

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК В УСЛОВИЯХ ГОРОДА

Ирина Михайловна Сон¹, Алефтина Александровна Калининская^{1*},
Лейла Адильгереевна Гаджиева², Анастасия Викторовна Гажеева¹,
София Исаковна Шляфер¹

¹Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, г. Москва, Россия;

²Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала, Россия

Поступила 10.07.2017; принята в печать 05.09.2017.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-1034

Цель. Предложить перспективные организационно-функциональные модели общих врачебных практик в условиях города с расширением функций среднего медицинского персонала.

Методы. Проведён анализ данных форм федерального статистического наблюдения по России и её субъектам. Использованы следующие методы исследования: контент-анализ, статистический, непосредственного наблюдения, социологический (анкетирование), функционально-организационного моделирования.

Результаты. Представлены показатели обеспеченности врачами общей практики (семейными врачами) и медицинскими сёстрами врача общей практики в России и её субъектах. Выявлены основные причины, тормозящие внедрение института общей врачебной практики в условиях города. Представлена фактически сложившаяся модель общей врачебной практики в условиях городской поликлиники, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и перспективные модели общих врачебных практик, ориентированные на рациональное использование ресурсов, в том числе специалистов со средним медицинским образованием в соответствии с уровнем их профессиональной компетенции. Рассмотрены разные варианты перспективных моделей общей врачебной практики в условиях городских поликлиник, обслуживающих взрослое население, различающиеся формами работы: (1) организуется самостоятельный приём пациентов медицинской сестрой врача общей практики; (2) предварительный приём пациентов медицинской сестрой врача общей практики совместно с врачом общей практики; (3) самостоятельный доврачебный приём пациентов фельдшером и медицинской сестрой врача общей практики; (4) комплексная бригада общей врачебной практики может включать медицинского регистратора.

Вывод. Разработаны предложения по совершенствованию организационных основ деятельности общих врачебных практик в условиях города.

Ключевые слова: поликлиника, врач общей практики, медицинская сестра, организация здравоохранения, модели врачебной практики.

PROMISING MODELS OF THE ORGANIZATION OF GENERAL MEDICAL PRACTICES IN A CITY

I.M. Son¹, A.A. Kalininskaya¹, L.A. Gadzhieva², A.V. Gazheva¹, S.I. Shlyufer¹

¹Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Moscow, Russia;

²Dagestan State Medical Academy, Moscow, Russia

Aim. To propose promising organizational and functional models of general medical practices in a city with the expansion of the functions of paramedical personnel.

Methods. Analysis of the forms data of federal statistical observation in Russia and its subjects was carried out. The following research methods were used: content analysis, statistical method, direct observation, sociological method (questionnaire), functional organizational modelling.

Results. The indicators of availability of general practitioners (family doctors) and nurses of a general practitioner in Russia and its subjects are presented. The main reasons for inhibiting the introduction of the institute of general medical practice in a city are revealed. The actual model of general medical practice in a medical organization is presented, that provides outpatient medical care, as well as prospective models of general medical practices, focused on the rational use of resources, including specialists with secondary-level medical education in accordance with their level of professional competence. Different variants of perspective models are discussed for general medical practice in the conditions of city policlinics serving the adult population and distinguished by the forms of work; (1) an independent appointment for patients with the general practitioner's nurse is organized; (2) preliminary appointment for patients with general practitioner's nurse together with a general practitioner; (3) independent, before-doctor appointment for patients with a medical assistant and a nurse of a general practitioner; (4) a complex team of general practice can include a medical register.

Conclusion. The proposals on improving the organizational bases for the activities of general medical practices in a city were developed.

Keywords: polyclinic, general practitioner, nurse, healthcare organization, model of medical practice.

Российская система охраны здоровья населения, заслуженно признанная во второй половине XX века одной из лучших в мире, требует реформирования. Чрезмерно узкая специализация

амбулаторной помощи устранила личность врача как фигуру «стража здоровья». Принимаемые сегодня государством меры должны прежде всего привлечь внимание к первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и создать у врачей первичного звена достаточные стимулы

для повышения ответственности за охрану здоровья населения [1, 2].

Федеральным законом Российской Федерации (РФ) №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что «Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), статья 33» [3].

Таким образом, врач общей практики (ВОП) / семейный врач (СВ) — одна из главных фигур в оказании ПМСП, а общая врачебная (семейная) практика (ОВП) — перспективная форма организации ПМСП. ВОП/СВ несёт ответственность за здоровье пациента, не заменяя собой врачей-специалистов, в том числе терапевтов и педиатров. Напротив, благодаря внедрению ВОП/СВ авторитет и эффективность деятельности врачей узких специальностей должны значительно возрасти [4].

Согласно Федеральному закону РФ №323-ФЗ от 21.11.2011 «Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием».

Средний медицинский персонал служит значимым ресурсом здравоохранения страны, ему принадлежит важная роль в сохранении и укреплении здоровья населения. От профессионального уровня, качества подготовки и рационального использования среднего медицинского персонала зависит эффективность работы системы здравоохранения.

При делегировании определённых функций среднему медицинскому персоналу возможно снижение нагрузки непосредственно на врача.

На основании приказа Минздравсоцразвития РФ от 23.03.2012 №252н утверждён Порядок возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при оказании ПМСП и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению лекарственных препаратов, фельдшер допущен к исполнению обязанностей лечащего врача по оказанию ПМСП [5].

Активное участие фельдшера или медицинской сестры с самостоятельным доврачебным приёмом в оказании медицинской помощи, а также использование немедицинского персонала позволит сократить непроизводительные затраты времени врача и среднего медицинского персонала, увеличить численность прикрепленного населения.

Проведённый нами анализ показал, что за период с 2006 по 2015 гг. число ВОП/СВ увеличилось с 6300 до 9520, то есть в 1,5 раза. Обеспеченность населения ВОП (СВ) возросла с 0,44 до 0,65 на 10 тыс. населения (1,6 % общей численности врачебных кадров) [6].

Следует признать, что реформирование первичного звена здравоохранения — переход к ОВП (семейной практике) осуществляется медленно. В субъектах РФ этот процесс протекает достаточно неравномерно. В 2015 г. наибольший показатель обеспеченности ВОП/СВ отмечен в Чувашской Республике (3,7 на 10 тыс. населения), наименьший — в Республике Ингушетия (0,02), г. Москве (0,03) [6].

Одной из приоритетных задач реформирования здравоохранения по принципу ОВП (семейных практик) является активное подключение к этому процессу ценного ресурса отрасли — среднего медицинского персонала с учётом его профессиональной компетенции [7].

В условиях перехода к ОВП во многих субъектах РФ проводится подготовка медицинских сестёр ВОП (МСВОП). В 2015 г. в РФ в системе Минздрава РФ работали 13,9 тыс. МСВОП. В общей численности среднего медицинского персонала МСВОП составили 1,1%. Соотношение ВОП к МСВОП составляет 1:1,46. Обеспеченность населения РФ МСВОП в 2015 г. составила 0,95 на 10 тыс. населения. В субъектах РФ колебания показателей значительны — от 0,0 (Чукотский автономный округ) до 5,9 тыс. на 10 тыс. населения (Чувашская Республика) [8].

В законодательной документации РФ используется дефиниция ВОП/СВ, однако в условиях города — это скорее ВОП, на селе же он обслуживает всю семью и по сути является СВ. По этой причине в условиях города мы используем дефиницию ВОП.

Следует отметить, что в 90-е годы XX века было много исследовательских работ, касающихся организационных форм работы ОВП в РФ, однако в настоящее время количество таких исследований резко сократилось, крайне мало работ, касающихся деятельности ВОП в условиях города. Посредством контент-анализа нами изучены сложившиеся организационные формы работы ОВП.

Цель исследования — предложить перспективные организационно-функциональные модели ОВП в условиях города с расширением функций среднего медицинского персонала.

Материалы исследования: данные форм федерального статистического наблюдения №30 по РФ и субъектам РФ за 2006–2015 гг., данные социологических опросов в восьми субъектах РФ (анкеты и интервью), источники литературы. Методы исследования: контент-анализ, статистический анализ (анализ данных отчётных форм), анализ непосредственного наблюдения, социологический анализ (анкетирование), анализ функционально-организационного моделирования.

В процессе исследования нами были проведены социологические опросы руководителей медицинских организаций в восьми регионах РФ (Республики Башкортостан, Дагестан, Северная Осетия — Алания, г. Москва, Московская, Рязанская, Самарская, Челябинская об-

Таблица 1

Функционально-организационные модели ОВП в МОАУ, обслуживающих городское взрослое население

Функционально-организационные модели	Формы работы ОВП в МОАУ	Состав бригады соотношение ВОП:СМП	Должностные обязанности ВОП и МСВОП (Приказ Минздрава от 23.07.2010) №541н	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 стрин-ский приём 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 приём 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 приём фельдшера и МСВОП	Не используется
Модель 5. Перспективная комплексная модель ОВП с привлечением фельдшера, МСВОП и не медицинского персонала	Полный переход на ОВП, сокращение штатной численности врачей-специалистов	1 ВОП:1 фельдшер:1 МСВОП:0,25 медрегистратор	Расширенные должностные обязанности МСВОП и фельдшера разрабатываются в МОАУ в соответствии с моделью работы ОВП	Предварительный совместно с ВОП приём фельдшера и МСВОП	Медицинский регистратор

Примечание: ОВП — общая врачебная практика; МОАУ — медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях; ВОП — врач общей практики; СМП — скорая медицинская помощь; МСВОП — медицинская сестра ВОП.

ласти). Проведённый нами анализ результатов анкетирования позволил выявить следующие причины, затрудняющие внедрение института ВОП в условиях города:

- несовершенство организации деятельности ОВП в структуре ПМСП;
- несовершенство нормативной базы деятельности ОВП;
- низкий уровень подготовки ВОП и МСВОП (повышение квалификации включает большой объём теоретических и минимум практических навыков);
- 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 МСВОП, но и фельдшера);
- несовершенство механизмов дифференцированной оплаты труда ВОП и среднего медицинского персонала, работающего с ВОП.

Внедрение института ОВП/СВ характеризуется следующими тенденциями:

- обеспеченность населения ВОП/СВ и МСВОП в течение последних лет практически не изменилось;
- соотношение врачебного и сестринского персонала в первичном звене не соответствует задачам, которые должна решать ОВП.

Проведённый нами контент-анализ показал, что в субъектах РФ складываются разные модели ОВП, например в форме центров и офисов ОВП, функционирующих в отдалённых городских микрорайонах на правах филиалов поликлиник. Офисы ОВП могут размещаться в обычном жилом доме, в специально построенных или приспособленных помещениях [9].

Другой формой работы ОВП служит акушерско-терапевтическо-педиатрический комплекс. В составе такого комплекса работают терапевт, педиатр и акушер-гинеколог, наблюдающие за одной семьёй [10].

Заслуживает положительной оценки опыт работы ОВП на базе городских поликлиник в условиях нового хозяйственного механизма в г. Самаре при полном переходе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (МОАУ), на ОВП и полном фондодержании МОАУ и ОВП [1].

Результаты исследования показали, что, с одной стороны, роль медицинской сестры в оказании ПМСП в настоящее время недооценена, её навыки используются недостаточно активно, с другой — в МОАУ ощущается дефицит медицинских сестёр. Улучшить ситуацию и повысить доступность ПМСП в условиях города может внедрение в МОАУ перспективных моделей ОВП, ориентированных на рациональное использование существующих ресурсов, в том числе специалистов со средним медицинским образованием, в соответствии с уровнем их профессиональной компетенции.

Основные принципы построения перспективных моделей следующие:

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

В настоящее время в городах осуществляется внедрение ОВП на базе МОАУ для взрослого населения.

Модель 1. Фактически сложившаяся модель организации ОВП на базе городской МОАУ, обслуживающей взрослое население (табл. 1).

1. Должностные обязанности ВОП/СВ и МСВОП соответствуют приказу Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 «18247») [11].

2. Численность прикрепленного населения на участке определяется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 №543н (редакция от 30.09.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 №24726) [12].

3. Соотношение ВОП:МСВОП составляет 1:1.

4. МСВОП проводит приём пациентов одновременно с ВОП, кроме того, в её обязанности входит патронаж на дому.

При такой форме организации работы одного, двух и более ВОП в условиях МОАУ не удаётся сократить штатные должности врачей-специалистов, а самозапись на приём не уменьшает количество обращений к врачам-узким специалистам (офтальмологу, оториноларингологу, неврологу и др.).

При этой модели невозможно соблюдение главного принципа участковости, когда один врач отвечает за здоровье пациента.

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

Модель 2. Перспективная модель полного перехода МОАУ, обслуживающей городское взрослое население, на ОВП.

1. Предполагает полный переход городской МОАУ, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению, на ОВП.

2. Сокращение штатной численности врачей-специалистов.

3. Организуется самостоятельный приём МСВОП. Соотношение ВОП:МСВОП составляет 1:2.

4. В МОАУ разрабатываются и утверждаются расширенные должностные обязанности МСВОП.

5. МСВОП ведёт школы здоровья совместно с ВОП.

Модель 3. Перспективная модель ОВП в МОАУ, обслуживающей городское взрослое население, с расширением функций среднего медицинского персонала.

1. Предполагает полный переход городской МОАУ, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению, на ОВП.

2. Сокращение штатной численности врачей-специалистов.

3. Организуется самостоятельный приём МСВОП.

4. В МОАУ разрабатываются и утверждаются расширенные должностные обязанности МСВОП.

5. Организуется предварительный приём пациентов МСВОП совместно с ВОП.

6. Соотношение ВОП:МСВОП составляет 1:2.

Модель 4. Перспективная модель ОВП на базе МОАУ, обслуживающей городское взрослое население, с привлечением фельдшера.

1. Предполагает полный переход городской МОАУ, оказывающей медицинскую помощь городскому взрослому населению, на ОВП.

2. Сокращение штатной численности врачей специалистов.

3. Организуется самостоятельный предварительный доврачебный приём пациентов фельдшером и МСВОП.

4. В МОАУ разрабатываются и утверждают должностные обязанности фельдшера, работающего на предварительном приеме пациентов совместно с ВОП.

5. В МОАУ разрабатываются и утверждают расширенные должностные обязанности МСВОП.

6. Соотношение ВОП:фельдшер:МСВОП составляет 1:1:1.

Модель 5. Перспективная комплексная модель ОВП на базе МОАУ, обслуживающей городское взрослое население, с привлечением фельдшеров, МСВОП и прочего персонала.

1. Предполагает полный переход городской МОАУ, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению, на ОВП.

2. Организовываются комплексные врачебно-фельдшерские и сестринские бригады с использованием медицинских регистраторов.

3. Сокращение штатной численности врачей-специалистов.

4. Организуется самостоятельный приём МСВОП. Соотношение ВОП:МСВОП составляет 1:2.

5. В МОАУ разрабатываются и утверждаются расширенные должностные обязанности МСВОП.

6. В МОАУ разрабатываются и утверждают должностные обязанности фельдшера, работающего на предварительном приеме пациентов совместно с ВОП.

7. В МОАУ разрабатываются и утверждаются должностные обязанности медрегистратора, работающего в ОВП.

8. Штатная численность комплексной бригады ОВП утверждается в МОАУ.

Предложения по совершенствованию организационных основ деятельности ОВП в условиях города.

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

ВОП 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 её оказания:

– определять наиболее эффективные маршруты движения прикрепленных пациентов [1];

– 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 ОВП.

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

ВЫВОДЫ

1. Предлагаемые нами организационно-функциональные модели общих врачебных практик в условиях города перспективны, так как позволят рационально использовать профессиональные возможности врачей общей практики и специалистов со средним медицинским образованием, оптимизировать численность и структуру медицинских кадров в соответствии с их квалификационным уровнем.

2. Качество и эффективность медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики, следует оценивать в условиях введения эффективного контракта.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бальзамова Л.А. Организация первичной медицинской помощи в РФ. *Правовые вопросы в здравоохранении*. 2014; (1): 28–33. [Bal'zomova L.A. Organization

of primary medical sanitary care in RF. *Pravoye voprosy v zdravookhraneni*. 2014; (1): 28–33. (In Russ.)]

2. Хабриев Р.У., Линденбраген А.Л., Комаров Ю.М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства. *Проблемы социал. гигиены, здравоохран. и истории мед.* 2014; (3): 3–5. [Khabriev R.U., Lindenbraten A.L., Komarov Yu.M. The strategy of health care of population as a background of public social policy. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014; (3): 3–5. (In Russ.)]

3. Федеральный закон РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/dd5b443a6d2c374dc77998bcc6cad68c593488e/ (дата обращения: 02.07.2017). [Federal law RF №323-FZ issued at 21 November 2011 «On Basics of Health Protection of the Citizens in the Russian Federation». http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/dd5b443a6d2c374dc77998bcc6ccad68c593488e/ (access date: 02.07.2017). (In Russ.)]

4. Денисов И.Н., Черниенко Е.И. Совершенствование организации первичного звена здравоохранения. Методические рекомендации. *Справочник врача общей практики*. 2008; (1): 13–46. [Denisov I.N., Chernienko E.I. Improvement of primary health care organization. Methodological guidelines. *Spravochnik vracha obshchey praktiki*. 2008; (1): 13–46. (In Russ.)]

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №252н от 23 марта 2012 г. «Порядок возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты». <http://base.garant.ru/70170588/> (дата обращения: 01.07.2017). [Order of the Ministry №252n issued at 23 March 2012 «The order of assigning medical assistant, midwife, head of medical institute at organization of primary medical sanitary care and ambulance to separate functions of a doctor in charge in direct medical care for a patient during the observation and treatment, including administration and use of medicinal preparations including narcotic and psychotropic medications». <http://base.garant.ru/70170588/> (access date: 01.07.2017). (In Russ.)]

6. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Часть I. (Медицинские кадры). М.: Минздрав РФ, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. 2016; 270 с. Основные показатели ресурсов здравоохранения. http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/Osnovnye_pokazateli_resursov_zdravookhraneniya_RF.pdf (дата обращения: 01.07.2017). [*Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy zdravookhraneniya*. Chast' I. (Meditsinskie kadry). (Resources and activity of medical health care organizations. Part I. (Medical staff)). Moscow: Minzdrav RF, FGBU «TsNIIOIZ» Minzdrava Rossii. 2016; 270 p. Main indicators of health care resources. http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/Osnovnye_pokazateli_resursov_zdravookhraneniya_RF.pdf (access date: 01.07.2017). (In Russ.)]

7. Вахитов Ш.М., Нуриева Э.В. Роль медицинских сестёр в современном здравоохранении. *Казанский мед. ж.* 2010; 91 (3): 260–263. [Vakhitov Sh.M., Nurieva E.V. Nursing diagnosis: from the concept to the methodology. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2010; 91 (3): 260–263. (In Russ.)]

8. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Часть II. (Средний медицинский персонал.) М.: Минздрав РФ, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. 2016; 149 с. Основные показатели ресурсов здравоохранения. [*Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy zdravookhraneniya*. Chast' II. (Srednij medicinskiy personal.) (Resources and activity of medical health care organizations. Part II. (Paramedics.)) Moscow: Minzdrav RF, FGBU «TsNIIOIZ» Minzdrava Rossii. 2016; 149 p; Moskva, Minzdrav Rossijskoj Federacii, FGBU «CNIIOIZ» Minzdrava Rossii. 2016; 149 p. Main indicators of health care resources. (In Russ.)]

9. Чуднов В.П. Опыт развития первичной медико-санитарной помощи в России (от земской медицины до общей врачебной практики). *Справочник врача общей практики*. 2009; (7): 20–49. [Chudnov V.P. Experience of development of primary medical sanitary care in Russia (from zemsky medicine to general practice). *Spravochnik vracha obshchey praktiki*. 2009; (7): 20–49. (In Russ.)]

10. Пуяндайкина Г.А., Артемьева Е.Г., Маленкова В.Ю., Бусалаева Е.И. Врач общей практики — координатор работы акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса. *Справочник врача общей практики*. 2014; (2): 23–24. [Puyandaykina G.A., Artem'eva E.G., Malenkova V.Ju., Busalaeva E.I. General practitioner — coordinator of the work of obstetrical, therapeutical and pediatric complex. *Spravochnik vracha obshchey praktiki*. 2014; (2): 23–24. (In Russ.)]

11. Приказ Минздравоохранения РФ от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 №18 247). *Российская газета*. 27.09.2010; (217). [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 541n dated 23.07.2010 «On approval of the Unified qualification reference book for managers, specialists and employees, section «Qualifying characteristics of workers in the health sector»» (registered in Ministry of justice of RF 25.08.2010 No. 18 247). *Rossiyskaja gazeta*. 27.09.2010; (217). (In Russ.)]

12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 №543н (ред. от 30.09.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 №24726). *Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти*. 24.12.2012; (52). [The order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation №543n issued at May 15, 2012 «About the statement of regulations about the organization of rendering primary medical and sanitary aid to adult population» (registered in Ministry of justice of RF 27.06.2012 №24726). *Bulletin of legislative acts of federal organs of executive department*. 24.12.2012; (52). (In Russ.)]