



Некоммерческое Партнерство "Национальная Медицинская Палата»

Россия, 119180, г. Москва, ул. Большая Полянка, д.22, тел./факс: +7 (495) 959-28-96

www.nacmedpalata.ru; e-mail: org@nnpmp.ru; org-nmp@nnpmp.ru; mail@doctor-roshal.ru

Министру здравоохранения
Российской Федерации
В.И. Скворцовой

~ 204/1 от 04.06.2014

Уважаемая Вероника Игоревна!

В Национальной медицинской палате рассмотрен проект приказа МЗ РФ "Об утверждении отраслевых типовых норм времени приема одного пациента врачом-педиатром участковым, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом)".

Обращает на себя внимание, что при сохранении технологии оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях значительно уменьшены нормы времени по сравнению с принятыми ранее.

Например, согласно Методическим рекомендациям по нормированию труда медицинского персонала (Письмо Минздрава СССР от 02.10.1987 N 02-14/82-14) средневзвешенное число посещений на 1 час работы врача-терапевта участкового – 4,342, что соответствовало 13,82 мин.

Письмом Минздрава России от 25.12.2012 N 11-9/10/2-5718 был рекомендован «норматив времени на 1 посещение участкового терапевта, врача общей практики, участкового педиатра в среднем 20 минут».

В то же время в последние годы на участковую службу было дополнительно возложен значительный объем работы и ведение большого количества документации: реализация программы ОНЛС и оформление соответствующей документации (паспорт участка по ОНЛС, составление заявки по ОНЛС, оформление рецептов пациентам, имеющим право на меры социальной поддержки, ведение регистров больных сахарным диабетом, гипертонической болезнью, ветеранов войн и т.п.), диспансеризация отдельных групп взрослого населения (организация работы по привлечению населения, оформление документации, собственно обследование пациента), ведение паспорта участка, оформление документации на получение высокотехнологичной медицинской помощи и др. Следовательно, предлагаемые нормы времени не соответствуют реальной нагрузке на врачей участковой службы. Об этом свидетельствуют также и проведенные ранее в субъектах РФ исследования по хронометражу работы участковых врачей.

Учитывая медико-экономические стандарты самой медицинской услуги, «традиции» российского здравоохранения, услуга «Врачебный прием» (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2012г.

№1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг») – включает в себя сбор жалоб и анамнеза, что составляет 70% качественной и полной диагностики заболевания, осмотр физикальный и инструментальный (на что очень ориентирован российский пациент), пальпацию, перкуссию, аускультацию (в соответствии с требованиями пропедевтики внутренних болезней), далее назначение лечебно-оздоровительного режима с индивидуальными рекомендациями и лечение в соответствии с требованиями Стандартов оказания медицинской помощи, учета взаимодействия лекарственных средств и коморбидности фона пациентов, требует не менее 20 минут.

Ни одним стандартом типовых норм времени приема одного пациента врачом-терапевтом-педиатром-участковым не учтено время работы по экспертизе временной нетрудоспособности, стойкой утрате трудоспособности, контролю качества оказания медицинской помощи. При этом процесс оформления направлений на медико-социальную экспертизу и врачебную комиссию, талона-направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, заявок на обеспечение лекарственными средствами, актов исследования здоровья призывника и различного рода справок является длительным. Кроме того, не учтен большой объем отчетно-учетной документации, различных мониторингов и отчетов.

Еще в 2006 году приказом Управления здравоохранения Рязанской области от 01.08.2006 № 300 "Об утверждении норм нагрузки врачебного персонала и плановых показателей работы коек в учреждениях здравоохранения рязанской области на 2006 год" была утверждена норма нагрузки - 3,5 человека в час на приеме в поликлинике, что составляло 17 мин на одного пациента и включало все виды деятельности: основную, вспомогательную, служебную, работу с документами и проч.

В 2014 году была проведена работа по хронометражу деятельности врачей участковой службы в Новосибирской области. Получены следующие результаты:

Нормы времени приема одного пациента врачом (в минутах)

Должность	в поликлинике	на дому
педиатр участковый	23	33
терапевт участковый	20	30
врач общей практики (семейный врач)	25	45

По данным, представленным из Ярославской области, на основании проведенного хронометража выполнение диспансеризации отдельных групп населения требует в среднем от 30 до 35 минут:

Таким образом, необходимо, как минимум, оставить существующие нормы времени на прием одного пациента врачами участковой службы и оптимизировать их деятельность с целью повышения качества оказания медицинской помощи. Около 50% времени врача уходит на заполнение документации. Для сокращения времени потраченного на заполнение документации предлагаем следующее:

- Пересмотреть с последующим сокращением содержательный объем медицинской документации.

- Оснастить специалистов автоматизированными рабочими местами (АРМ). В соответствии с проектом ЕГИСЗ полная оснащенность специалистов АРМ будет достигнута к 2016 г, при этом следует учесть время необходимое для обучения медицинских работников работе с информационными системами, а также время, потраченное на дублирование электронных документов и документов на бумажных носителях. Таким образом минимум к 2017 году АРМ позволят реально сократить время на заполнение медицинской документации.

- Обеспечить врачей как минимум двумя медицинскими сестрами с выполнением ими «простых врачебных манипуляций» и заполнения медицинской документации.

Путем несложных подсчетов можно определить время, отведённое врачу на перемещение от места проживания одного пациента к месту проживания другого. Установленные проектом приказа 30 мин времени посещения одного пациента на дому минус 16,5 мин, отведенные на амбулаторный прием равняется 13,5 мин. Возможно ли врачу добраться до другого адреса вызова? Ответ очевиден! Это не возможно? Не говоря уже о том, что пациенты на дому зачастую требуют большего внимания в соответствии с тяжестью состояния и следовательно, большего времени обслуживания по сравнению с амбулаторным приемом.

В настоящее время в соответствии со статьей 21 «Выбор врача и медицинской организации» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ пациент имеет право выбрать любую медицинскую организацию в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Здесь появляется еще больше трудностей при обслуживании пациента, выбравшего данное ЛПУ, но проживающего за пределами участка обслуживания поликлиники.

Принятые и действующие нормативно-правовые акты сегодня не ограничивают гражданина в выборе лечебного учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, не чаще чем один раз в год. Оказание медицинской помощи на дому в соответствии с новой классификацией медицинской помощи (ст.32,33 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ) квалифицируется как оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме. Таким образом, медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях прикрепленному населению, должна оказывать ее, в том числе, и при вызове на дом. Что является проблемой для медицинских организаций при обслуживании населения, проживающего на отдаленных территориях или граждан, выбравших амбулаторно-поликлиническое учреждение не по территориально-участковому принципу.

При этом, если пациент проживает на другом конце города и дорога и нему и обратно займет всё время, отведенное на посещение всех пациентов, это приведет уже к ущемлению прав пациентов, проживающих непосредственно на территории обслуживания поликлиники.

Таким образом, реализуя право на выбор медицинской организации в полном объеме, врачи не смогут уложиться в установленные отраслевыми нормами времени посещения одного пациента на дому 30 мин.

Выходом из этой ситуации могло бы быть:

1. исключение из нормативов посещения одного пациента на дому времени, затрачиваемого на дорогу или увеличение этого норматива, или, что более реально,
2. внести, пока это еще не поздно, изменение в проект приказа МЗ «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», где закрепить возможность оказания медицинской помощи на дому только на территории обслуживания медицинской организации. Территорию для обслуживания ЛПУ в свою очередь должен определять орган исполнительной власти субъекта РФ. Данный вид помощи будет оказываться вне зависимости от прикрепления гражданина к ЛПУ, согласно полиса обязательного медицинского страхования. Вопросы финансирования можно было бы решить с помощью Территориальной программы госгарантий или тарифного соглашения.

Это было бы вполне логично. На дом к пациенту приходит врач из той поликлиники, которая расположена ближе, а наблюдаться и лечиться он обращается в то ЛПУ, которое выбрал. Преимущество в медицинской документации при современных технологиях решить несложно.

Нормы времени посещения пациента на дому с учетом времени, затрачиваемого на дорогу к месту проживания пациента, зависят от плотности населения и транспортной доступности и не могут устанавливаться едиными для РФ с возможностью изменения в пределах 15%. По данным Росстата, на 01.01.2010 только на уровне субъектов РФ разница в плотности населения составляет более 57 раз: в среднем по России плотность населения – 8,3 человека на 1 кв. км, в ЦФО – 57 человек на 1 кв. км, Республика Саха (Якутия), Камчатский край, Магаданская область, Ненецкий, Чукотский и Ямало-Ненецкий АО – менее 1 человека на 1 кв. км.

В связи с этим предлагаем рассмотреть поправочные коэффициенты для обслуживания вызовов на дому с учетом географии участка ("городские многоэтажки", частный сектор, сельские и отдаленные районы).

Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что в документе используется термин «основная деятельность врача», не имеющий определения в федеральных нормативных правовых актах (в отличие от основных видов деятельности учреждения, которые определяются уставными документами – см., например, Федеральный закон от 08.05.2010 N 83-ФЗ).

Более того, из п. 3 следует, что во время приема пациента (отнесенного к «основной» деятельности) врач осуществляет «другие виды деятельности – вспомогательную, служебную, прочую деятельность и работу с документами».

Используется термин «амбулаторный прием» взамен установленного Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ и Программой государственных гарантий термина «оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях».

Вызывает сомнения целесообразность фактического установления норматива времени на «другие виды деятельности (вспомогательную, служебную, прочую деятельность и работу с документами) во время приема пациента», которая может составлять до 50% норм времени на «основную деятельность».

Таким образом, представленный проект приказа требует существенной доработки и проведения дополнительных исследований по хронометражу практической деятельности врачей участковой службы.

Президент НМП



Л.М. Рошаль