

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.012

Актуальные проблемы применения планово-нормативных данных для организации медицинской помощи по гериатрии

Валентина Михайловна Шипова¹, Нана Емзаровна Шаматава²

^{1,2}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация

¹vschipova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8957-921X>

²4951547489@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-8733-2222>

Аннотация. В публикации представлен анализ нормативно-правовых документов, определяющих планирование объема медицинской помощи, организацию и нормирование труда по профилю «гериатрия». Выявлены недостатки и ошибочные положения, характерные для современной нормативно-правовой базы по труду и свойственные подавляющему большинству приказов о Порядках по другим профилям медицинской помощи. Итоги специально проведенных расчетов показали значительные противоречия в величинах планового числа геронтологических коек, полученных при применении Разъяснений к территориальным программам государственных гарантий и при использовании Приказа о Порядке оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия». В статье приведены мероприятия по совершенствованию штатного обеспечения гериатрической помощи населению.

Ключевые слова: гериатрия, нормы труда, планирование.

Для цитирования: Шипова В. М., Шаматава Н. Е. Актуальные проблемы применения планово-нормативных данных для организации медицинской помощи по гериатрии // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 83—89. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.012.

Original article

Current problems of the application of planning and regulation data for the organization of medical care for geriatrics

Valentina M. Schipova¹, Nana Ye. Shamatava²

^{1,2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

¹vschipova@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8957-921X>

²4951547489@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-8733-2222>

Abstract. The publication presents an analysis of legal documents that determine the planning of the volume of medical care, the organization and regulation of work in the field of «geriatrics». The shortcomings and erroneous provisions that are characteristic of the modern legal and regulatory framework for labor and are characteristic of the vast majority of orders on Orders for other profiles of medical care are revealed. The results of specially carried out calculations showed significant contradictions in the planned number of gerontological beds obtained by applying the Clarifications to the territorial programs of state guarantees and by using the Order on the Procedure for the provision of medical care in the field of «geriatrics». The article presents measures to improve the regular provision of geriatric care to the population.

Keywords: geriatrics, labor standards, planning.

For citation: Schipova V. M., Shamatava N. Ye. Current problems of the application of planning and regulation data for the organization of medical care for geriatrics. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):83–89. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.012.

Введение

Одной из основных тенденций в развитии демографической ситуации в стране является увеличение доли лиц старших возрастов в структуре населения страны. Кадровое обеспечение медицинской помощи этому контингенту населения с учетом особенностей заболеваемости, образа жизни, формирования гипомобильности и ряда других факторов играет важную роль в общей системе здравоохранения, в планировании подготовки соответствующих специалистов.

Медицинская помощь по гериатрии оказывается в амбулаторных и больничных условиях, в дневных стационарах. Штатные нормативы определены приказом Минздрава России, утвержденным в 2016 году¹, и изменениями к этому документу, утвержденными в 2019 году².

Основными задачами данной публикации является анализ указанных нормативно-правовых доку-

¹ Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»

Таблица 1

Перечень нормативно-правовых документов Минздрава России по нормам времени на посещение врачей разных специальностей

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа
1.	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	Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н
2.	Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта	Приказ Минздрава России от 19.12.2016 № 973н
3.	Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга	Приказ Минздрава России от 06.08.2020 № 810н
4.	О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023—2025 годы	Письмо Минздрава России от 30.01.2023 № 31—2/И/2—1387 (Приложение 13 п.2)

ментов в части норм труда, определение проблем, возникающих при их применении в практическом здравоохранении, и возможностей и механизма их решения.

Материалы и методы

В исследовании использованы аналитический, экономический методы и метод экстраполяции.

Результаты

Первоначальным этапом разработки норм труда для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по любой специальности является определение норм времени [1, 2; 3: с. 108]. В современной нормативно-правовой базе по труду приводятся нормы времени на посещение врачей амбулаторного приема по 16 врачебным специальностям. Перечень документов, устанавливающих эти показатели, приведен в таблице 1.

Нормы времени на посещение врачей амбулаторного приема, указанные в документах, приведенных в табл.1, не содержат дифференциации по месту оказания медицинской помощи: в поликлинике или на дому, а также по виду посещения: лечебно-диагностическое или консультативное. Посещения к врачу-гериатру носят консультативный характер и могут выполняться как в поликлинике, так и на дому.

Отсутствие данных по нормам времени на посещение к врачу-гериатру не позволяет провести расчеты норм нагрузки врача-гериатра в виде числа посещений на час приема, на смену работы, в год (плановая функция врачебной должности), а также провести расчеты численности персонала по объему ра-

боты. В связи с этим разработка и утверждение норм времени на посещение врача-гериатра является одной из важнейших задач совершенствования гериатрической помощи.

Основным показателем норматива должности врача-гериатра, как и любого другого врача при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях является численность населения. Эти данные указаны в приказе о Порядке, но использование их в практическом здравоохранении вызвало массу вопросов. Так, в первоначальном варианте приказа о Порядке оказания гериатрической помощи допущена нечеткость в установлении контингента населения для должности врача-гериатра: «1 из расчета на 20 000 и более прикрепленного населения пожилого и старческого возраста». В документе не было указано, какое население следует относить к пожилому и старческому возрасту, на который рассчитывается норматив. По данным ВОЗ нижней возрастной границей пожилого населения может рассматриваться как 60 лет, так и 65 лет, при этом пожилой возраст определяется как 65—74 г., старческий — 75—89 лет, долгожительство — 90 лет и старше [4]. В этих условиях в нормативно-правовом документе необходимо было четкое указание на возрастные группы данного контингента населения.

Возникают вопросы и по величине численности населения для установления должности врача-гериатра: «20000 и более». Можно предположить, что авторы приказа имели в виду такое положение, по которому должность врача-гериатра устанавливается из расчета на каждые 20 тыс. соответствующего контингента населения.

Уточнения в контингенте населения произошли лишь через 4 года после первоначального утверждения приказа № 38н путем внесения изменений в этот документ. В первоначальном варианте приказа, утвержденном в 2016 году, было указано, что «медицинская помощь по профилю «гериатрия» представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни».

Приказом № 1067н эта формулировка изменена на новую: «Медицинская помощь по профилю «гериатрия» представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого (60—74 года) и старческого (75 лет и старше) возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, автономности (независимости от посторонней помощи в повседневной жизни). Медицинская помощь по профилю «гериатрия» также оказывается пациентам иного возраста при наличии старческой астении». Как видно из приведенных сравнений, в нормативной записи приказа № 1046н, определен не только конкретный возрастной состав пациентов, но указано и определенное расширение

² Приказ Минздрава России от 20.12.2019 № 1067н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. № 38н»

контингента за счет пациентов другого возраста при наличии старческой астении.

Изменения, внесенные приказом № 1067н, касаются и других важных сторон деятельности врачей-гериатров, в частности, таких, как:

- маршрутизация пациентов при оказании первичной специализированной медпомощи врачом-гериатром;
- направление пациентов при необходимости в медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь;
- создание гериатрических центров на базе гериатрических кабинетов амбулаторных подразделений в регионах с низкой численностью пожилого населения;
- уточнение показаний к госпитализации.

Непосредственное отношение к теме данной публикации являются рекомендации по созданию гериатрических центров на базе гериатрических кабинетов амбулаторных подразделений в регионах с низкой численностью пожилого населения.

Приказ № 1067н рекомендует в субъектах Российской Федерации с численностью населения пожилого и старческого возраста менее 135 тыс. человек расширить функции гериатрического отделения (кабинета) и дополнительно предусмотреть выполнение ими и функций гериатрического центра.

Функции гериатрического центра достаточно широки, они перечислены в рассматриваемом нормативно-правовом документе.

Выполнение этих дополнительных функций требует определенных затрат рабочего времени врачей-гериатров отделений (кабинетов) в субъектах Российской Федерации с численностью населения пожилого и старческого возраста менее 135 тыс. человек и, следовательно, необходимости соответствующих штатных нормативов, или определенной коррекции имеющихся. Эти данные не приведены в приказе № 1067н.

В приказе № 38н с последующими изменениями указывается на возможность создания **дневных стационаров**, однако штатные нормативы таких структурных подразделений отсутствуют. Штатные нормативы врачебного персонала дневных стационаров по другим профилям, как правило, совпадают с таковыми при оказании медицинской помощи в больничных условиях. Исключение составляют лишь некоторые приказы по оказанию хирургической помощи: по хирургии³, травматологии-ортопедии⁴, торакальной хирургии⁵. По этим профилям нормативное число коек на 1 должность врача в дневных стационарах больше, чем в отделениях с круглосуточным пребыванием больных. Следует заметить,

что в качестве измерителя норм труда медицинских работников дневных стационаров в этих документах используется число коек.

Нормативным показателем численности должностей врачей при оказании медицинской помощи **в больничных условиях** является число коек. Расчеты планового числа коек по отдельным профилям медицинской помощи осуществляются в последние годы на основании данных документа по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий, называемого в последние годы Разъяснениями. В Разъяснениях приводятся следующие данные:

- рекомендуемое число случаев госпитализации на 1000 жителей/застрахованных в год;
- используемая при расчете средняя длительность пребывания одного пациента в стационаре (дней);
- рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей/застрахованных.

По алгоритму, приводимому в Разъяснениях, можно пересчитать эти данные в число коек, что важно для планирования сети учреждений здравоохранения регионов, для сравнений с фактически развернутым коечным фондом. На первом этапе таких пересчетов определяется плановый оборот койки в году (F) по формуле

$$F = \frac{365 - t_1}{T + t_0} \quad (1),$$

где t_1 — среднее время простоя койки на ремонт (10—15 дней); t_0 — простой койки в связи с оборотом, то есть время, необходимое для санации койки после выписки больного и приема больного и время ожидания госпитализации; T — средняя длительность пребывания больного на койке.

Далее рассчитывается число коек (K) на 10,0 тыс. населения по формуле:

$$K = \frac{A \times 10}{365 - 10 - (t \times F)} \quad (2),$$

где A — число койко-дней на 1000 населения; t — время простоя койки в связи с ее оборотом; F — оборот койки в году.

В данную формулу, приведенную в Разъяснениях, для получения числа коек на 10,0 тыс. населения нами дополнительно введен множитель для числа койко-дней, равный 10.

Гериатрия, как профиль медицинской помощи, впервые включена в указанные данные в 2015 г. В таблице 2 представлены данные ТППГ и расчеты ежегодно планируемого числа геронтологических коек на основании этих данных с 2015 по 2023 годы.

В таблице данные числа койко-дней за 2021 г. приведены в 2-ух вариантах: 8,57 койко-дня, указанного в документе, и расчетные данные, полученные путем умножения показателя уровня госпитализации на среднюю длительность пребывания пациента в стационаре, равные 8,4 койко-дня. Такие арифметические ошибки в документе на 2021 год харак-

³ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»

⁴ Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «травматология и ортопедия»

⁵ Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 898н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»

Таблица 2

Данные ТПГГ и расчеты планового оборота койки в году и планового числа геронтологических коек

Плановый год и соответствующий плановый период	Данные ТПГГ			Расчеты		Плановое число коек (в абс. цифрах, в тыс. коек)
	Уровень госпитализации	Средняя длительность	Число койко-дней	планового оборота койки в году (по формуле 1)	планового числа коек (на 10,0 тыс. населения) (по формуле 2)	
2015	0,4	11,4	4,6	$(365-12,5):(11,4+1,0)=28,4$	$(4,6 \times 10): (365-12,5-28,4)=0,14$	2,1
2016	0,4	18,0	7,2	$(366-12,5):(18,0+1,0)=18,6$	$(7,2 \times 10): (366-12,5-18,6)=0,21$	3,1
2017	0,4	18,0	7,2	$(365-12,5):(18,0+1,0)=18,6$	$(7,2 \times 10): (365-12,5-18,6)=0,22$	3,2
2018	0,2	18,0	3,6	$(365-12,5):(18,0+1,0)=18,6$	$(3,6 \times 10): (365-12,5-18,6)=0,11$	1,6
2019	0,2	18,0	3,6	$(365-12,5):(18,0+1,0)=18,6$	$(3,6 \times 10): (365-12,5-18,6)=0,11$	1,6
2020	0,8	14,0	11,2	$(366-12,5):(14,0+1,0)=23,6$	$(11,2 \times 10): (366-12,5-23,6)=0,34$	5,0
2021	0,6	14,0	8,57*	$(365-12,5):(14,0+1,0)=23,5$	$(8,57 \times 10): (365-12,5-23,5)=0,26 (0,261)$	3,8
			8,4**	$(365-12,5):(14,0+1,0)=23,5$	$(8,4 \times 10): (365-12,5-23,5)=0,26 (0,255)$	3,8
2022	0,6	14,0	8,4	$(365-12,5):(14,0+1,0)=23,5$	$(8,4 \times 10): (365-12,5-23,5)=0,26$	3,8
2023	0,7665	14,0	10,731	$(365-12,5):(14,0+1,0)=23,5$	$(10,731 \times 10): (365-12,5-23,5)=0,33$	4,8

* В документе

** Расчетно

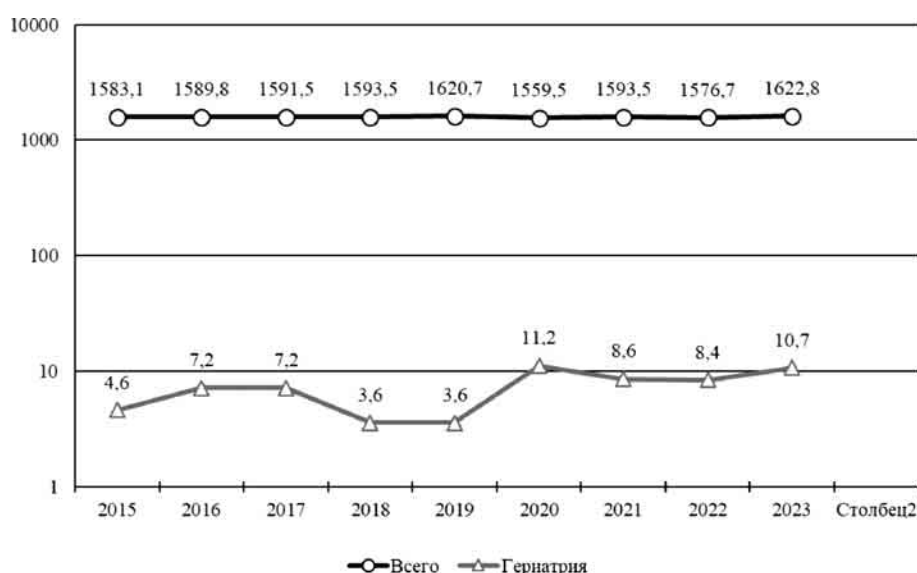


Рис. 1. Динамика числа койко-дней по видам медицинской помощи, финансируемым из средств ОМС, и отдельно по гериатрии (на 1000 застрахованных)

терны и для подавляющего числа других профилей отделений [5].

На рис. 1 отражена динамика общего числа койко-дней по видам медицинской помощи, финансируемым из средств ОМС, и по гериатрии.

Для изображения динамических рядов, имеющих большие различия величин, использована полулогарифметрическая масштабная сетка. Возможности визуализации динамики статистических показателей путем применения полулогарифметрической масштабной сетки подробно представлены в специальной литературе [6], а в ряде публикации по нормированию труда приводятся сравнения изображений на обычной арифметической масштабной сетке и полулогарифметрической [7; 3: с. 243].

Как видно из изображенных на рисунке данных, общее число койко-дней за анализируемые годы увеличилось на 2,5%: с 1583,1 до 1622,8 койко-дня на 1000 застрахованных. Рост этих данных по гериатрии составил 2,3 раза: с 4,6 до 10,7 койко-дня на 1000 застрахованных. Обращает на себя внимание ежегодные скачкообразные изменения анализируемых данных по гериатрии. Такая динамика отмеча-

лась нами и по ряду других видов помощи, например, по психиатрии-наркологии [8: с. 149].

В таблице 2 приведены расчеты числа планируемых геронтологических коек на 10,0 тыс. населения. Итоги этих расчетов показывают, что в отдельные периоды происходят значительные ежегодные колебания показателя. В целях дальнейшего сравнительного анализа полученное число коек на 10,0 тыс. населения пересчитано в абсолютные цифры, выраженные в тыс. коек. При расчетах была использована численность населения, сложившаяся на 1 января соответствующего года.

Наряду с представленными традиционными расчетами числа коек на основании данных

ТПГГ, приказом № 1067н предлагается альтернативный способ расчета планового числа геронтологических коек: на число лиц в 70 лет и старше.

В рамках данного научного исследования нами проведены такие расчеты путем деления численности населения в 70 лет и старше на норматив, впервые указанный в приказе № 1067н и равный 1 койке на 2000 данного контингента. Хотя этот норматив установлен в конце 2019 г., но в целях сопоставлений нами проведена экстраполяции этого норматива и на предыдущий период времени, т. е. на 2018 г. и на 2019 г., и осуществлены соответствующие расчеты.

Численность населения в возрасте 70 лет и старше определялась путем суммирования численности четырех групп населения: 70—74 г, 75—79 лет, 80—84 г, 85 лет и старше, указанных в статистическом сборнике, изданном в Росстате⁶. Численность населения данного контингента населения в 2023 г. была рассчитана в предположении, что темпы изменения

⁶ Демографический ежегодник России. 2021: Стат.сб./ Росстат. — М., 2021. — С. 21, 23, 25.

этого показателя соответствуют этим данным за 2022 г. по отношению к 2021 г.

Как показывают расчеты, плановое число геронтологических коек с использованием норматива, устанавливающего число коек на численность населения в возрасте 70 лет и старше, увеличивается по мере роста численности данного контингента населения и колеблется от 3,9 тыс. в 2018 г. до 11,9 тыс. в 2023 г.

На рис. 2 представлены сравнительные данные итогов расчета планового числа коек по двум вариантам расчета:

- по данным ТПГГ (первый вариант расчета, отраженный в табл.2, выраженный в числе коек на 10,0 тыс. населения, а затем переведенный в абсолютное число коек)
- по нормативу приказа № 1067н (второй вариант расчета по численности населения в возрасте 70 лет и старше).

На рисунке наглядно видны различия в величине данных в зависимости от варианта расчета. Итоги первого традиционного варианта расчета по ТПГГ (нижняя линия на рисунке) показывают, что плановое число коек колеблется от 1,6 тыс. в 2018 г. до 4,8 тыс. в 2023 г., при весьма значительном подъеме в 2020 г., который обусловлен резким увеличением койко-дней в этот плановый период времени.

По результатам второго варианта расчета, проведенного на численность населения в 70 лет и старше (верхняя линия рисунка), число планируемых коек в каждый из анализируемых периодов времени превышает этот показатель по итогам первого варианта расчета, имеет более значительный размах колебаний, составляющий от 3,9 тыс. в 2018 г. до 11,9 тыс. коек в 2023 г. На рисунке наглядно виден поступательный характер развития данной ситуации без резких ежегодных колебаний показателя.

Следующим и наиболее продуктивным этапом анализа является сравнение полученных данных с фактическим развитием геронтологического коечного фонда. К сожалению, такие сравнения в последние годы оказываются невозможными.

Динамика фактической обеспеченности населения коечным фондом в относительных и абсолютных цифрах приводится в ряде статистических сборниках, издающихся Росстатом. При этом коечный фонд сгруппирован по 13 обобщенным группам без выделения геронтологических коек. Фактическое число геронтологических коек было представлено в сборниках, издаваемых в ЦНИИОИЗ Минздрава России. В последнем таком сборнике,

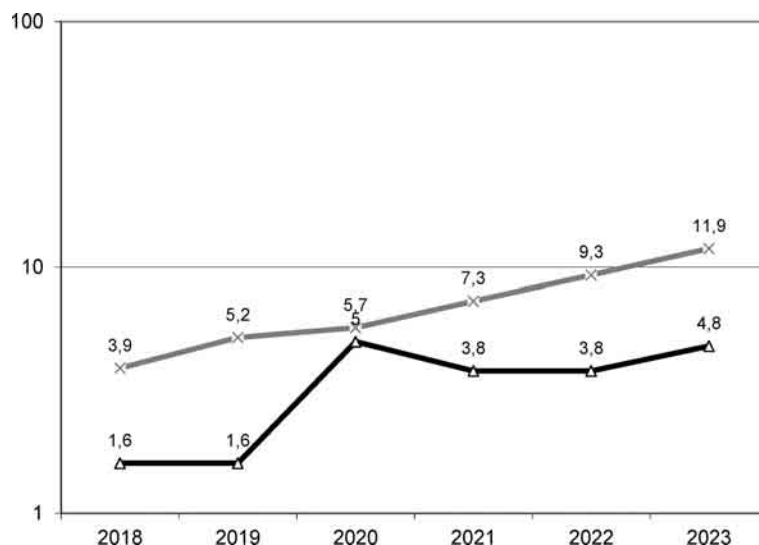


Рис. 2. Динамика планового числа геронтологического коечного фонда по разным вариантам расчета (в тыс. коек)

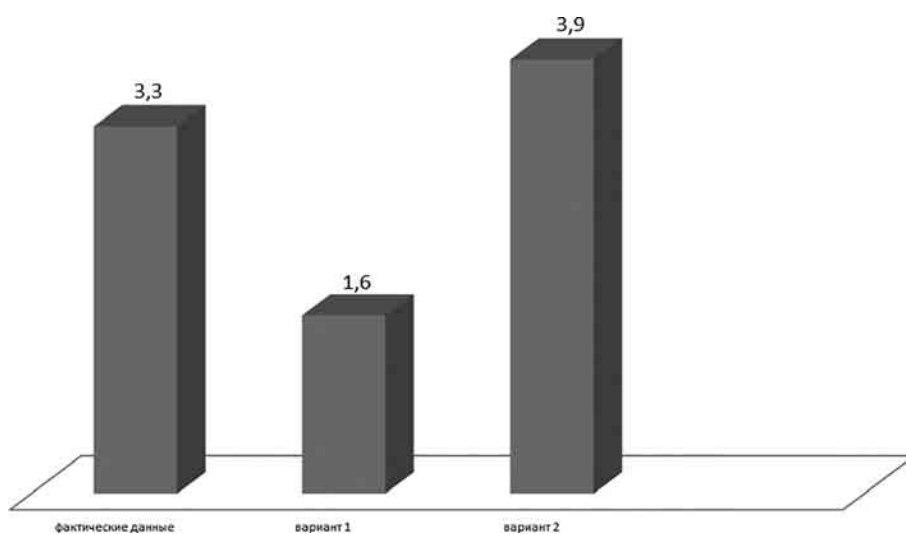


Рис. 3. Сопоставительные данные по геронтологическому коечному фонду в 2018 г. (в тыс. коек)

изданном в 2020 г., эти данные в 2018 г. составляли 3266 коек, а в 2019 г. — 5919 коек⁷. К сожалению, такие сборники с 2021 г. перестали публиковаться в открытой печати.

С учетом того, что фактические данные о развернутом геронтологическом коечном фонде в указанном сборнике представлены за 2018 г. и за 2019 г., то и сравнения фактических и плановых данных проведены нами за эти годы (рис. 3 и 4).

Как видно из рис.3, фактические данные о числе геронтологических коек в 2018 г. более чем в 2 раза превышают расчетные данные по первому варианту расчета, т. е. по данным ТПГГ. Если применить вто-

⁷ Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных профилей) Часть III Москва, 2020. Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

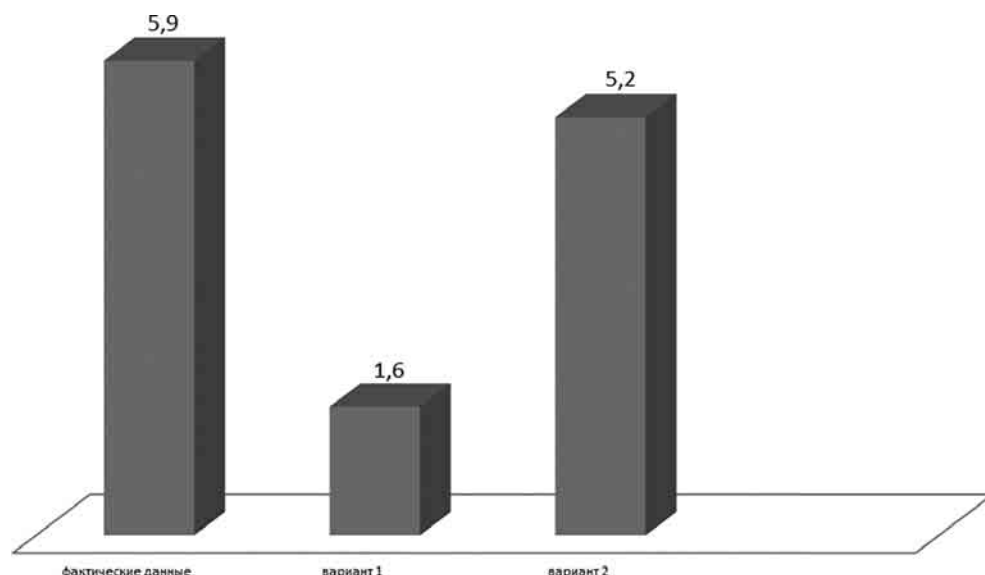


Рис. 4. Сопоставительные данные по геронтологическому коечному фонду в 2019 г. (в тыс. коек)

рой вариант расчета с использованием численности лиц в 70 лет и старше, то плановые данные превысят фактическое число коек на 18%.

Соотношения сравниваемых показателей в 2019 г., представленных на рис. 4, иное, чем в 2018 г.

Как видно на рис. 4, фактически развернутый коечный фонд по гериатрии в 2019 г., опередил плановые показатели, полученные по первому варианту расчетов в 3,7 раза, а по второму варианту расчетов — на 14%.

Обсуждение

Штатные нормативы медицинских работников отделений, оказывающих медицинскую помощь в больничных условиях, не предусматривают круглосуточную работу врачебного персонала в гериатрическом отделении. Такой режим работы определен для среднего и младшего медицинского персонала, при этом указано конкретное число должностей: 4,75 должности медицинской сестры палатной (постовой) на 15 коек, такое же число должностей младшей медицинской сестры по уходу за больными.

В палате интенсивной терапии гериатрического отделения рекомендуется на 6 коек устанавливать 5,14 должности врача анестезиолога-реаниматолога, 7,75 должности медицинской сестры — анестезиста и 4,75 младшей медицинской сестры по уходу за больными.

Предложенное штатно-нормативное обеспечение круглосуточной работы с конкретным указанием числа должностей является ошибочным. В публикациях [8: с. 63—79; 9—11,] убедительно доказано, что в штатных нормативах для организации круглосуточной работы необходимо указывать, а в медицинских организациях — применять лишь один показатель по труду: число коек, а число должностей — рассчитывать ежегодно в каждой конкретной медицинской организации в зависимости от сложившихся данных по ежегодно меняющемуся

годовому бюджету рабочего времени должности, географическому месту расположения учреждения и др. обстоятельствам.

Заключение

Анализ нормативно-правовых документов, используемых для организации и планирования гериатрической медицинской помощи, позволяет сделать следующие выводы:

Приказ по Порядку оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрии» с последующими изменениями повторяет ряд системных ошибок и недостатков аналогичных документов и по другим профилям.

Отсутствие утвержденных норм времени на посещение к врачу-гериатру не позволяет определить численность должностей по объему работы.

Планируемое число геронтологических коек характеризуется резкими скачкообразными и необъяснимыми ежегодными изменениями.

Итоги проведенных расчетов планового числа геронтологического коечного фонда, предусмотренного Разъяснениями к формированию территориальных программ государственных гарантий, и рекомендуемого изменениями к приказу о Порядке, вступают в противоречия друг с другом. Такие коллизии должны быть ликвидированы на федеральном уровне управления здравоохранением.

Сокращение доступной для организаторов здравоохранения статистической информации, наблюдающееся в последние годы, в частности, прекращение публикаций сборников ЦНИИОИЗ в открытой печати, не способствует созданию соответствующей информационной базы для принятия управленческих решений как на федеральном и региональном уровнях, так и в конкретных медицинских организациях.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Шипова В. М. Основы нормирования труда в здравоохранении (учебное пособие). Под редакцией академика РАМН О. П. Щепина. М.: Издательство ГРАНТЪ; 1998. С. 44.
2. Шипова В. М. Нормирование труда в здравоохранении (лекции) РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ»; 2013. С. 4.
3. Шипова В. М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении. Под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
4. Максимова Т. М., Лушкина Н. П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения. М.: Персэ; 2012. С. 224.
5. Шипова В. М., Щепин В. О., Корецкий С. Н. Задачи нормирования труда в рамках реализации оказания гарантированной государством медицинской помощи населению Российской Федерации в 2022 г. (ч. 2). *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2022;8(2):94—107.
6. Герчук Я. П. Графики в математико-статистическом анализе. М.: Статистика; 1972. С. 80.

7. Шипова В. М. Организация нормирования труда в здравоохранении. Под редакцией академика РАМН О. П. Щепина. М.: ГРАНТЪ; 2002. С. 427.
8. В. М. Шипова. Штатное расписание медицинских организаций. Под ред. Р. У. Хабриева. 2-е изд. перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023.
9. В. М. Шипова. Современные проблемы планирования численности медицинских работников больничных учреждений. Под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019. С. 50—52.
10. Шипова В. М., Берсенева Е. А., Михайлов Д. Ю. Актуальные вопросы планирования численности должностей при разных режимах работы: Учебное пособие. М.: ООО «Светлица»; 2020. С. 144.
11. В. М. Шипова. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правовых актов с комментариями. Под ред. Р. У. Хабриева. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2020. С. 62—82.

REFERENCES

1. Shipova V. M. Fundamentals of labor rationing in health care (textbook). Under the editorship of Academician of the Russian Academy of Medical Sciences O. P. Shchepin. Moscow: GRANT Publishing House; 1998. 44 p. (in Russian).
2. Shipova V. M. Labor rationing in health care (lectures). FSBI «RIH»; 2013. 4 p. (in Russian).
3. Shipova V. M. Organization and technology of labor rationing in health care. Moscow: GEOTAR-Media; 2018 (in Russian).
4. Maksimova T. M., Lushkina N. P. The state of health and problems of medical provision of the elderly population. Moscow: Perse; 2012. 224 p. (in Russian).
5. Shipova V. M., Shchepin V. O., Koretsky S. N. The tasks of labor rationing in the framework of the implementation of the provision of state-guaranteed medical care to the population of the Russian Federation in 2022 (part 2). *Vestnik VSHOUZ*. 2022;8(2):94—107 (in Russian).
6. Gerchuk Ya. P. Graphs in mathematical and statistical analysis. Moscow: Statistics; 1972. 80 p. (in Russian).
7. Shipova V. M. Organization of labor rationing in health care. Moscow: GRANT; 2002. 80 p. (in Russian).
8. Shipova V. M. Staffing of medical organizations. Moscow: GEOTAR-Media; 2023 (in Russian).
9. Shipova V. M. Modern problems of planning the number of medical workers in hospitals. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 50—52 p. (in Russian).
10. Shipova V. M., Berseneva E. A., Mikhailov D. Yu. Topical issues of planning the number of posts in different modes of operation: a tutorial. Moscow: Svetlitsa; 2020. 144 p. (in Russian).
11. Shipova V. M. Regulation of labor relations in health care. Collection of legal acts with comments. 3rd ed. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 62—82 p. (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 02.02.2024; одобрена после рецензирования 27.02.2024; принята к публикации 05.02.2024. The article was submitted 02.02.2024; approved after reviewing 27.02.2024; accepted for publication 05.02.2024.