Novosibirsk, Russia

STATUS, PROBLEMS AND PROSPECTS OF THE PRECINCT THERAPEUTIC SERVICES IN THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT

Резюме

В статье описаны проблемы, связанные с организацией оказания медицинской помощи населению в амбулаторных условиях, прежде всего в работе участковой службы. Анализируются причины, породившие их, а также меры по оптимизации структуры и деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. Особое внимание уделено кадровой политике и рационализации работы участковых врачей, которые должны способствовать притоку и закреплению специалистов в этой службе, повышению эффективности их работы, доступности и качества медицинской помощи населению.

Ключевые слова: *участковая служба, участковый врач, кадры, медицинская помощь.*

Abstract

The article describes the problems associated with the organization of medical aid to the population in the outpatient setting, particularly in the work of the district services. The causes that produced them, as well as measures to optimize the structure and operation of outpatient clinics. Special attention is paid to the personnel policy and streamline the work of local doctors, which should attract and retain specialists in this service, increase their efficiency, accessibility and quality of medical care.

Key words: *district service, the district doctor, staff, medical assistance.*

DOI: 10.20514/2226-6704-2016-6-6-12-18

АПУ — амбулаторно-поликлинические учреждения, КМП — качество медицинской помощи, МП — медицинская помощь, СФО — Сибирский федеральный округ, ФОТ — фонд оплаты труда

Ведущей организационной формой советского и современного Российского здравоохранения, на основе которой строится работа всех амбулаторно-поликлинических учреждений, является участковость (территориальная в городе и на селе). Практика наглядно показала, что правильное ее применение позволяет добиться максимальной эффективности в предупреждении и раннем выявлении заболеваний, их лечении, в медицинской и социально-трудовой реабилитации заболевших, активного воздействия на факторы, влияющие на заболеваемость, включая плановое оздоровление населения.

Жизнеспособность и востребованность территориально-участкового принципа подтверждается многолетним его существованием и тем, что буквально мизерное количество граждан воспользовались правом выбора ЛПУ и врача после появления такой возможности. Это связано, скорее всего, с тем, что уровень обслуживания и возможности в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения примерно одинаковы и решающим становится удаленность ЛПУ от мест проживания граждан.

Участковость позволяет установить постоянное медицинское наблюдение за определенными контингентами населения и обеспечить оказание им в поликлиниках и на дому своевременной и высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи. Важнейшую роль в организации медицинской помощи (МП) на догоспитальном этапе

играет участковый врач, его авторитет, профессионализм, умение работать с людьми.

Понимание важности участковой службы способствует тому, что ее развитию и совершенствованию постоянно уделяется внимание. Вместе с тем, положение в ней не только не улучшается, а скорее наоборот, количество проблем постоянно растет. Основная из них, это, безусловно, кадровая. Она актуальна не только для участковой службы, но и для всего здравоохранения страны и Сибирского федерального округа (СФО). Количество врачей в РФ и обеспеченность ими из года в год растет, а занятых в практическом здравоохранении уменьшается. Так, за период с 2000 до 2012 года в РФ количество врачей увеличилось с 680,2 тыс. до 703,2 (+3,4%), а в СФО с 96,3 до 98,5 тыс. (+2,3%).

Соответственно, в последние годы обеспеченность врачам в России в расчете на 100 000 населения, самая высокая (494) среди экономически развитых стран (Германия — 382, Италия — 410, Англия — 278, Франция — 307, Китай — 150, США — 273, Япония — 228) [5, 8, 11, 12].

При такой обеспеченности подготовленными специалистами количество их, занятых в практическом здравоохранении в целом по стране и в СФО постоянно снижается (табл. 1). Так в 2006 году в ЛПУ округа работало 64 792 врача, а в 2013 — 62 991 (-2,8%). Соответственно снизилась укомплектованность физическими лицами в округе с 61,3% (2006) до 55,7% (2013).

Таблица 1. Обеспеченность медицинскими кадрами сибирского федерального округа (2006-2013 гг.)

Table 1. Availability of physicians Siberian Federal District personnel (2006-2013)

Показатели/Годы Indicators/Years	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Занятые врачебные должности лечебно-профилактических учреждений (абс.)/ Employed medical office of health facilities (abs.)	100 700	101 264	101 925	102 103	101 483	104 212	104 259	104 927
Число физических лиц врачей, работающих в ЛПУ/ Number of doctors working in health facilities	64 792	64 450	65 257	64 645	62 309	63 707	63 121	62 991
Обеспеченность врачами (физ. лиц), работающими в ЛПУ (на 10 000 нас.)/ Number of doctors working in health facilities (per 10 000 population)	-	32,9	33,4	33,0	31,8	33,1	32,8	32,7
Укомплектованность физическими лицами врачебных должностей в ЛПУ/ Staffing individuals in of physician posts in health facilities, (%)	61,3	60,6	61,0	60,5	61,4	63,6	60,5	55,7
Участковые терапевты, работающие в ЛПУ (абс.)/ Therapists working in health facilities (abs.)	4 396	5 683	5 656	5 552	5 507	5 398	5 092	4 817
Врачи общей практики, работающие в ЛПУ (абс.)/ General practitioners working in health facilities (abs.)	527	675	741	942	921	917	896	852

Безусловно, такая динамика не остается незамеченной и влечет принятие некоторых мер (приоритетный национальный проект «Здоровье», программа модернизации здравоохранения и др.), которые не дали желаемого результата, а лишь несколько сдерживают негативные процессы. Основная причина этого в том, что они (меры) недостаточно научно обоснованы, не носят системного и комплексного характера. Стало очевидным, что материальная заинтересованность не является единственным фактором, способным решить кадровую проблему в тех службах, где она наиболее ощутима, в т.ч. в решении проблемы укомплектованности участковой службы. Примером тому является такая попытка в 2006 году в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», предусматривавшая повышение заработной платы участковым врачам, медицинским сестрам и некоторым другим категориям медицинских работников (скорой медицинской помощи, фельдшерам ФАПов и др.). Эффект был кратковременным, хоть и ощутимым. Так уже в 2008 году количество участковых врачей увеличилось более чем на четверть (табл. 1), а врачей общей практики в 2009 году почти на 80% (табл. 1), но в последующем число и тех и других начало стабильно снижаться. В 2013 году это сокращение достигло среди участковых терапевтов 15%, а среди врачей общей практики почти 10% по сравнению с годами максимальной укомплектованности (2008 и 2009 гг. соответственно) [8].

В сложившейся ситуации непонятна позиция государства, которое вкладывает огромные средства в подготовку медицинских работников, а проблема дефицита кадров в практическом здравоохранении не решается, более того — усугубляется. Вместе с тем, только 10-30% выпускников медицинских учебных заведений, обучавшихся на бюджетной основе, получают направления в ЛПУ практического здравоохранения. Целесообразно вернуться к обязательному распределению, тем более, что при этом нет никакого ущемления прав специалистов на свободу выбора места работы после окончания ВУЗа, о чем говорят правозащитники. Желающие посвятить себя медицине должны сделать выбор при поступлении в медицинское учебное заведение. Если учиться за деньги государства, то обязательное распределение, а если хочется самостоятельно распоряжаться своей судьбой, то только за свой счет или получение диплома с отличием. Люди, не желающие работать по распределению, фирмы и частные медицинские организации, приглашающие на работу к себе выпускников медицинских учебных заведений, специалисты, выезжающие на работу за границу, должны возместить государству расходы, связанные с их подготовкой, либо они автоматически должны лишаться права на получение разрешения

на медицинскую деятельность. Это не нарушение прав граждан, а рачительное использование государственных средств для решения актуальной для страны проблемы [9].

Более значимый и сложный следующий этап — закрепление кадров на тех местах, где их не хватает (село, участковая служба и др.). Для этого необходим КОМПЛЕКС мер, направленных на ДОЛГОВРЕМЕННУЮ заинтересованность специалистов:

1. Выплата подъемных для возмещения затрат, связанных с переездом, обустройством;
2. Выделение служебного жилья, которое через 15-20 лет может перейти в собственность специалиста;
3. Установление надбавок за работу там, где традиционно низкая укомплектованность (село, участковая служба и др.);
4. Предоставление социального пакета (места для детей в детских дошкольных учреждениях, бесплатное санаторно-курортное лечение 1 раз в 2-3 года, оплата (либо льготы) коммунальных услуг, льготное кредитование и т.д.);
5. Установление дифференцированных надбавок (5-10%, в зависимости от стажа работы) к пенсии лицам, отработавшим более 20 лет в селе, на участке;
6. Льготы на обучение (поступление) в ВУЗах детей таких специалистов и т.д.

Для того, чтобы определить этот перечень, нужно изучить опыт других стран, где они применяются. Безусловно, это потребует определенных затрат, но они гораздо меньше, чем те, которые несет государство в связи с тем, что нет врачей: преждевременная смертность и выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста, длительная временная нетрудоспособность, запущенные формы туберкулеза, онкологических заболеваний и т.д. Это далеко не полный перечень потерь, которые несет государство из-за отсутствия врачей [9].

Безусловно, отрицательно сказывается на деятельности и престижности участковой службы то, что очень много времени врачи тратят на работу с бумагами, бесконечные заседания и хождения по комиссиям, оформление листов нетрудоспособности, ежемесячное оформление рецептов людям, которые обречены на пожизненный прием выписываемых таблеток и др. По данным разных авторов на эту работу уходит до 70% рабочего времени участковых врачей [4, 10].

О нерациональности организации оказания медицинской помощи населению свидетельствуют результаты опроса врачей, по мнению которых более половины обращений к участковым врачам являются необоснованными (получение разного рода

медицинских документов и т.д.), и могут быть решены на доврачебном уровне. Почти три четверти вызовов участковых врачей на дом расцениваются ими, как необоснованные, или могут быть успешно обслужены средним медицинским персоналом. Около 70% опрошенных врачей поликлиник считают, что 20-40% посещений к врачам-специалистам являются также необоснованными. Все это ограничивает доступность МП, не обеспечивает надлежащее ее качество и, по мнению врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, в той или иной степени не отвечает ожиданиям 86,4% населения [10].

О необходимости радикальных перемен в здравоохранении, прежде всего его амбулаторно-поликлинического звена, говорят многие организаторы здравоохранения, но за прошедшие 20-25 лет «реформирования» отрасли заметных изменений в сторону улучшения в медицинском обслуживании населения не произошло. Во многом это обусловлено постоянным и выраженным дефицитом финансирования отрасли. Отрицать существенное влияние этого фактора на деятельность здравоохранения, конечно же, неправильно, но при этом мы имеем множество примеров нерационального использования выделяемых средств: содержание излишек коечного фонда, ведомственных ЛПУ, дублирующих работу территориальных поликлиник и др. Принимаемые меры неэффективны или недостаточно эффективны по причине того, что заявлено о новых рыночных отношениях в отрасли, но основополагающими остаются принципы советского здравоохранения (кстати, не самого плохого), т.е. не адаптированные к работе в условиях рынка, в т.ч. сохраняющееся мощное государственное регулирование, которое дополнено появлением новых контролирующих органов, таких как: территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации (СМО), учреждения Росздравнадзора и др. В связи с вышесказанным становится очевидным, что либо необходимо модернизировать прежнюю систему, либо принять комплекс мер (именно комплекс!), направленный на изменение не отдельных направлений, а на обеспечение системных, научно обоснованных изменений фундаментальных принципов организации медицинской помощи, базирующихся на рыночных отношениях [1, 2, 3, 5, 11].

Пересмотра требует господствующая ныне государственная доктрина о всеобщей доступности медицинской помощи, всем желающим, практически без ограничений. Она если не абсурдна, то уж точно невыполнима, более того, в связи с ее реализацией могут не получить МП реально нуждающиеся в ней люди, а это, чаще всего, работающее население, показатели смертности которого в разы пре-

вышают аналогичные показатели в развитых странах. Поэтому организация МП должна обеспечить первоочередное получение ее НУЖДАЮЩИМИСЯ и бесплатно, все желания следует удовлетворять за счет желающих. Проблема очень сложная и крайне непопулярная, но без ее решения улучшение медицинского обслуживания населения невозможно. Решение ее должно носить комплексный характер и осуществляться на основе системного подхода: ограничить посещения к врачу лиц, не нуждающихся в МП, освободить врачей и специалистов со средним медицинским образованием поликлиники от выполнения работы, несвойственной для них, и не требующей их квалификации. При этом условии не понадобится разукрупнение участков, предусмотренное Концепцией развития здравоохранения на период до 2020 года, соответственно и увеличения количества врачей, а также финансовых средств на оплату их труда, которых и без того катастрофически не хватает. И с практической точки зрения нецелесообразно 7-8 лет готовить специалиста, для того чтобы на 30% использовать его профессиональные возможности. Для того чтобы высвободить время врача для выполнения основной работы, его нужно освободить от той, которая не требует его квалификации и может быть выполнена без него. Специалистам нужно предоставить больше свободы и самостоятельности в их деятельности (определять сроки временной нетрудоспособности и периодичность посещения врача, отказаться от ежемесячного выписывания рецептов лицам, получающим их постоянно и др.), но при этом повысить их ответственность, в т.ч. материальную, за принимаемые решения, действия и результаты [1, 2, 9].

Необходимо сократить время на заполнение различных документов за счет использования готовых бланков, клише и др. Следует более широко внедрять информатизацию лечебно-диагностического процесса, которая должна прийти на смену традиционным формам работы с документами, а не стать дополнением к ним, как это нередко случается сегодня. Кроме того, врача следует «оградить» от той части пациентов, которые не нуждаются непосредственно в его осмотре и участии, т.е. выдача справок, дубликатов и многое другое, что можно извлечь из банка данных поликлиники, где должна быть сосредоточена если не вся информация о пациентах, то большая ее часть. Эту работу можно централизовать, четко определив, что можно сделать без участия врача, а что может лишь он.

Как это не парадоксально звучит, но именно ограничения будут способствовать повышению качества медицинской помощи (КМП) и доступности для нуждающихся, которые будут получать ее в необходимом объеме, своевременно и бесплатно.

С учетом опыта других стран можно ввести оплату за первичный прием (20-25 руб., т.е. на уровне стоимости проезда в общественном транспорте) — это позволит остановить часть людей, для которых посещение является желаемым, а не необходимым. Ужесточить показания для посещения врача и, тем более, вызова его на дом, может быть, сделать их частично оплачиваемыми. Возродить кабинеты доврачебного приема, организовать консультации по телефону и т.д., что позволит максимально высвободить время медицинских работников, которое они смогут посвятить пациентам. Очень существенное, если не определяющее, влияние на организацию оказания медицинской помощи гражданам и отношение к своим обязанностям работников участковой службы, в частности, оказывает система (принципы) оплаты деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), порядок распределения финансовых средств внутри их, и оплата труда отдельного сотрудника. Очень важно, чтобы финансовое благополучие как учреждения в целом, так и отдельного специалиста, зависело от объема и качества выполненной работы. Кроме того, система должна обеспечить приоритетность профилактической направленности в деятельности учреждения и специалистов, прежде всего участковой службы. Именно это требует особого внимания при ее формировании и, тем более, при реализации [6, 7].

Самое главное в достижении желаемого результата — это оплата работы поликлиники и участковой службы за поддержание здоровья обслуживаемого населения, а, наверно, единственный способ обеспечения этого — подушное финансирование и полное фондодержание поликлиник. При этом необходимо очень серьезно подготовить переход на эту систему, прежде всего на федеральном уровне разработать полноценное, научно обоснованное методологическое обеспечение, не допускать использования ее «суррогатов», которое позволит сделать заключение о нецелесообразности введения такой формы финансирования деятельности АПУ.

При полном фондодержании АПУ передаются средства не только на собственный объем деятельности, но и на стационарную помощь, специализированные обследования, консультации и лечение, скорую и неотложную МП. АПУ оплачивает из собственных средств все услуги, которые не может оказать само. Чем шире спектр медицинских услуг, предоставляемых АПУ, тем больше средств остается в ее распоряжении. В результате повышается заинтересованность в увеличении объема внебольничной МП, в т.ч. в развитии стационарзамещающих технологий, снижении числа необоснованных госпитализаций, в сокращении вызовов скорой и неотложной медицинской помощи, поскольку за каждый вызов нужно будет платить.

Появляется реальная возможность осуществить оплату деятельности АПУ за поддержание здоровья людей, проживающих на территории обслуживания. При таком подходе заинтересованность коллективов в экономии средств наиболее мотивирована и возможна за счет активной профилактики заболеваний, расширения объема медицинской помощи, оказываемого в амбулаторных условиях: стационары на дому, дневные стационары, амбулаторная хирургия и др. Обязательным условием является реализация еще одного принципа — «деньги следуют за пациентом», который позволит обеспечить реализацию права пациентов на выбор как АПУ, так и лечащего врача, потому что сумма, выделенная на него, будет переходить из одного учреждения в другое, от одного врача к другому. Это неизбежно приведет к усилению конкуренции среди участковых врачей, необходимости наращивания объема медицинской помощи, для расширения своей практики за счет привлечения новых пациентов [6, 9].

Участковая служба, являясь основным звеном АПУ должна стать «держателем» средств. Как показал опыт использования внутриучрежденческого хозрасчета, именно при таком подходе участковый врач становится действительно «ключевой фигурой», заинтересованной в рационализации оказания медицинской помощи своим пациентам, в экономии средств, часть которых будет направлена на повышение его заработной платы. Профилактика, диспансеризация станут необходимостью для них, потому что при хорошей её организации уменьшится количество обращений и, соответственно, расходы АПУ.

При этом у участкового врача будет реальная заинтересованность в освоении смежных специальностей (акушерства и гинекологии, амбулаторной хирургии, офтальмологии и т.д.), а в конечном счете стать врачом общей практики, при создании необходимых условий (оснащение, предоставление необходимого набора помещений, соответствующая подготовка). Это приведет к реальному и ощутимому росту заработной платы сотрудников участковой службы, усилению профилактической направленности в их деятельности, стабилизации кадров и даже росту укомплектованности их, отпадет необходимость в разукрупнении участков. Безусловно, все это будет способствовать улучшению взаимоотношения между пациентами и врачом, повышению авторитета последнего, что является очень важным и в целом для здравоохранения. Если К.С. Станиславский считал, что театр начинается с вешалки, то медицина, можно сказать, начинается с участкового врача, к которому чаще всего и обращаются люди заболевшие и желающие быть здоровыми. Как сказал в свое время академик АМН

СССР Ф.И. Комаров: «От того, каков участковый врач, во многом зависит взгляд больного на медицину в целом».

В связи с заинтересованностью участковой службы в рационализации использования средств, уменьшатся необоснованные консультации, параклинические исследования, процедуры и манипуляции. Конечно же, это потребует усиления контроля за правильностью лечения, естественно, с использованием стандартов и порядков оказания медицинской помощи. Для участковой службы неприемлема оплата за законченный случай и «гонорарный», как наиболее затратные и не стимулирующие заинтересованность врачей в профилактике. Вместе с тем, указанные формы оплаты труда вполне приемлемы для других специалистов АПУ.

В нынешней ситуации использование подушевого финансирования АПУ и наделение их полномочиями полного фондодержания сдерживается несколькими обстоятельствами. Самое главное — недостаточный объем финансирования, но это не исключает возможность внедрения предлагаемого порядка оплаты деятельности АПУ, а лишь предусматривает учет дефицита и при расчете соответствующих нормативов (цен) на оказание стационарных услуг. Многих организаторов здравоохранения, сотрудников СМО и ФОМСов пугает достаточно большая работа, которую предстоит проделать в переходный период. Очень важно еще и то, что внедрение такого порядка повлечет изменения, которые носят СИСТЕМНЫЙ характер, неизбежно снизят роль и значимость руководителей АПУ, что тоже в определенной степени является сдерживающим фактором.

Для закрепления кадров, повышения доступности и КМП, очень важна система оплаты труда, которая должна быть сдельной, поистине ЗАРАБОТАННОЙ и достаточно высокой.

Генри Джордж (американский политический деятель) сказал: «Общеизвестно, что труд наиболее продуктивен там, где платят наибольшую зарплату. Низкооплачиваемый труд неэффективен во всех странах мира». Это в полной мере относится и к медицинским работникам, только при хорошей оплате их деятельности общество получит право на то, чтобы требовать повышения качества медицинского обслуживания населения.

В сложившейся ситуации необходимо предпринять некоторые шаги. Фонд оплаты труда (ФОТ), должен находиться в прямой зависимости от объема, сложности и качества МП, оказываемой учреждением. На наш взгляд недопустимо дальнейшее наращивание штатной численности, т.к. она

будет способствовать снижению укомплектованности ЛПУ физическими лицами (специалистами), которая повлечет за собой снижение доступности МП. Нужно создать условия для медицинских работников, чтобы они могли максимально использовать свои профессиональные возможности и навыки, не отвлекать их на выполнение работ, не требующих их квалификации и профессионального мастерства. При этом необходимость в увеличении численности специалистов отпадет, о чем свидетельствует опыт экономически развитых стран, в которых даже профессиональные ассоциации следят не только за соблюдением прав своих членов, чистотой собственных рядов, но и за тем, чтобы эти ряды излишне не пополнялись. Это вполне оправдано, т.к. чем меньше исполнителей, тем выше оплата каждого из них. Рассчитывать на то, что ФОТ в здравоохранении в ближайшее время может резко увеличиться, не приходится, т.к. кроме политического решения, существует еще экономическая реальность, играющая если не решающую, то очень существенную роль, а она в нашей стране далека от благополучной [6, 7, 9].

Еще один очень важный аспект совершенствования МП — это необходимость изменения отношения в стране к медицине и медицинским работникам, прежде всего представителям участковой службы. Следует отказаться от пресловутого принципа: «Пациент всегда прав». У врача, кроме обязанностей, должны быть и права, а у пациентов не только права, но и обязанности, в т.ч. уважительного отношения к медицинским работникам. В противном случае врач тоже должен иметь право отказа от некоторых пациентов, демонстрирующих свое неуважение к врачу, допускающие оскорбления в его адрес и т.д. В конечном счете, прав тот, кто выполняет установленные правила и является, как сказал в свое время Цицерон, рабом ЗАКОНА [9].

Очень важно формирование общественного мнения в отношении медицинских работников, в этом важна позиция СМИ, которые должны объективно освещать события, отражать как недостатки, так и достижения медицины и отдельных специалистов, не позволять себе называть преступниками медицинских работников до установления судом факта совершения преступления. Мало рассказывается о труде медицинских работников, а ведь подавляющее большинство из них трудятся честно и добросовестно [9].

Заключение

Участковая служба — это «передний край» медицины, одна из самых сложных и тяжелых специальностей, а поэтому и самая проблематичная.

Но большая часть проблем решаемая. Прежде всего, необходимо принятие действенных мер по привлечению и закреплению кадров. Организация их работы таким образом, чтобы они имели возможность большую часть рабочего времени тратить на выполнение своих основных функций. Этому будет способствовать введение подушевого финансирования ЛПУ и наделения участковой службы функциями полного фондодержания в самих учреждениях, что обеспечит заинтересованность сотрудников в усилении профилактической направленности их деятельности, справедливую и достойную заработную плату. Необходимо изменить отношение к участковой службе, принять меры по повышению ее престижности и авторитета участкового врача и медицинской сестры. Все перечисленное, и многое другое, в т.ч. оптимизация структуры стационарной и других служб, должно осуществляться параллельно, системно и комплексно, а в конечном итоге привести к повышению доступности и качества медицинской помощи населению.

A

Список литературы/References:

1. Гриднев О.Б., Загоруйченко А.А. К вопросу о реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи населению в Москве. Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины». 2013; 4: 16-17.
Gridnev O.B., Zagoruychenko A.A. To the question of the reorganization of ambulatory assistance to the population in Moscow. Problems of SOC. hygiene, healthcare and history of medicine. 2013; 4: 16-17 [In Russian].
2. Гусева Н.К., Соколов В.А., Соколова И.А., Дюютова М.В. Доступность и качество амбулаторно-поликлинической помощи. Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013; 2: 15-18.
Guseva N.K., Sokolov V.A., Sokolova I.A., Doyutova M.V. The availability and quality of outpatient care. Problems of SOC. hygiene, healthcare and history of medicine. 2013; 2: 15-18 [In Russian].
3. Здравоохранение нуждается в правильной организации больше, чем в деньгах. Материалы Круглого стола в рамках Гайдаровского форума-2013. — <http://www.insor-russia.ru/ru/programs/doc/343>.
Health needs proper organization more than money. Materials of the Round table in the framework of the Gaidar forum-2013. <http://www.insor-russia.ru/ru/programs/doc/343> [In Russian].
4. Каштальян А.А. Анализ затрат труда врачей амбулаторно-поликлинического приема (по материалам хронометражного исследования. Медицинские новости (г. Минск). 2007; 8: 71-74.
Kashtalyan A.A. Analysis of the costs of physicians outpatient appointment (materials time studies Medical news (Minsk). 2007; № 8: 71-74 [In Russian].
5. Лисицын Ю.П. Здравоохранение и медицинская наука: вызовы современности и пути преодоления. Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013; 2: 3-5.
Lisitsyn Yu.P. Public Health and medical science: challenges and solutions. Problems of SOC. hygiene, healthcare and history of medicine. 2013; 2: 3-5 [In Russian].
6. Обухова О.В., Кадыров Ф.Н. Эффективные способы оплаты медицинской помощи в свете программы государственных гарантий. Менеджер здравоохранения. 2013; 11: 6-10.
Obukhova O.V., Kadyrov F.N. the Effective ways of payment for medical care in the light of the programme of state guarantees. Health Manager. 2013; 11: 6-10 [In Russian].
7. Пугачев В.П. Деструктивная мотивация: определение и причины. Зам. главного врача. 2014; 1: 80-84.
Pugachev V.P. Destructive motivation: definition and causes. Zam. the chief doctor. 2014; 1:80-84 [In Russian].
8. Стрельченко О.В., Чернышев В.М., Мингазов И.Ф. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2013 году (выпуск 13). Новосибирск. 2014. 298 с.
Strelchenko O.V., Chernyshev V.M., Mingazov I.F. Main indicators of population health and health care in the Siberian Federal district in 2013 (issue 13). Novosibirsk. 2014. 298 p. [In Russian].
9. Чернышев В.М. О некоторых итогах реформирования здравоохранения Российской Федерации и мерах по повышению его эффективности. Медицина экстремальных ситуаций. 2014; 2: 6-12.
Chernyshev V. M., On some results of the reform of health of the Russian Federation and measures to improve its effectiveness. Medicine of emergency situations. 2014; 2: 6-12 [In Russian].
10. Шарапов И.В., Иванинский О.И., Кривушкина Е.В., Шаманская Ю.А. Результаты социологического опроса врачей амбулаторно-поликлинических учреждений Новосибирской области. Инновации в медицине: Материалы международного форума. Новосибирск: ТД «Сибирский». 2014: 124-127.
Sharapov I.V., Ivaninsky O.I., Krivushkin E.V., Shamanskaya Yu.A. The Results of a poll of physicians of ambulatory polyclinic institutions of the Novosibirsk region. Medicine Innovations: Materials of the international forum. Novosibirsk: TD «Siberian» 2014: 124-127 [In Russian].
11. Щепин О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации. Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013; 5: 3-7.
Schepin O. P. The development of health of the Russian Federation. Problems of SOC. hygiene, healthcare and history of medicine. 2013; 5: 3-7 [In Russian].
12. Щепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013; 6: 24-28.
Schepin V. O. The population of the Russian Federation the main staff of the public health system. Problems of SOC. hygiene, healthcare and history of medicine. 2013; 6: 24-28 [In Russian].

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/
The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests

Статья получена/article received 27.09.2016 г.