



# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## HEALTH CARE ORGANIZATION

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2026



Ходакова О.В., Мирошниченко А.И., Бачегова Е.М., Шахова А.М.

### Организационно-методические подходы к оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи в рамках реализации вариативных моделей деятельности врача-терапевта участкового

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Москва, Россия

#### РЕЗЮМЕ

**Введение.** В целях совершенствования первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) всё чаще внедряются новые модели организации оказания медицинской помощи, направленные на оптимизацию работы врачей-терапевтов участковых (ВТУ) и среднего медицинского персонала. Практически реализованные вариативные модели деятельности ВТУ в субъектах Российской Федерации имеют положительные результаты по увеличению доступности, качества оказания ПМСП при рациональном использовании ресурсов здравоохранения. Вместе с тем масштабированию внедрения препятствует отсутствие единой системы оценки их эффективности, что требует унификации и стандартизации с целью обеспечения сопоставимости результатов и отбора наиболее результативных вариантов.

**Цель исследования:** смоделировать и научно обосновать критерии эффективности оказания ПМСП при реализации вариативных моделей организации деятельности ВТУ.

**Материалы и методы** исследования включали поиск вариативных моделей, организационное моделирование, аналитический метод и контент-анализ.

**Результаты.** Анализ показал, что вариативные модели способствуют повышению пропускной способности терапевтических участков, повышению доступности медицинской помощи и росту охвата профилактическими мероприятиями. Бригадная форма организации труда ВТУ позволяет эффективнее распределять рабочие функции и снижать нагрузку на врачей, увеличивая количество обслуживаемых пациентов. Оптимизация нормативных положений обеспечивает рост численности прикрепленного населения, одновременно повышая качество оказания медицинской помощи. Предложены критерии оценки эффективности деятельности ВТУ, основанные на классических показателях и позволяющие сравнить вариативные модели. Применение данных критериев обеспечит научное обоснование выбора наиболее эффективной модели организации ПМСП.

**Ограничения исследования.** Исследование имеет ограничение по возможности использования оценки эффективности вариативных моделей только при оказании ПМСП.

**Заключение.** Эффективность применяемых методов оценки доказана на примере существующих моделей, показаны позитивные тенденции улучшения обслуживания населения в условиях российских реалий.

**Ключевые слова:** модели организации деятельности врача-терапевта участкового; первичная медико-санитарная помощь; оценка эффективности деятельности врача-терапевта участкового; перераспределение функций

**Соблюдение этических стандартов.** Данный вид исследования не требует прохождения экспертизы локальным этическим комитетом.

**Для цитирования:** Ходакова О.В., Мирошниченко А.И., Бачегова Е.М., Шахова А.М. Организационно-методические подходы к оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи в рамках реализации вариативных моделей деятельности врача-терапевта участкового. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2026; 70(1): 5–13. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2026-70-1-5-13> <https://elibrary.ru/r1xcwp>

**Для корреспонденции:** Мирошниченко Анна Игоревна, e-mail: [miroshnichenkoai@mednet.ru](mailto:miroshnichenkoai@mednet.ru)

**Участие авторов:** Ходакова О.В. — концепция и дизайн исследования, редактирование; Мирошниченко А.И. — сбор и обработка материала, написание текста, составление списка литературы; Бачегова Е.М., Шахова А.М. — сбор и обработка материала. Все авторы внесли равноценный вклад в поисково-аналитическую работу и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Olga V. Khodakova, Anna I. Miroshnichenko, Elena M. Bachegova, Alla M. Shakhova

## Managerial and methodological approaches to assessing the effectiveness of primary health care within the implementation of variable models of general practitioner performance

Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Russian Federation

### ABSTRACT

**Introduction.** To enhance primary health care, new models of medical service delivery are increasingly being introduced. Variative operational models of district general practitioners implemented across Russia's federal subjects demonstrate promising outcomes. Nevertheless, large-scale adoption is impeded by the absence of a unified system for evaluating their efficacy, necessitating harmonization and standardization.

**Purpose.** To develop and scientifically validate criteria for measuring the effectiveness of primary health care provision while implementing variative models of general practitioner's operations.

**Materials and methods.** The study employed searches for variative models, managerial modeling, analytical techniques, and content analysis.

**Results.** The analysis has demonstrated variable models to contribute to the increased capacity of therapeutic units, improved access to medical services, and expanded coverage with preventive measures. Team-based work managing of general practitioners allows for more efficient distributing of job functions, reducing doctor's workload, and increasing the number of patients served. Optimization of regulatory provisions ensures an increase in the number of attached residents, simultaneously improving the quality of provided medical care. The proposed performance evaluation criteria based on classical indicators make it possible to compare variable models. The application of these criteria will provide scientific justification for selecting the most effective model of primary health care (PHC) institution.

**Research limitations.** The study is restricted in that it evaluates the effectiveness of variative models solely within the scope of PHC delivery.

**Conclusion.** The validity of the utilized evaluation methodology is demonstrated by extant models, highlighting positive trends toward enhanced patient service quality under current Russian conditions.

**Keywords:** *models of work organization of general practitioners; primary health care; performance evaluation of general practitioners; redistribution of functions*

**Compliance with ethical standards.** This type of research does not require review by a local ethics committee.

**For citation:** Khodakova O.V., Miroshnichenko A.I., Bachegova E.M., Shakhova A.M. Managerial and methodological approaches to assessing the effectiveness of primary health care within the implementation of variable models of general practitioner performance. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii / Health Care of the Russian Federation, Russian Journal.* 2026; 70(1): 5–13. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2026-70-1-5-13> <https://elibrary.ru/rlixwcp> (in Russian)

**For correspondence:** Anna I. Miroshnichenko, e-mail: [miroshnichenkoai@mednet.ru](mailto:miroshnichenkoai@mednet.ru)

**Contribution of the authors:** *Khodakova O.V.* — research concept and design, editing; *Miroshnichenko A.I.* — collection and processing of material, writing the text, compilation of the list of literature; *Bachegova E.M., Shakhova A.M.* — collection and processing of material. *All authors* made an equal contribution to the search and analytical work and preparation of the article, read and approved the final version before publication.

**Funding.** The study had no sponsorship.

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

Received: October 13, 2025 / Accepted: December 17, 2025 / Published: March 4, 2026

### Введение

Совершенствование системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является приоритетной задачей здравоохранения Российской Федерации. Роль ПМСП в профилактике заболеваний, снижении предотвратимой смертности и увеличении продолжительности жизни беспорна. Главной целью оптимизации ПМСП в России в рамках федеральных и региональных проектов является улучшение доступности и качества оказания медицинской помощи [1].

Изменение общего подхода к организации оказания ПМСП: создание call-центров, электронной записи на приём к врачу, в том числе с использованием единого портала государственных услуг, увеличение доли электронного документооборота, выравнивание процессов с использованием технологий бережливого производства, перераспределение функций между медицинским персоналом, функционирование кабинетов доврачебного приёма, неотложной медицинской помощи и отделений (кабинетов) медицинской профилактики позволили сократить сроки ожидания получения помощи пациентом, увеличить время на приёме, непосредственно затрачиваемое врачом на пациента, увеличить удовлетворённость населения и незначительно повысить пропускную способность терапевтического участка, увеличить долю

профилактических посещений, повысить охват диспансерным наблюдением [2, 3].

Вместе с тем по-прежнему сохраняются проблемы в работе медицинских организаций, оказывающих ПМСП: кадровый дисбаланс врачей-терапевтов участковых (ВТУ) и среднего медицинского персонала, длительность ожидания приёма ВТУ и качество оказания медицинской помощи [4, 5].

Наиболее перспективным направлением решения проблем являются разработка и внедрение различных организационных решений в виде вариативных моделей деятельности ВТУ, предусматривающих увеличение пропускной способности терапевтического участка, снижение нагрузки на врачей, увеличение использования потенциала среднего медицинского и немедицинского персонала, увеличение доступности медицинской помощи, охвата профилактическими мероприятиями, экономической эффективности, успешно реализованных в отдельных медицинских организациях или субъектах Российской Федерации [6]. Вместе с тем отсутствуют единые критерии эффективности вариативных моделей, обеспечивающих сопоставимость полученных результатов и, как следствие, ограничение их повсеместного применения.

**Цель исследования:** смоделировать и научно обосновать критерии эффективности оказания ПМСП при реализации вариативных моделей организации деятельности ВТУ.

## Материалы и методы

В рамках исследования применены методы организационного моделирования, аналитический и контент-анализ. Использовали материалы научных электронных библиотек eLIBRARY.RU, КиберЛенинка, справочной правовой системы «Консультант Плюс», системы «Гарант», сайта Минздрава России и сети Интернет, находящиеся в свободном доступе. Поисковые запросы провозводили по ключевым словам: «модели организации врачебных участков», «вариативные модели организации деятельности ВТУ», «перераспределение функций медицинского персонала», «эффективность деятельности врача-терапевта участкового, медицинской сестры участковой». По результатам поиска отобраны и систематизированы ранее описанные вариативные модели деятельности ВТУ. Проведён анализ показателей эффективности деятельности ВТУ, смоделированы критерии эффективности для оценки вариативных моделей.

## Результаты

Практический опыт показал, что бригадная форма организации деятельности ВТУ с вариативным соотношением врач/медицинская сестра имеет положительный эффект и чаще реализуются в медицинских организациях (табл. 1) [7–10].

Создание самостоятельных сестринских приёмов позволяет увеличить доступность медицинской помощи и сформировать поток пациентов, которым не требуется врачебная помощь [7, 9]. Привлечение к работе на участке медицинских сестёр с высшим образованием (уровень бакалавриат) сокращает время приёма одного пациента ВТУ и увеличивает охват населения профилактическими мероприятиями и диспансерным наблюдением [10]. При увеличении количества средних медицинских работников в бригаде численность прикрепленного населения может достигать 3500 человек, не только с сохранением высокого качества оказания медицинской помощи, но и с улучшением показателей охвата населения профилактическими мероприятиями<sup>1</sup>. Внедрение в работу поликлиник медицинских постов значительно увеличивает пропускную способность первичного звена здравоохранения. Использование цифровых решений (например, онлайн-опросника для сбора жалоб и анамнеза) ускоряет процесс сортировки пациентов на входе в медицинскую организацию, максимально эффективно и своевременно направляя пациента на приём в зависимости от его состояния и цели обращения [10]. Таким образом, наличие различных подходов к изменению процесса оказания ПМСП и условий, ограничивающих применение вариативных моделей, создаёт потребность в разработке единых критериев эффективности организации оказания ПМСП.

Эффективность системы здравоохранения традиционно оценивается по 3 критериям: медицинскому, экономическому и социальному. Российские учёные неоднократно разрабатывали перечни индикаторов, позволяющих анализировать работу учреждений здравоохранения, в том числе при оказании ПМСП. Мнения специалистов относительно конкретных критериев различаются, однако имеется несколько ключевых требований: показатели

должны выражаться численно, легко рассчитываться, базироваться на доступной и достоверной информации. Важно минимизировать количество используемых показателей, обеспечивая при этом всестороннюю оценку основных направлений деятельности. Параметры эффективности целесообразно определять путём анализа статистической отчётности, первичной медицинской документации и анализа удовлетворённости пациентов [11].

Методики оценки оказания ПМСП сводятся к определению результативных показателей деятельности медицинской организации в целом, основываясь на статистическом, социологическом методах, методе экспертных оценок и клиничко-экономическом анализе, что связано с выполнением задач по рациональному использованию ресурсов и получению максимального качественного эффекта от профилактических и лечебных мероприятий в первичном звене здравоохранения [12, 13].

Определяя критерии оценки деятельности ВТУ в рамках реализации вариативных моделей, логично исходить из показателей эффективности всех участников процесса оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения — как врача, так и медицинской сестры участковой (МСУ), нормативно закреплённых в приказах Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11.05.2007 № 324 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке» и от 19.04.2007 № 282 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового». Большинство критериев идентичны, за исключением некоторых пунктов, касающихся назначения лекарственных препаратов врачом и проведения санитарно-просветительской работы медицинской сестрой, где определяются главенствующая роль врача и ответственность среднего медицинского работника в рамках его компетенций, что позволяет говорить о единых критериях для оценки работы бригады «врач–медицинская сестра».

С учётом действующего нормативного правового регулирования критерии эффективности деятельности ВТУ характеризуются количественными и качественными показателями. Количественные показатели позволяют оценить нагрузку на ВТУ, а качественные — доступность ПМСП, качество лечебной и профилактической работы, экспертной деятельности.

Показатели нагрузки на ВТУ базируются на принципе оптимального распределения количества прикрепленного населения в зависимости от территориальных особенностей, дифференцированного по цели обращения времени приёма одного пациента, и оцениваются по среднему числу посещений в день, в том числе на дому, и выполнению функции врачебной должности в течение года.

В программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемой Правительством РФ, определены критерии доступности ПМСП, включающие удовлетворённость населения и увеличение доли пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), взятых под диспансерное наблюдение (ДН)<sup>2</sup>. Вместе с тем внедрение в работу медицинских организаций новой модели управления процессами для обеспечения оптимальной

<sup>1</sup> Гридасов Г.Н., Вдовенко С.А., Гусева С.Л. и др. Методические рекомендации «Модели организации комплексного территориального участка с позиций эффективного кадрового менеджмента». Самара; 2015.

<sup>2</sup> Постановление Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов».

**Таблица 1.** Модели организации деятельности врачей-терапевтов участковых (ВТУ) и медицинской сестры участковой (МСУ) при оказании первичной медико-санитарной помощи**Table 1.** Models of managing of activities of a district general practitioner and district nurse when providing primary health care

Наименование модели Model name	Краткое описание модели Brief description of the model	Кадровый состав участников Personnel composition of participants
Бригадная форма [7] Team-based form [7]	Самостоятельный приём МСУ Independent reception of the district medical nurse	ВТУ, МСУ District general practitioner, district medical nurse
Бригадная форма* Team-based form*	Перераспределение функций между врачом, средним медицинским и немедицинским персоналом. ВТУ — руководитель бригады Redistribution of functions between doctors, mid-level medical personnel, and non-medical staff. The district general practitioner is the team leader	ВТУ, МСУ, фельдшер/МСУ, регистратор District general practitioner, district medical nurse, paramedic/additional district medical nurse), registrar
Московский стандарт поликлиники [8] Moscow polyclinic standard [8]	Приём только по предварительной записи. Медицинский пост. Неотложная помощь оказывается в отдельном структурном подразделении Appointments only by prior booking. Medical post. Emergency care is provided by a separate structural subdivision	ВТУ, медицинский пост (МСУ/фельдшер). District general practitioner, medical post (district medical nurse/paramedic)
Комплексный территориальный участок** Complex territorial unit**	Участок от 2500 до 3000 прикрепленного населения. Самостоятельный приём МСУ. Классический терапевтический приём Territory serving from 2,500 to 3,000 registered population. Independent reception of the district medical nurse. Classic therapeutic consultation.	Модель 1–3: 1 ВТУ/2,5–4,0 МСУ; Модель 4: 1 ВТУ/3 МСУ и 1 медицинская сестра на 2 врачей Model 1–3: 1 district general practitioner/2.5–4.0 district medical nurses; Model 4: 1 district general practitioner/3 district medical nurses and 1 medical nurse shared between 2 physicians
Бригадная форма [9] Team-based form [9]	Самостоятельный приём МСУ/фельдшера, регистратора Independent reception of the district medical nurse/paramedic, registrar	ВТУ, МСУ, фельдшер, регистратор District general practitioner, district medical nurse, paramedic, registrar
Классическая усиленная модель [10] Classically enhanced model [10]	Перераспределение функций между врачом, средним медицинским и немедицинским персоналом. Самостоятельный приём медицинской сестрой с уровнем образования бакалавриат. Redistribution of duties between doctors, middle-ranking medical personnel, and non-medical staff. Independent reception conducted by a medical nurse holding a bachelor's degree	Регистратор, ВТУ, МСУ с врачом, медицинская сестра (бакалавриат) Registrar, district general practitioner, district medical nurse with physician, medical nurse (Bachelor's degree)
Поточная модель [10] Flow model [10]	Перераспределение функций между врачом, средним медицинским и немедицинским персоналом. Медицинский пост Redistribution of responsibilities between doctors, mid-level medical personnel, and non-medical staff. Medical post	Регистратор, 4 ВТУ, медицинский пост: 2 МСУ регистратор, 4 участковых Registrar, 4 district general practitioners, Medical post: 2 district medical nurses
Комбинированная модель [10] Combined model [10]	Онлайн-опросник пациента в инфомате. Самостоятельный сестринский приём медицинскими сестрами с уровнем образования бакалавриат/фельдшерами Online patient questionnaire via info kiosk. Independent nursing reception by medical nurses with Bachelor's degree/paramedics	Регистратор, 2 медицинские сестры (бакалавриат)/2 фельдшера, 2 ВТУ Registrar, 2 medical nurses (Bachelor's degree)/2 paramedics, 2 district general practitioners

Примечание. \* Стародубов В.И., Купеева И.А., Сененко А.Ш. и др. Методические рекомендации «Модели организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с расширением зон ответственности среднего медицинского персонала». М.; 2021. 68 с.

\*\* Гридасов Г.Н., Вдовенко С.А., Гусева С.Л. и др. Методические рекомендации «Модели организации комплексного территориального участка с позиций эффективного кадрового менеджмента». Самара; 2015.

Note. \* Starodubov V.I., Kopeeva I.A., Senenko A.Sh., et al. Methodological recommendations "Models of organizing primary health care for the adult population with expanded areas of responsibility for medical staff". Moscow; 2021. 68 p.

\*\* Gridasov G.N., Vdovenko S.A., Guseva S.L., et al. Methodological recommendations "Models of organizing a comprehensive territorial area from the perspective of effective personnel management". Samara; 2015.

доступности ПМСП для населения определило дополнительные критерии деятельности медицинских организаций:

- запись граждан на приём к врачу с использованием дистанционных способов;
- обеспечение приёма пациента строго по предварительной записи;
- увеличение доли времени приёма врачом для оказания помощи в плановой форме в течение рабочей смены;
- сокращение количества визитов в поликлинику для прохождения профилактических медицинских осмотров<sup>3</sup>.

Критерии оценки эффективности лечебной работы направлены на реализацию стратегии снижения риска госпитализации населения, предупреждение экстренных ситуаций, контроль за пациентами с хроническими заболеваниями, стабилизацию уровня заболеваемости болезнями социального характера (туберкулёз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, онкологические заболевания), снижение смертности от предотвратимых причин и контроль лекарственной терапии.

Ключевые индикаторы качества профилактической работы:

- уровень охвата вакцинацией;
- доля впервые выявленных заболеваний, в том числе онкологических, при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации;
- охват диспансерным наблюдением различных категорий граждан с хроническими заболеваниями (трудоспособное население; лица, получающие лекарственное обеспечение; лица, имеющие право на получение набора социальных услуг).

Нормативно закреплены показатели эффективности мер, направленных на повышение осведомлённости населения и формирование ответственности за собственное здоровье: проведение школ здоровья для пациентов с хроническими заболеваниями; обучение основам ухода за больными и самоухода. Важным критерием является количество обоснованных жалоб, в том числе на нарушение доступности оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

Трудовые функции ВТУ предусматривают проведение экспертизы временной нетрудоспособности и подготовку медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы с последующей оценкой эффективности реабилитационных мероприятий<sup>4</sup>.

Анализу эффективности экспертной деятельности подлежат следующие показатели:

- средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности;
- структура заболеваний с временной утратой трудоспособности;
- количество впервые признанных инвалидов;
- распределение по группам инвалидности и причинам, обусловившим стойкую утрату трудоспособности;
- процент трудоспособных пациентов, ставших инвалидами.

Таким образом, согласно существующей нормативной правовой базе, определение эффективности деятельности ВТУ предусматривает применение более 35 разнородных

критериев, что существенно осложняет проведение комплексной, объективной и в то же время эргономичной оценки функциональных возможностей вариативных моделей.

Разработка критериев оценки эффективности деятельности ВТУ должна отвечать стратегическим задачам системы здравоохранения Российской Федерации по увеличению общей продолжительности жизни, общей продолжительности здоровой жизни, приоритету профилактики хронических заболеваний. Аналитическим путём сформированы критерии оценки эффективности деятельности ВТУ при реализации вариативных моделей, смоделирован комплексный подход, который позволит выявить наиболее результативные практики для тиражирования в медицинских организациях (табл. 2).

## Обсуждение

В публикациях, которые описывают эффект реализации вариативных моделей по обеспечению доступности и качества ПМСП, снижения нагрузки на врачей, не содержится объективных критериев оценки. Подходы к установлению сроков достижения результатов в моделях отличаются: от 1 мес до нескольких лет [7–9]. Предложенные нами критерии оценки эффективности деятельности ВТУ в зависимости от сроков реализации вариативной модели можно разделить на краткосрочные и долгосрочные. Краткосрочные показатели определяются через месяц после внедрения и далее ежемесячно, что позволяет оперативно оценивать результаты и при необходимости проводить своевременную коррекцию реализуемых мероприятий. Оценка долгосрочных показателей запланирована по истечении 12-месячного периода, что является достаточным для оценки статистических показателей заболеваемости и смертности. Итоговая комплексная оценка включает анализ всех показателей через 1 год от начала реализации вариативной модели.

Преимуществом внедрения вариативных моделей является увеличение пропускной способности терапевтического участка за счёт перераспределения функций между медицинским персоналом, сокращение времени на приём ВТУ, организация самостоятельного фельдшерского/сестринского приёма, увеличение времени работы участка, формирование сестринских постов. Вместе с тем нет единого подхода к определению норматива пропускной способности, который можно рассчитать, исходя из количества часов работы в смену ВТУ и времени, дифференцированного по цели обращения, для оказания помощи одному пациенту<sup>5,6</sup>.

Разработчики «Классической усиленной», «Поточной» и «Комбинированной» моделей апробировали формулу (1) расчёта пропускной способности с учётом числа всех специалистов (ВТУ, МСУ, фельдшера), ведущих приём:

$$P_y = (v_{60} / v_p) \cdot n_p \cdot n_s, \quad (1)$$

где  $P_y$  — пропускная способность ВТУ/бригады в рабочую смену (чел./смена);  $v_{60}$  — 60 мин;  $v_p$  — время затрачиваемое на 1 пациента, мин;  $n_p$  — число ведущих приём специалистов в модели;  $n_s$  — количество часов в смену.

<sup>5</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога».

<sup>6</sup> Методические рекомендации № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные кол-центры (издание 3-е)» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ 27.09.2023).

<sup>3</sup> Каракулина Е.В., Щеголев П.Е., Ходырева И.Н. и др. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (4-е изд.). Методические рекомендации. М.: 2024. 308 с. DOI: 10.15829/ROPNIZ-k10-2024

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 195н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности».

**Таблица 2.** Критерии оценки эффективности деятельности врачей-терапевтов участковых (ВТУ) при реализации вариативных моделей**Table 2.** Criteria for assessing the effectiveness of a general practitioner in implementing variable models

Критерий оценки Evaluation criterion	Показатель Indicator	Источники критерия (медицинская документация) Sources of criterion (medical documentation)	Период (интервал) оценки Evaluation period (interval)
Пропускная способность ВТУ/бригады в рабочую смену Patient throughput capacity of a district therapist/team per working shift	Число человек, принятых в 1 смену (человек/смена) Number of people received in one shift (people/shift)	Учётная форма № 025-1/у*; учётная форма № 039/у-1-06** Accounting form No. 025-1/у; accounting form No. 039/у-1-06	Через 1 мес работы модели After 1 month of model operation
Численность прикрепленного населения на терапевтическом участке Population size attached to the therapeutic unit	Число человек Number of individuals	Учётная форма № 025-1/у; учётная форма № 039/у-1-06 Accounting form No. 025-1/у; accounting form No. 039/у-1-06	Через 1 мес работы модели After 1 month of model operation
Количество посещений с профилактической целью Number of preventive visits	Динамика, % Trend, %	Учётная форма № 131/о*** Accounting form No. 131/о	Ежемесячно Monthly
Число пациентов с ХНИЗ, прошедших комплекс мероприятий в рамках ДН Number of patients with chronic non-communicable diseases who have completed a set of activities within the framework of dispensary observation	Динамика, % Trend, %	Учётная форма № 025/у**** Accounting form No. 025/у	Ежемесячно Monthly
Число работающих граждан с ХНИЗ, прошедших комплекс мероприятий в рамках ДН Number of employed citizens with chronic non-communicable diseases who have completed a set of activities within the framework of dispensary observation	Динамика, % Trend, %	Учётная форма № 025/у Accounting form No. 025/у	Ежемесячно Monthly
Снижение уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности в группе диспансерного наблюдения Reduction in the level of morbidity with temporary loss of work capacity among patients under dispensary supervision	Динамика, % Trend, %	Учётная форма № 025/у Accounting form No. 025/у	Через 1 год работы модели After 1 year of model operation
Снижение первичного выхода на инвалидность по причине ХНИЗ в группе диспансерного наблюдения Reduction in primary disability due to chronic non-communicable diseases among patients under dispensary supervision	Динамика, % Trend, %	Учётная форма № 025/у Accounting form No. 025/у	Через 1 год работы модели After 1 year of model operation
Снижение смертности в группе диспансерного наблюдения Reduction in mortality rate among patients under dispensary supervision	Динамика, % Trend, %	Учётная форма № 025/у Accounting form No. 025/у	Через 1 год работы модели After 1 year of model operation

**Примечание.** \* Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.05.2025 № 274н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения».

\*\* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21.06.2006 № 490 «Об организации деятельности медицинской сестры участковой».

\*\*\* Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.11.2020 № 1207н «Об утверждении учётной формы медицинской документации № 131/у «Карта учёта профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка её ведения и формы отраслевой статистической отчётности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения», порядка её заполнения и сроков представления».

\*\*\*\* Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

При внедрении «Поточной» и «Комбинированной» моделей отмечено увеличение пропускной способности более чем на 35% по сравнению с классической формой организации оказания ПМСП [10].

Оптимальное распределение нагрузки и увеличение пропускной способности в вариативных моделях обуславливает пересмотр нормативной численности прикрепленного населения к терапевтическому участку, которая составляет 1700 человек взрослого населения для городской местности и 1300 — для сельской<sup>7</sup>. Условиями повышения производительности терапевтического участка являются высокое качество и доступность медицинской помощи. Увеличение ориентировочной численности прикрепленного населения до 2200, 2500, 3000, 3400 и 3500 человек представлено в нескольких вариативных моделях [9]. Вместе с тем не определен единый метод расчёта численности прикрепленного населения. Наиболее простым способом представляется увеличение числа прикрепленного населения пропорционально доли повышения пропускной способности модели по сравнению с классической формой организации ПМСП. На первом этапе проводится расчёт доли увеличения пропускной способности модели по сравнению с классическим терапевтическим участком по формуле (2):

$$D = ((P_y - 28) / 28) \cdot 100\%, \quad (2)$$

где  $D$  — доля увеличения пропускной способности модели, %;  $P_y$  — пропускная способность ВТУ/бригады в рабочую смену (человек/смена).

Пропускная способность классической модели определена 28 посещениями в смену ВТУ на основании продолжительности рабочего времени в смену, норм времени на приём 1 пациента и структуры посещений по видам.

На втором этапе производится расчёт численности прикрепленного населения для вариативной модели по формуле (3):

$$N_p = ((1700 \cdot D) / 100) + 1700, \quad (3)$$

где  $N_p$  — численность прикрепленного населения для вариативной модели;  $D$  — доля увеличения пропускной способности модели, %; 1700 — количество прикрепленного населения к 1 терапевтическому участку в классической модели оказания ПМСП.

Двухэтапные вычисления для каждой вариативной модели позволят более объективно подойти к изменению численности прикрепленного населения.

Приоритет профилактических мероприятий для сохранения и укрепления здоровья населения отражён в показателях оценки вариативных моделей как обязательных критериях, обуславливающих реализацию первичной и вторичной профилактики. Повышение охвата прикрепленного населения диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами описано при организации бригадной формы оказания ПМСП. Опыт московского здравоохранения демонстрирует увеличение количества посещений с профилактической целью на 15,4% в течение 4 лет после реорганизации системы ПМСП [8]. Повышение роли МСУ в обучении пациентов профилактике ХНИЗ и формированию здорового образа жизни, проведение самостоятельных осмотров, в том числе в рамках первого этапа диспансеризации, в значительной степени повышает долю профилактических мероприятий в структуре оказания ПМСП [7]. Нами

предложен критерий оценки данного показателя в виде помесячной динамики при реализации вариативной модели по формуле (4):

$$Nd = ((ndt - ndp) / ndp) \cdot 100\%, \quad (4)$$

где  $Nd$  — динамика посещений с профилактической целью (профилактический медицинский осмотр/диспансеризация взрослого населения, ПМО/ДВН);  $ndt$  — число ПМО/ДВН в текущем месяце;  $ndp$  — число ПМО/ДВН в предыдущем месяце.

Повышение охвата ДН лиц, имеющих ХНИЗ, при которых показано ДН как основа снижения смертности от предотвратимых причин, входит в задачи многих вариативных моделей [7, 8, 10]. Выделение отдельного потока пациентов диспансерной группы и мониторинг выполнения объёмов ДН включены в функциональные обязанности МСУ [10]. При оценке охвата пациентов ДН используются разные подходы: по группам заболеваний (болезни системы кровообращения, эндокринной системы), возрасту пациентов, трудоспособности, наличию льготной категории [14]. Предложенные формулы расчёта показателей оценки «Количество пациентов с ХНИЗ, прошедших комплекс мероприятий в рамках ДН» и «Количество работающих пациентов с ХНИЗ, прошедших комплекс мероприятий в рамках ДН» учитывают как полноту охвата ДН всех подлежащих лиц и отдельно лиц трудоспособного возраста, определяя приоритетность профилактических мероприятий для данной группы населения, так и качественные показатели выполнения ДН каждым пациентом. Методология расчёта едина, в формуле учитываются данные либо всего по пациентам, подлежащим ДН, либо по работающим пациентам группы ДН по формуле (5):

$$D_n = K_t - K_p, \quad (5)$$

где  $D_n$  — динамика охвата ДН пациентов, %;  $K_t$  — охват лиц, подлежащих ДН в текущем месяце;  $K_p$  — охват лиц, подлежащих ДН в предыдущем месяце.

Расчёт охвата ДН лиц, подлежащих в текущем месяце ( $K_t$ ), проводится по формуле (6):

$$K_t = (pdt / pdp) \cdot 100\%, \quad (6)$$

где  $K_t$  — охват лиц, подлежащих ДН в текущем месяце, %;  $pdt$  — число лиц с ХНИЗ, получивших комплексное посещение ДН за текущий месяц;  $pdp$  — число лиц с ХНИЗ, подлежащих ДН в текущем месяце.

Расчёт охвата лиц, подлежащих ДН в предыдущем месяце ( $K_p$ ), проводится по аналогичной формуле расчёта охвата лиц, подлежащих ДН в текущем месяце со значениями предыдущего месяца.

Долгосрочные критерии, оцениваемые через год после начала реализации мероприятий, в большей степени направлены на оценку качества проведения ДН в когорте пациентов с ХНИЗ и определения отдалённых эффектов внедрения вариативных моделей. Снижение уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность и смертности пациентов с ДН являются результирующими показателями изменения процесса оказания ПМСП. Оценку динамики по долгосрочным критериям предлагается производить через 1 год после внедрения вариативной модели с помощью стандартной методики расчёта темпов прироста показателя. Среди внедрённых вариативных моделей долгосрочная оценка проводилась только в московском здравоохранении: показано, что смертность от болезней системы кровообращения снизилась в 1,5 раза за 3 года [8, 14].

<sup>7</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Исследование имеет *ограничение* в части возможности использования оценки эффективности вариативных моделей деятельности ВТУ только при оказании ПМСП.

### Заключение

Смоделированный комплекс показателей оценки эффективности деятельности врачей-терапевтов участковых при реализации вариативных моделей легко применим на практике, поскольку основан на классических показателях

и позволяет объективизировать оценку как ранее внедрённых вариативных моделей, так и будущих, определяя сопоставимость результатов. На первом этапе оценки предлагается использовать краткосрочные показатели с принятием управленческих решений по полученным данным. При стойком положительном тренде краткосрочных показателей и продолжении реализации проекта вариативной модели следует переходить к оценке долгосрочных показателей по истечении одного года реализации проекта.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Каракулина Е.В., Введенский Г.Г., Щеголев П.Е., Ходырева И.Н., Алборова С.К. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» – инструмент повышения доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора*. 2021; (1): 38–45. <https://elibrary.ru/oqcghe>
2. Сон И.М., Сененко А.Ш., Меньшикова Л.И., Купеева И.А. Обзор региональных практик по расширению функций среднего медицинского персонала. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2021; 67(4): 11. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2021-67-4-11> <https://elibrary.ru/mvcrsa>
3. Байчерова А.Р., Вайцеховская С.С., Костюченко Т.Н., Токарева Г.В. Особенности внедрения концепции бережливого производства в учреждениях здравоохранения. *Экономика: вчера, сегодня, завтра*. 2023; 13(10-1): 553–63. <https://doi.org/10.34670/AR.2023.54.77.071> <https://elibrary.ru/ssfjga>
4. Меньшикова Л.И., Сон И.М., Крякова М.Ю., Каракулина Е.В., Введенский Г.Г., Купеева И.А. и др. Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях кадрового дисбаланса врачей-терапевтов участковых и пути их решения (обзор литературы). *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023; (2): 771–803. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-2-771-803>
5. Каракулина Е.В., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В., Страдымов Ф.И., Люцко В.В. Анализ становления первичной медико-санитарной помощи и оценка тенденций ее развития. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023; (3): 712–36. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-3-712-737> <https://elibrary.ru/iabzlo>
6. Зоричева А.Л. Первичная медико-санитарная помощь в отдельных регионах РФ: проблемы, успехи, перспективы (обзор). *Госпитальная медицина: наука и практика*. 2023; 6(4): 59–68. <https://elibrary.ru/vnffurq>
7. Крякова М.Ю., Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Каракулина Е.В., Купеева И.А., Щеголев П.Е. и др. Расширение клинической роли медицинской сестры участковой: правовые аспекты и практический опыт. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2024; 1(1): 32–45. <https://doi.org/10.15829/3034-4123-2024-20> <https://elibrary.ru/qfrrxsk>
8. Хрипун А.И. Основные принципы и комплексный подход к развитию московского здравоохранения. *Национальное здравоохранение*. 2024; 5(3): 5–17. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2024.5.3.5-17>
9. Крякова М.Ю., Введенский Г.Г., Каракулина Е.В. Комплекс схем «Структура организационных моделей на терапевтическом участке». Патент РФ № 143537; 2024.
10. Ходакова О.В., Богданова Т.Г., Шахова А.М. Организационные модели амбулаторного приема врача-терапевта участкового. *Профилактическая и клиническая медицина*. 2024; (4): 81–93. <https://elibrary.ru/buuyvvh>
11. Карайланов М.Г., Русев И.Т., Борисов Д.Н., Баканев О.Ю., Прокин И.Г. Методический подход к эффективности первичной медико-санитарной помощи. *Клиническая патофизиология*. 2017; 23(3): 101–6. <https://elibrary.ru/ypkufim>
12. Степушкина Г.А., Русев И.Т., Карайланов М.Г., Прокин И.Г., Баканев О.Ю. Организационно-методические подходы к оценке эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В кн.: *Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье. Материалы Российской научно-практической конференции*. СПб.; 2018: 165–76. <https://elibrary.ru/fbvarc>
13. Каракулина Е.В., Введенский Г.Г., Крякова М.Ю., Сененко А.Ш., Купеева И.А., Щеголев П.Е. Внедрение бригадных форм организации труда. Обоснование и риски. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2024; (1): 768–85. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2024-1-768-785> <https://elibrary.ru/mdprxup>
14. Коновалов О.Е., Зудин А.Б., Позднякова М.А., Серов Д.В., Васильева Т.П., Алленов А.М. и др. *Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи и профилактики хронических неинфекционных заболеваний у взрослого населения мегаполиса*. Нижний Новгород; 2022. <https://elibrary.ru/kupitf>

### REFERENCES

1. Karakulina E.V., Vvedenskiy G.G., Schegolev P.E., Khodyreva I.N., Alborova S.K. Federal project "The development of primary healthcare" – tool for increasing the availability of medical care to citizens of the Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2021; (1): 38–45. <https://elibrary.ru/oqcghe> (in Russian)
2. Son I.M., Senenko A.Sh., Mentshikova L.I., Kupeeva I.A. Expanding functions of nursing staff: review of implementation experience in the subjects of the Russian Federation. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2021; 67(4): 11. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2021-67-4-11> <https://elibrary.ru/mvcrsa> (in Russian)
3. Baicherova A.R., Vaitsekhovskaya S.S., Kostyuchenko T.N., Tokareva G.V. Features of implementing the lean manufacturing concept in healthcare institutions. *Ekonomika: vchera, segodnya, zavtra*. 2023; 13(10-1): 553–63. <https://doi.org/10.34670/AR.2023.54.77.071> <https://elibrary.ru/ssfjga> (in Russian)
4. Men'shikova L.I., Son I.M., Kryakova M.Yu., Karakulina E.V., Vvedenskii G.G., Kupeeva I.A., et al. Problems of organizing primary health care in conditions of personnel imbalance of district physicians and the ways of their solution (literature review). *Sovremennye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoj statistiki*. 2023; (2): 771–803. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-2-771-803> (in Russian)
5. Karakulina E.V., Polikarpov A.V., Golubev N.A., Ogryzko E.V., Stradymov F.I., Liutsko V.V. Analysis of the formation of primary health care and assessment of trends in its development. *Sovremennye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoj statistiki*. 2023; (3): 712–36. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-3-712-737> <https://elibrary.ru/iabzlo> (in Russian)
6. Zoricheva A.L. Primary health care in individual regions of the Russian Federation: problems, success, prospects. *Gospital'naya meditsina: nauka i praktika*. 2023; 6(4): 59–68. <https://elibrary.ru/vnffurq> (in Russian)
7. Kryakova M.Yu., Drapkina O.M., Shepel R.N., Karakulina E.V., Kupeeva I.A., Shchegolev P.E., et al. Expanding the clinical role of the district nurse: legal aspects and practical experience. *Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch'*. 2024; 1(1): 32–45. <https://doi.org/10.15829/3034-4123-2024-20> <https://elibrary.ru/qfrrxsk> (in Russian)
8. Khripun A.I. Basic principles and integrated approach to the development of Moscow healthcare. *Natsional'noe zdavookhranenie*.

- 2024; 5(3): 5–17. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2024.5.3.5-17> (in Russian)
9. Kryakova M.Yu., Vvedensky G.G., Karakulina E.V. Set of schemes "Structure of organizational models at therapeutic site". Patent RF No. 143537; 2024. (in Russian)
  10. Khodakova O.V., Bogdanova T.G., Shakhova A.M. Organizational models of outpatient admission of a district general practitioner. *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina*. 2024; (4): 81–93. <https://elibrary.ru/buuyvh> (in Russian)
  11. Karaylanov M.G., Rusev I.T., Borisov D.N., Bakanev O.Yu., Prokin I.G. Methodical approach to the effectiveness of primary health care. *Klinicheskaya patofiziologiya*. 2017; 23(3): 101–6. <https://elibrary.ru/ypkufm> (in Russian)
  12. Stepushkina G.A., Rusev I.T., Karailanov M.G., Prokin I.G., Bakanev O.Yu. Organizational-methodical approaches to estimation of efficiency of medical institutions providing primary health care. In: *Modern Scientific and Educational Strategies in Public Health. Proceedings of the Russian Scientific-Practical Conference [Sovremennye nauchnye i obrazovatel'nye strategii v obshchestvennom zdorov'e. Materialy Rossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii]*. St. Petersburg; 2018: 165–76. (in Russian)
  13. Karakulina E.V., Vvedenskii G.G., Kryakova M.Yu., Senenko A.Sh., Kupeeva I.A., Shchegolev P.E. Implementation of brigade forms of labor organization. justification and risks. *Sovremennye problemy zdavoookhraneniya i meditsinskoj statistiki*. 2024; (1): 768–85. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2024-1-768-785> <https://elibrary.ru/mdpxyp> (in Russian)
  14. Konovalov O.E., Zudin A.B., Pozdnyakova M.A., Serov D.V., Vasileva T.P., Allenov A.M., et al. *Improvement of Outpatient-Clinic Assistance and Prevention of Chronic Non-Communicable Diseases among Adult Population of Megapolis [Sovershenstvovanie ambulatorno-poliklinicheskoi pomoshchi i profilaktiki khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevanii u vzroslogo naseleniya megapolisa]*. Nizhni Novgorod; 2022. <https://elibrary.ru/kupitf> (in Russian)

### Информация об авторах

Ходакова Ольга Владимировна, доктор мед. наук, профессор, начальник отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 127254, Москва, Россия. E-mail: [khodakovaov@mednet.ru](mailto:khodakovaov@mednet.ru)

Мирошниченко Анна Игоревна, канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 127254, Москва, Россия. E-mail: [miroshnichenkoai@mednet.ru](mailto:miroshnichenkoai@mednet.ru)

Бачегова Елена Михайловна, канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 127254, Москва, Россия. E-mail: [bachegovaem@mednet.ru](mailto:bachegovaem@mednet.ru)

Шахова Алла Михайловна, канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 127254, Москва, Россия. E-mail: [shakhovaam@mednet.ru](mailto:shakhovaam@mednet.ru)

### Information about the authors

Olga V. Khodakova, DSc (Medicine), Professor, Head of the Department of scientific foundations of healthcare organization, Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-8288-939X> E-mail: [khodakovaov@mednet.ru](mailto:khodakovaov@mednet.ru)

Anna I. Miroshnichenko, PhD (Medicine), leading researcher, Department of scientific foundations of healthcare organization, Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-7288-3349> E-mail: [miroshnichenkoai@mednet.ru](mailto:miroshnichenkoai@mednet.ru)

Elena M. Bachegova, PhD (Medicine), leading researcher, Department of scientific foundations of healthcare organization, Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Russian Federation, <https://orcid.org/0009-0006-9631-9244> E-mail: [bachegovaem@mednet.ru](mailto:bachegovaem@mednet.ru)

Alla M. Shakhova, PhD (Medicine), leading researcher, Department of scientific foundations of healthcare organization, Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Russian Federation, <https://orcid.org/0009-0006-9215-3953> E-mail: [shakhovaam@mednet.ru](mailto:shakhovaam@mednet.ru)