

ФГБУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИНЯТО

Ученым советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Протокол № 06
От «28» июня 2023 г.

Ученый секретарь д.м.н, доцент
В.В. Люцко В.В. Люцко

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава
России, доктор Медицинских наук,
профессор

О.С. Кобякова
«28» июня 2023 г.



**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАПИСИ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ,
В ТОМ ЧИСЛЕ ЧЕРЕЗ ЕДИНЫЙ ПОРТАЛ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УСЛУГ И
ЕДИНЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ КОЛЛ-ЦЕНТРЫ
(ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ, ПЕРЕРАБОТАННОЕ И ДОПОЛНЕННОЕ)**

Методические рекомендации № 09-23

УДК 614.2

ББК 51.1

DOI: 10.21045/978-5-94116-133-1-2023

Под редакцией Стародубова В.И. - д.м.н., профессор, академик РАН, Научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Авторский коллектив

Камкин Евгений Геннадьевич, заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации.

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, к. м. н.

Бакулин Павел Сергеевич – врач-методист Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» – Центра организации первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к. м. н.

Введенский Георгий Георгиевич – заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Высочков Владимир Сергеевич – главный специалист управления по организации научно-практических и образовательных мероприятий ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Деев Иван Анатольевич – заместитель директора ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор.

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН, д.м.н., профессор.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

Кобякова Ольга Сергеевна – директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор.

Крошка Дмитрий Владимирович – врач-методист Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной

помощи» – Центра организации первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к. м. н.

Страдымов Фёдор Иванович – главный специалист управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Тарасенко Тарас Денисович – ведущий специалист управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Тюфилин Денис Сергеевич – начальник управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ходакова Ольга Владимировна – начальник отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., доцент.

Ходырева Ирина Николаевна – руководитель Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» – Центра организации первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Чухриенко Ирина Юрьевна – главный специалист управления по взаимодействию с регионами ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

Шибалков Иван Петрович – ведущий научный сотрудник Отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.э.н.

Рецензенты:

Концевая А.М. – заместитель директора ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России по научной и аналитической работе, д.м.н., профессор;

Ступак В.С. – начальник отдела общественного здоровья и демографии ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, д.м.н., доцент.

Аннотация

Данные методические рекомендации являются переработанной версией, в них более детально описан механизм расчета типового набора слота для расписаний, а также стандартизирован ряд бизнес правил с учетом опыта реализации пилотного проекта по внедрению методических рекомендации предыдущей итерации.

В методических рекомендациях представлено описание процессов составления, ведения, актуализации расписания приема в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и в целях оптимизации процесса записи на прием к врачу.

Методические рекомендации представляют собой описание последовательности действий, подходов и сроков формирования, ведения расписания, маршрутизации пациентов при осуществлении записи на прием, а также перечень и порядок взаимодействия участников процесса.

Основной целью применения рекомендаций является повышение доступности первичной медико-санитарной помощи для населения Российской Федерации.

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Для цитирования:

Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Бакулин П.С. Введенский Г.Г., Выскочков В.С., Деев И.А., Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Кобякова О.С., Крошка Д.В., Страдымов Ф.И., Тарасенко Т.Д., Тюфилин Д.С., Ходакова О.В., Ходырева И.Н., Чухриенко И.Ю., Шепель Р.Н., Шибалков И.П. Методические рекомендации «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры (издание второе, переработанное и дополненное)». Москва, 2023. DOI: 10.21045/978-5-94116-133-1-2023

ISBN 978-5-94116-133-1



9 785941 161331

Оглавление

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	7
2. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ И ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПРИ РАЗРАБОТКЕ	7
3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	8
4. ФОРМИРОВАНИЕ РАСПИСАНИЯ ПРИЕМА ВРАЧЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	10
4.1. Этапы формирования расписания приема в медицинских организациях	10
4.1.1. Проведение оценки укомплектованности штатного расписания медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению	11
4.1.2. Установление рекомендуемой нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	11
4.1.3. Разработка типового набора слотов и типовых наборов расписания приема врачей	12
4.1.4. Составление расписания и контроль правильности формирования	14
4.2. Модели формирования расписания приема врачей в медицинских организациях	19
4.2.1. Централизованная модель	19
4.2.2. Децентрализованная модель	22
5. ФОРМИРОВАНИЕ ЗАПИСИ НА ПРИЕМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	24
5.1. Маршрутизация пациентов при записи на прием в медицинских организациях (по специальностям)	24
5.1.1. Перечень специальностей для определения маршрутизации пациентов	24
5.1.2. Перечень целей обращения пациентов для определения маршрутизации	24
5.2. Каналы записи на прием в медицинские организации	28
5.2.1. Запись через ЕПГУ	29
5.2.2. Запись через региональный портал	29
5.2.3. Запись через регистратуру медицинской организации	29
5.2.4. Запись через инфомат медицинской организации	30
5.2.5. Запись через единый кол-центр	30
5.2.6. Запись по направлению медицинского работника	31
5.3. Организация регистрации и обработки информации об обращениях граждан для записи на прием к врачу в условиях отсутствия свободных слотов (внедрение механизма «Лист ожидания»)	31
5.3.1. Функционал механизма «Лист ожидания»	31
5.3.2. Инструкции по формированию «Листа ожидания»	32
6. ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ И ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ	36
6.1. Реализация механизма обратной связи с целью оценки наполнения и актуализации расписания	36
6.2. Правила информирования пациента по телефону	41
7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ДОЛИ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧЕЙ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	43
7.1. Организационные решения по перераспределению функций между работниками медицинской организации	43
7.2. Организационные решения по перераспределению потоков пациентов с разными целями обращений между структурными подразделениями медицинской организации	47
8. УСЛОВИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ АЛГОРИТМА ФОРМИРОВАНИЯ РАСПИСАНИЯ И ЗАПИСИ НА ПРИЕМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	50
8.1. Создание единого информационного пространства	50
8.2. Обеспечивающие структуры	50
8.3. Разработка нормативных актов, регламентирующих алгоритм формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях	51
8.3.1. Нормативные правовые акты регионального уровня	51
8.3.2. Локальные нормативные акты	52

8.4.	Участники процессов формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях (перечень, функции)	52
9.	СТАНДАРТИЗАЦИЯ БИЗНЕС-ПРАВИЛ, ОГРАНИЧИВАЮЩИХ ЗАПИСЬ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ	55
9.1.	Бизнес-правила, рекомендуемые для использования в ГИСЗ субъектов Российской Федерации	55
9.2.	Иные ограничения и требования, которые должны накладываться на запись на прием к врачу в ГИСЗ субъектов Российской Федерации	55

1. Общие положения

Настоящие методические рекомендации «Организация записи на прием к врачу в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные кол-центры» (далее – Методические рекомендации) предназначены для унификации процессов составления, ведения, актуализации расписания приема в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и в целях оптимизации процесса записи на прием к врачу.

Методические рекомендации представляют собой описание последовательности действий, подходов и сроков формирования, ведения расписания, маршрутизации пациентов при осуществлении записи на прием (в том числе на дому), а также перечень и порядок взаимодействия участников процесса.

2. Нормативные правовые акты и иные документы, использованные при разработке

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Федеральный закон № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных».
- Постановление Правительства Российской Федерации от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности».
- Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2016 № 973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2008 № 176н (ред. от 30.03.2010) «О Номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2020 № 810н «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 Министерства здравоохранения Российской Федерации 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».

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2018 № 911н «Об утверждении требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций».
- Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10.12.2009 № 16-1/10/2-9999 «О методических указаниях по заполнению федерального регистра медицинских работников учреждениями здравоохранения и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации».

3. Термины и определения

Таблица 1 - Термины и их определение

Термины	Определение
Вакантный слот	Слот, доступный для записи
Горизонт записи	Период времени (количество дней), начиная с текущего дня, на который разрешена запись на прием к врачу, диагностическое исследование, лечебную процедуру
Дистанционные обращения	Любые обращения пациентов или их законных представителей направляемые в медицинскую организацию опосредовано
Инфомат	Терминал, предназначенный для записи в медицинскую организацию и предоставления справочной информации
Запросы информации	Обращения, направленные на получение любой информации
Канал записи	Способ записи в медицинскую организацию
Кол-центр	Структурное подразделение медицинской организации, или иной организации, выполняющее функции по обработке дистанционных обращений граждан, связанных с записью на прием, для получения той или иной медицинской услуги,

Термины	Определение
	или получения информации о медицинской организации и порядке ее работы
Конкурентный слот	Слот, доступный для всех каналов записи с целью первичного приема к врачу
Лист ожидания	Механизм сбора заявок на запись к врачу при отсутствии вакантных слотов в расписании с последующей записью в случае появления освободившегося слота
Немедицинские работники	Работники медицинских организаций, занимающие следующие должности: администратор, администратор врачебного приема, регистратор, оператор
Непрофильный функционал	Функции, не предусмотренные профессиональным стандартом соответствующего медицинского работника, не связанные напрямую с оказанием медицинской помощи, и для выполнения которых от исполнителя не требуется наличие высшего или среднего медицинского образования
Проактивное информирование	Информирование по инициативе кол-центра или медицинской организации и основанное на пользе для пациента
Региональный портал	Веб-портал, обеспечивающий предоставление государственных и муниципальных услуг, в том числе записи на прием к врачу, в рамках субъекта Российской Федерации
Региональный проектный офис (координационный центр)	Региональная структура управления централизованной службой обработки входящих обращений по телефону и формирования записи на прием в медицинских организациях
Речевой модуль	Небольшая выверенная и логически целостная речевая конструкция, описанная в текстовой форме
Скрипт разговора	Коммуникационные сценарии, включающие последовательность речевых модулей для оператора кол-центра
Слот	Период времени в расписании приема медицинского работника, установленный для оказания единичного случая первичной медико-санитарной помощи (в т.ч. приема одного пациента, проведения одного диагностического исследования, проведения одной лечебной процедуры)
Типовое расписание	Последовательно составленный на месяц типовой набор слотов, учитывающий режим работы медицинской организации, выходные и праздничные дни
Типовой набор слотов	Набор слотов для одного врача определенной должности на один день с учетом занимаемой ставки, в разбивке на структуру конкурентных и неконкурентных слотов
Утвержденное расписание	Типовое расписание, адаптированное с учетом штатной численности и медицинских ресурсов конкретной медицинской организации

Термины	Определение
Целевые обращения	Обращения, направленные на получение медицинской помощи
Чек-лист	Check-list, или проверочный список – пользовательская форма учета результатов короткого опроса пациента, проводимого с целью исключения наличия у него ситуации, угрожающей жизни и здоровью и требующей оказания неотложной и экстренной медицинской помощи

Таблица 2 - Сокращения и расшифровка

Сокращение	Расшифровка
SMS	Служба коротких сообщений (Short Message Service)
ГИС ОМС	Государственная информационная система обязательного медицинского страхования
ГИСЗ	Государственная информационная система в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации
ЕПГУ	Единый портал государственных и муниципальных услуг
ЕСИА	Единая система идентификации и аутентификации
КУ ФЭР	Концентратор услуг ФЭР
МИС	Медицинская информационная система
ОМС	Обязательное медицинское страхование
РОИВ	Региональный орган исполнительной власти – орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья в субъекте Российской Федерации
ФЭР	Федеральная электронная регистратура

4. Формирование расписания приема врачей в медицинских организациях

Создание единых подходов и правил работы с расписанием в медицинских организациях является необходимым этапом обеспечения доступности процесса записи граждан на прием к врачу. В данном разделе описаны основные шаги по систематизации процесса формирования расписания приема в медицинских организациях, в том числе описан механизм «Лист ожидания», а также две возможные модели работы с расписанием – централизованная и децентрализованная.

! Независимо от выбранной модели работы с расписанием на уровне субъекта Российской Федерации устанавливаются единые правила и подходы

4.1. Этапы формирования расписания приема в медицинских организациях

В медицинских организациях субъекта Российской Федерации должен быть обеспечен единый подход к формированию расписания, включающий четыре этапа:

проведение оценки укомплектованности штатного расписания медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению; установление рекомендуемой нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; разработка типового набора слотов и типовых наборов расписания; формирование расписания и контроль правильности формирования (Таблица 4).

4.1.1. Проведение оценки укомплектованности штатного расписания медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению

Цель: рассчитать показатель укомплектованности врачебными должностями, выявить дефицитные специальности, привести наименование специалистов, медицинских услуг в соответствие нормативным правовым актам.

С целью установления единообразия формирования расписания на территории субъекта Российской Федерации на первом этапе РОИВ или региональному проектному офису (пп. 8.2) необходимо обеспечить проведение анализа кадрового состава всех медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь населению в амбулаторных условиях с указанием разбивки на категории должностей и долей занимаемых штатных единиц по должностям врачей специальностей, указанных в пп. 5.1.1. Анализ необходимо проводить в соответствии с номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников¹. Источником информации для анализа являются сведения из отделов кадров медицинских организаций (форма Т-2). Важно, чтобы анализируемая информация была синхронизирована с Федеральным регистром медицинских работников. Также проводится типизация должностей и услуг в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами.



Анализируемая информация должна была синхронизирована с Федеральным регистром медицинских работников

4.1.2. Установление рекомендуемой нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

На втором этапе проводится определение установление рекомендуемой нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача,

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»

оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (Таблица 11, Приложение 1).

! В случае отсутствия в федеральных нормативных правовых актах указания специальности врача, для которой установлены нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, рекомендуемые нормы времени устанавливаются в зависимости от потребности, кадрового потенциала и других факторов в соответствующем нормативном правовом акте РОИВ

4.1.3. Разработка типового набора слотов и типовых наборов расписания приема врачей

На третьем этапе РОИВ разрабатывает типовые наборы слотов по каждой должности врача, для которых предусмотрена самостоятельная запись пациента на прием к врачу, с учетом нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом, а также типов посещения пациента (по заболеванию, с профилактической целью, повторные обращения и др.) и их структуры.

Важно отметить, что в соответствии со ст. 91 Трудового Кодекса РФ работодатель обязан вести учет времени, фактически отработанного каждым работником, в том числе в целях соблюдения нормы рабочего времени.

Для составления типового набора слотов необходимо, исходя из продолжительности рабочего времени на прием в неделю в часах¹, рассчитать продолжительность рабочего времени на прием соответствующего врача в день в минутах.

При расчете рекомендуется использовать максимальную продолжительность рабочего времени врачей соответствующей должности, установленную действующим законодательством, с применением коэффициента 0,923² для расчета времени, затрачиваемого врачом на непосредственный прием пациента.

Далее на основании продолжительности рабочего времени на прием в день в минутах, норм времени на прием одного пациента и структуры посещений по видам рассчитать количество конкурентных и неконкурентных слотов в день.

При разработке типового набора слотов необходимо, чтобы не менее 60% слотов от общего количества слотов были конкурентными. Для этого сначала 60% рабочего времени врача, затрачиваемого на прием, переводится в слоты (время делится на продолжительность одного приема), а затем в случае, если количественно доля конкурентных слотов составила

¹ ст. 350 Трудового кодекса РФ, Постановление Правительства РФ от 14.02.2003 N 101 "О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности"

² на основе хронометражных исследований ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России согласно «Методике разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала», утвержденной ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. -М., 2013 г.

менее 60%, часть неконкурентных слотов необходимо перевести в конкурентные. Таким образом, время врача, которое отводится на прием по конкурентным слотам может быть существенно больше, чем 60%.

Доля слотов для первичного приема по заболеванию и первичного приема с профилактической целью определяется внутри группы конкурентных слотов в зависимости от фактической структуры обращений, заболеваемости, демографических характеристик прикрепленного населения и других факторов. Рекомендуется минимизировать долю слотов для первичного приема с профилактической целью за счет организационных решений по разделению потоков пациентов (пп. 7).

Важно отметить, что слоты для повторного приема, слоты для диспансерного наблюдения, оказания медицинской помощи на дому, в том числе паллиативной, включенные в типовой набор, не являются конкурентными.

! Структура неконкурентных слотов определяется, исходя из медико-демографической ситуации, потребности в медицинской помощи.

Таблица 3 – Пример расчета типового набора слотов для пятидневной рабочей недели

Должность	Продолжительность рабочего времени <i>на прием</i> в неделю в часах ¹	Продолжительность рабочего времени <i>на прием</i> в день в минутах	Норма времени на прием одного пациента			Количество слотов конкурентных в день (не менее 60% по времени и по количеству)	Количество слотов неконкурентных в день
			Первичный прием в связи с заболеванием (90% от первичных ²)	Первичный прием с профилактической целью (10% от первичных ²)	Повторный прием		
1	2	3	4	5	6	7	8
врач-терапевт участковый	36	432	15 мин	12 мин	10,5 мин	20	13

Далее необходимо сформировать типовое расписание врачей, указанных в пп. 5.1.2, на один месяц, состоящее из наборов слотов, с учетом специфики и режима работы медицинской организации, которое согласовывается с РОИВ и вносится в МИС. Рекомендуется автоматизировать процедуру согласования через осуществление контроля параметров расписания в соответствии с типовым набором слотов (число конкурентных и неконкурентных слотов), должностями, началом, окончанием рабочего дня и по другим характеристикам.

¹ Максимальная продолжительность – до 39 ч

² Устанавливается, исходя из потребности населения

В случае централизованной модели (пп. 4.2.1) расписание формируется в РОИВ или проектным офисом (пп. 8.2).

! Конкурентный слот также доступен для формирования записи врачом, то есть при отсутствии неконкурентного слота, врач или другой медицинских работник может формировать запись на них, в том числе для повторных приемов, однако такая модель записи является нежелательной

4.1.4. Составление расписания и контроль правильности формирования

Цель: сформировать и утвердить расписание на один месяц на основании графиков сменности рабочего времени с учетом структуры рабочего времени медицинских работников медицинской организации и графика работы медицинской организации.

Процесс формирования и ведения расписания включает этапы, выполняемые последовательно: согласование, формирование и утверждение расписания, внесение электронного расписания в МИС; внесение изменений в действующее (утвержденное) расписание; контроль актуальности действующего расписания.

Первичный ввод сведений о численности врачей, числе занимаемых ими штатных единиц, кабинетах, в которых они осуществляют прием, должен проводиться при внедрении МИС и в дальнейшем уточняться при изменении штатного расписания, данных о кабинетах и их оснащении, изменении перечня оказываемых данной организацией медицинских услуг. По завершении первичного ввода указанных сведений должны быть обеспечены их ведение в МИС медицинской организации и контроль с целью поддержания расписания в актуальном состоянии. Актуализацию сведений о медицинских работниках медицинской организации следует проводить на основании приказов главного врача, а также изменений в статусе и данных работников со дня подписания трудового договора.

Расписание приема медицинского персонала и работы лечебно-диагностических кабинетов следует составлять на срок не менее одного месяца. Если оно составлено на более длительный срок, то должно подтверждаться ежемесячно. Проект расписания согласовывается руководителями структурных подразделений медицинской организации, вносится в МИС, где расписанию присваивается статус «действующее».

! Важнейшей характеристикой действующего расписания является горизонт доступной записи. Рекомендуемый горизонт доступной записи составляет 14 дней.

Рекомендуется синхронизировать период доступности записи на ЕПГУ, региональных порталах, в регистратуре и других источниках самозаписи

Главный врач медицинской организации или уполномоченное лицо утверждает расписание. После этого расписание передается администратору медицинской организации

для ввода в МИС не позднее чем за 15 дней до наступления первого числа следующего месяца. При составлении и вводе расписания на срок более одного месяца расписание на каждый следующий месяц (если оно осталось без изменений) должно подтверждаться не позднее чем за 15 дней до наступления первого числа следующего месяца.

После ввода утвержденного проекта расписания в МИС (в централизованной модели – после формирования расписания региональным проектным офисом, пп. 4.2.1) расписание становится доступным для просмотра и работы с ним работникам медицинской организации и пациентам.

Новое расписание может формироваться на период от одного до трех месяцев. Дата начала периода действия расписания должна быть первым числом соответствующего месяца. Дата окончания периода действия расписания должна быть последним числом соответствующего месяца.

Внесение изменений в электронное расписание необходимо осуществлять по указанию (согласованию с) руководителя структурных подразделений не позднее 17:00 дня, предшествующего изменениям в расписании, или в экстренном порядке (при временной нетрудоспособности врача).

Руководитель структурного подразделения должен информировать главного врача медицинской организации и администратора медицинской организации о внесении изменений в расписание с указанием причины этих изменений, после чего администратор медицинской организации вносит изменения в МИС (при централизованной модели – осуществляет запрос на изменение через МИС, пп. 4.2.1). Контроль соответствия опубликованного расписания приема врачей в медицинской организации действительной ситуации должен осуществляться уполномоченными лицами ежедневно (пп. 8.4). При выявлении несоответствий в расписании в МИС медицинской организации должны быть сделаны соответствующие изменения в соответствии с порядком, описанным выше.

Таблица 4 - Этапы формирования расписания приема врачей в медицинских организациях

№ п/п	Этапы	Источник предоставления данных	Документ	Результат
1.	Проведение оценки укомплектованности штатного расписания медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению			
1.1.	Сбор штатных расписаний из медицинских организаций	Отделы кадров медицинских организаций	Штатное расписание	1. Рассчитан показатель укомплектованности врачебными должностями, выявлены дефицитные специальности 2. Наименование должностей приведено в соответствии с нормативными правовыми актами 3. Наименование медицинских услуг приведено в соответствие нормативным правовым актам
1.2.	Сбор данных о занятых врачебных ставках всех специальностей	Отделы кадров медицинских организаций	Отчет о занятых врачебных ставках	
1.3.	Проведение анализа обеспеченности кадровым составом	Штатное расписание + отчет о занятых врачебных ставках		
1.4.	Проведение типизации должностей и услуг	Приказы Минздрава России		
2	Определение нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях			
2.1.	Анализ нормативных актов	Приказы Минздрава России		1. Выбраны должности врачей, которым установлены нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях 2. Издан приказ/распоряжение о нормах времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях
2.2.	Разработка и издание приказа/распоряжения о нормах времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Приказы Минздрава России	Приказ/распоряжение РОИВ	

№ п/п	Этапы	Источник предоставления данных	Документ	Результат
3	Разработка типового набора слотов и типовых наборов расписания			
3.1.	Рассчитать количество посещений на 1,0 ставку врача определенной специальности	Приказ/распоряжение РОИВ о нормах времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей	-	Типовые расписания переданы в медицинские организации для формирования и внесения расписания в МИС
3.2.	Рассчитать количество посещений к врачам определенной специальности с учетом занимаемых ставок (1,0; 0,75; 0,5; 0,25)		-	
3.3.	Разработка типовых наборов слотов (сетка расписания) для одного врача определенной специальности на один день с занимаемой штатной единицы		Типовой набор слотов с распределением на первичные (конкурентные) в объеме не менее 60% и повторные (не конкурентные)	
3.4.	Формирование типового расписания на один месяц, состоящего из наборов слотов, с учетом специфики и режима работы медицинской организации	Типовой набор слотов	Типовое расписание	
3.5.	Передача типового расписания, сформированного на месяц, в медицинские организации для формирования и внесения расписания в МИС		Типовое расписание	

№ п/п	Этапы	Источник предоставления данных	Документ	Результат
3.6.	Осуществление контроля за формированием и внесением расписания в МИС			При выявлении несоответствий – внесены изменения
4	Формирование расписания и контроль правильности формирования			
4.1.	Формирование и утверждение проекта расписания	РОИВ, региональный проектный офис	Типовое расписание	Сформировано и утверждено расписание на один месяц на основании графиков сменности рабочего времени с учетом структуры рабочего времени медицинских работников медицинской организации и графика работы медицинской организации (общее время, отведенное врачу на прием пациентов, должно соответствовать его графику рабочего времени)
4.2.	Внесение электронного расписания в МИС	Руководитель медицинской организации/ уполномоченное лицо	Утвержденное расписание	Сформировано электронное расписание в МИС
4.3.	Внесение изменений в действующее (утвержденное) расписание		Докладная записка заведующего структурным подразделением в случае внештатных ситуаций (временная нетрудоспособность врача, учеба, и.т.д.)	Расписание изменено
4.4.	Контроль актуальности действующего расписания		МИС	При выявлении несоответствий – внесены изменения

4.2. Модели формирования расписания приема врачей в медицинских организациях

Настоящими методическими рекомендациями предусмотрены две модели формирования расписания приема в медицинских организациях: централизованная и децентрализованная. Региональный орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья (РОИВ) перед внедрением новых подходов к формированию и ведению расписания приема должен провести анализ возможности и целесообразности применения той или иной модели, исходя из особенностей системы здравоохранения субъекта Российской Федерации (существующей нормативной правовой базы, сети медицинских организаций, кадровой ситуации, уровня цифровой зрелости, иных значимых факторов).

!	Централизованная модель	Децентрализованная модель
	предусматривает агрегирование функций по формированию и ведению расписания на уровне региона и передачу этих полномочий от медицинских организаций	предусматривает распределенную модель по формированию и ведению расписания при следовании единым принципам каждой медицинской организацией

В целях более эффективного проведения изменений рекомендуется организовать обсуждение выбора той или иной модели с основными заинтересованными сторонами – представителями медицинских организаций, страховыми медицинскими организациями, профессиональными союзами, общественными организациями и пациентскими сообществами.

Независимо от выбранной модели рекомендуется формировать единое хранение расписания посредством государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации (ГИСЗ), в том числе посредством разворачивания компонента ГИСЗ витрина данных расписаний, которая должна быть доступна для мониторинга посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и ГИС ОМС.

4.2.1. Централизованная модель

При централизованной модели в медицинских организациях отсутствуют собственные кол-центры, занимающиеся организацией записи на прием к врачу – предполагается создание единого регионального кол-центра (с одним многоканальным телефонным номером в субъекте Российской Федерации), на базе которого осуществляется формирование и ведение общего расписания, а также реализация механизма «Лист ожидания» (пп. 5.3). В рамках данной модели медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, передают в региональный проектный офис (координационный центр) с установленной периодичностью информацию о плановом

графике работы врачей, сообщают о необходимости внесения корректировок в расписание (например, в связи с временной нетрудоспособностью врача).

! При централизованной модели в медицинских организациях могут отсутствовать собственные кол-центры и регистратуры

При этом связь между единым региональным кол-центром и медицинской организацией должна быть двухсторонней – важна также оперативная передача обратной связи о возникающих проблемах от пациентов, «Листе ожидания» (пп. 5.3).

Важным аспектом при данной модели организации деятельности является соблюдение защиты персональных данных пациентов. Взаимодействие участников процессов формирования расписания и записи на прием при централизованной модели представлено на Рисунке 1.

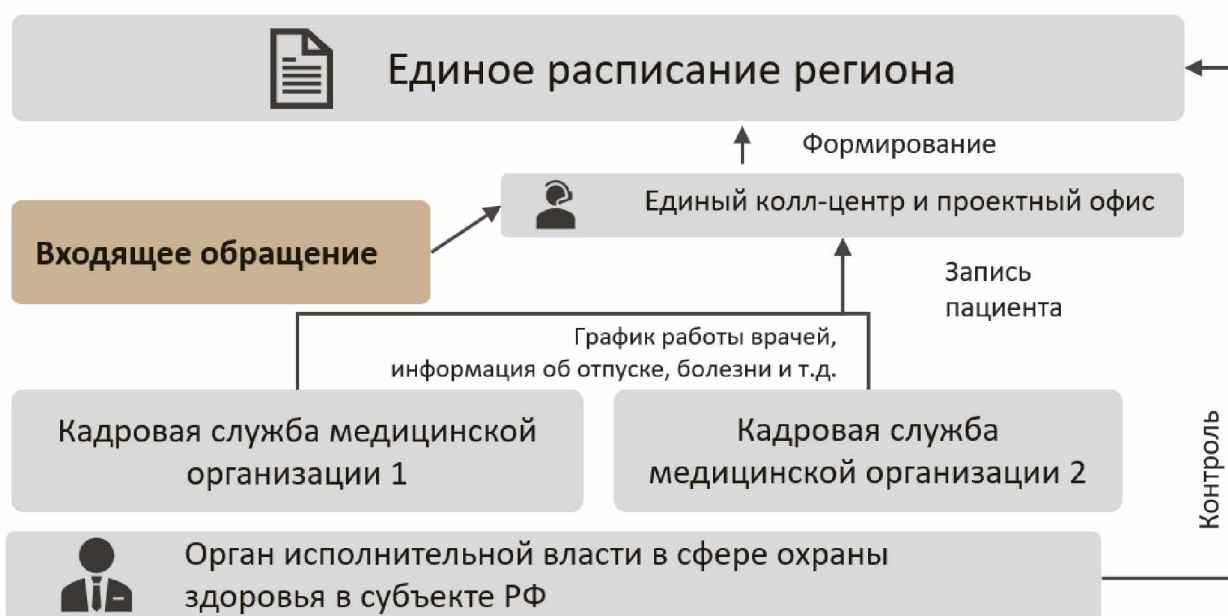


Рисунок 1 - Общая схема взаимодействия участников процессов формирования расписания и записи на прием при централизованной модели

Применение централизованной модели имеет следующие основные преимущества:

- Высокий уровень управляемости на уровне РОИВ – создание единого регионального кол-центра позволяет проводить анализ доступности записи, загруженности медицинского персонала, объема «Листов ожидания» и других параметров в режиме реального времени в разрезе медицинских организаций и врачебных специальностей, что позволяет принимать корректные оперативные и стратегические управленческие решения.
- Удобство для пациентов – пациенту необходимо будет знать только один телефонный номер, что снижает временные затраты на поиск необходимой информации.

- Большая (по сравнению с децентрализованной моделью) доля высвобождаемых слотов по результатам организации обратной связи с пациентами.

Этапы внедрения централизованной модели представлены в Таблице 5.

Таблица 5 - Этапы внедрения централизованной модели работы с расписанием на прием в медицинские организации

Этап	Содержание	Ответственный
1	Нормативный правовой акт о порядке функционирования модели формирования расписания	РОИВ
2	Дорожные карты перехода на централизованную модель с указанием особенностей сроков перехода для отдельных медицинских организаций (при необходимости) со сроками и ответственными	РОИВ
3	Информационно-справочные материалы (памятки, стандартные информационные процедуры) для каждой категории участников процессов формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях и пациентов	РОИВ
4	Доведение информации о порядке перехода к новому порядку формирования расписания приема до всех участников в медицинских организациях, проведение обучающих курсов (по необходимости)	РОИВ
5	Информационная кампания в региональных средствах массовой информации для жителей	РОИВ совместно с медицинскими и страховыми медицинскими организациями
6	Мероприятия по переходу к новой модели – изменение штатных расписаний, доведение финансирования, приобретение оборудования для единого регионального колл-центра	РОИВ совместно с медицинскими организациями
7	Тестирование взаимодействия участников процессов формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях и внесение корректив в дорожную карту и региональные нормативные правовые акты (при необходимости)	РОИВ совместно с медицинскими организациями
8	Работа по новой модели с осуществлением мониторинга и контроля соблюдения установленных подходов РОИВ	Медицинские организации

Длительность каждого из этапов определяется РОИВ, однако общая рекомендованная продолжительность внедрения модели не должна превышать трех месяцев.

4.2.2. Децентрализованная модель

При децентрализованной модели каждая медицинская организация осуществляет формирование и ведение расписания в соответствии с правилами, описанными в других разделах настоящих методических рекомендаций (пп. 4). В медицинских организациях остаются отдельные телефонные номера кол-центров и сотрудники, отвечающие за прием и обработку звонков, а также регистратуры.

! Крайне важно при выборе данной модели обеспечить мониторинг и контроль единых региональных принципов формирования и ведения расписания приема

Взаимодействие участников процессов формирования расписания и записи на прием при децентрализованной модели представлено на Рисунке 2.

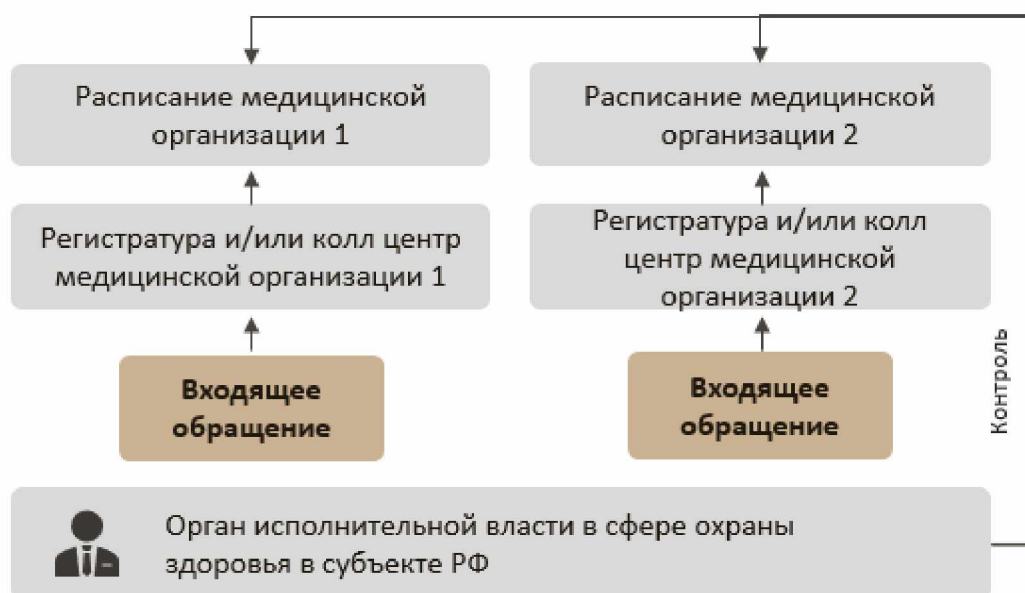


Рисунок 2 - Взаимодействие участников процессов формирования расписания и записи на прием при децентрализованной модели

Применение децентрализованной модели имеет следующие преимущества:

- Более простой (по сравнению с централизованной моделью) переходный период – все изменения осуществляются в рамках одной медицинской организации.
- Потенциально более высокая скорость решения возникающих оперативных проблем – не требуется участие сотрудников из различных организаций.
- Большая информационная осведомленность сотрудников кол-центра конкретной медицинской организации об аспектах ее работы.

Этапы внедрения децентрализованной модели представлены в Таблице 6.

Таблица 6 - Этапы внедрения децентрализованной модели работы с расписанием на прием в медицинские организации

Этап	Содержание	Ответственный
1	Нормативный правовой акт о порядке функционирования модели формирования расписания	РОИВ
2	Согласование с РОИВ дорожных карт перехода на децентрализованную модель	Медицинские организации
3	Информационно-справочные материалы (памятки, стандартные информационные процедуры) для каждой категории участников процессов формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях и пациентов	РОИВ
4	Доведение информации о порядке перехода к новому порядку формирования расписания приема до всех участников в медицинских организациях, проведение обучающих курсов (по необходимости)	РОИВ
5	Информационная кампания в региональных средствах массовой информации для жителей	Медицинские и страховые медицинские организации
6	Мероприятия по переходу к новой модели	Медицинские организации
7	Тестирование взаимодействия участников процессов формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях и внесение корректировок в дорожную карту (при необходимости)	Медицинские организации
8	Работа по новой модели с осуществлением мониторинга и контроля соблюдения установленных подходов РОИВ	Медицинские организации, РОИВ

Длительность каждого из этапов определяется РОИВ, однако общая рекомендованная продолжительность внедрения модели не должна превышать трех месяцев.

5. Формирование записи на прием в медицинских организациях

5.1. Маршрутизация пациентов при записи на прием в медицинских организациях (по специальностям)

5.1.1. Перечень специальностей для определения маршрутизации пациентов

В целях повышения доступности медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами, запись к которым наиболее востребована, сформирован перечень 14 врачебных специальностей¹, для которых должна быть открыта самостоятельная запись в полном объеме:

- врач-терапевт участковый;
- врач общей практики (семейный врач);
- врач-хирург;
- врач-офтальмолог;
- врач-оториноларинголог;
- врач-акушер-гинеколог;
- врач-психиатр-нарколог;
- врач-фтизиатр;
- врач-стоматолог;
- врач-стоматолог-терапевт;
- врач-педиатр участковый;
- врач-детский хирург;
- врач-стоматолог детский;
- врач-психиатр детский (подростковый)

Описанные в настоящих методических рекомендациях правила и подходы распространяются на запись ко всем указанным специалистам. Кроме того, они распространяются на запись к *фельдшеру*, работающему в фельдшерско-акушерском пункте или фельдшерском пункте, а также *врачу стоматологу-хирургу, врачу урологу (врачу урологу-андрологу), зубному врачу и врачу по медицинской профилактике*.

5.1.2. Перечень целей обращения пациентов для определения маршрутизации

На этапе определения цели обращения происходит формирование траектории его обработки и маршрутизация пациента до момента исполнения его запроса. Входящие обращения могут поступать различными способами и условно делятся на очные (через регистратуру) и дистанционные (все остальные). В зависимости от целей все обращения можно разделить на запросы информации и целевые обращения. Запросы информации – это обращения, направленные на получение любой информации («мне просто спросить»). Целевые – это обращения, направленные на получение медицинской помощи.

¹ Методические рекомендации по предоставлению услуги по записи на прием к врачу в электронной форме посредством единого портала государственных и муниципальных услуг (функций), N 1-10953 от 26.07.2021

Обращения для пациентов должны быть доступными, поэтому требуется снизить вероятность

возникновения конфликтных ситуаций, недопонимания и времени обработки каждого отдельного обращения, для чего рекомендуется обеспечить:

- кратчайшее время обработки целевых обращений граждан, в том числе посредством внедрения скриптов разговора или речевых модулей (пп. 6.2);
- надлежащее информирование пациентов способами, не требующими постоянного прямого участия персонала в информировании и координации пациентов: официальный сайт медицинской организации, ресурсы поисковых систем и др.;
- интуитивно понятные схему маршрутизации пациентов в медицинских организациях в зависимости от цели обращения и систему навигации (внутри медицинской организации и на ее территории).

Исходя из классификации обращений и того, что длительность обработки очного обращения больше, чем дистанционного, а время обработки запроса информации больше, чем целевое, можно сформулировать организационный вектор обработки входящих обращений: нужно минимизировать очные обращения и запросы информации от пациентов. Если в организации наблюдается высокое число запросов информации, необходим поиск дефектов информирования пациентов через сайт медицинской организации, стендов с информацией и другими пассивными методами.

Стоит отметить, что часть поводов обращения не требует определения цели, например, очное обращение перед приемом врача для предоставления своих документов. Определение маршрутизации пациента не требуется в случае, если он или его законный представитель обратился в кол-центр или медицинскую организацию с информационной целью.

Основные виды целевых обращений пациентов при записи на прием:

- запись на прием к врачу-специалисту по поводу заболеваний и с профилактической целью первичная;
- запись на прием к врачу-специалисту по поводу заболеваний повторная;
- запись на прием к врачу-специалисту в рамках диспансерного наблюдения;
- запись с целью получения услуг инструментальной и/или лабораторной диагностики;
- получение назначения, направления, справки, выписки, листа нетрудоспособности, иных документов;
- запись для прохождения первого или второго этапа диспансеризации;
- получение конфиденциальной информации о медицинской помощи;
- запись на вакцинацию;
- вызов врача на дом.

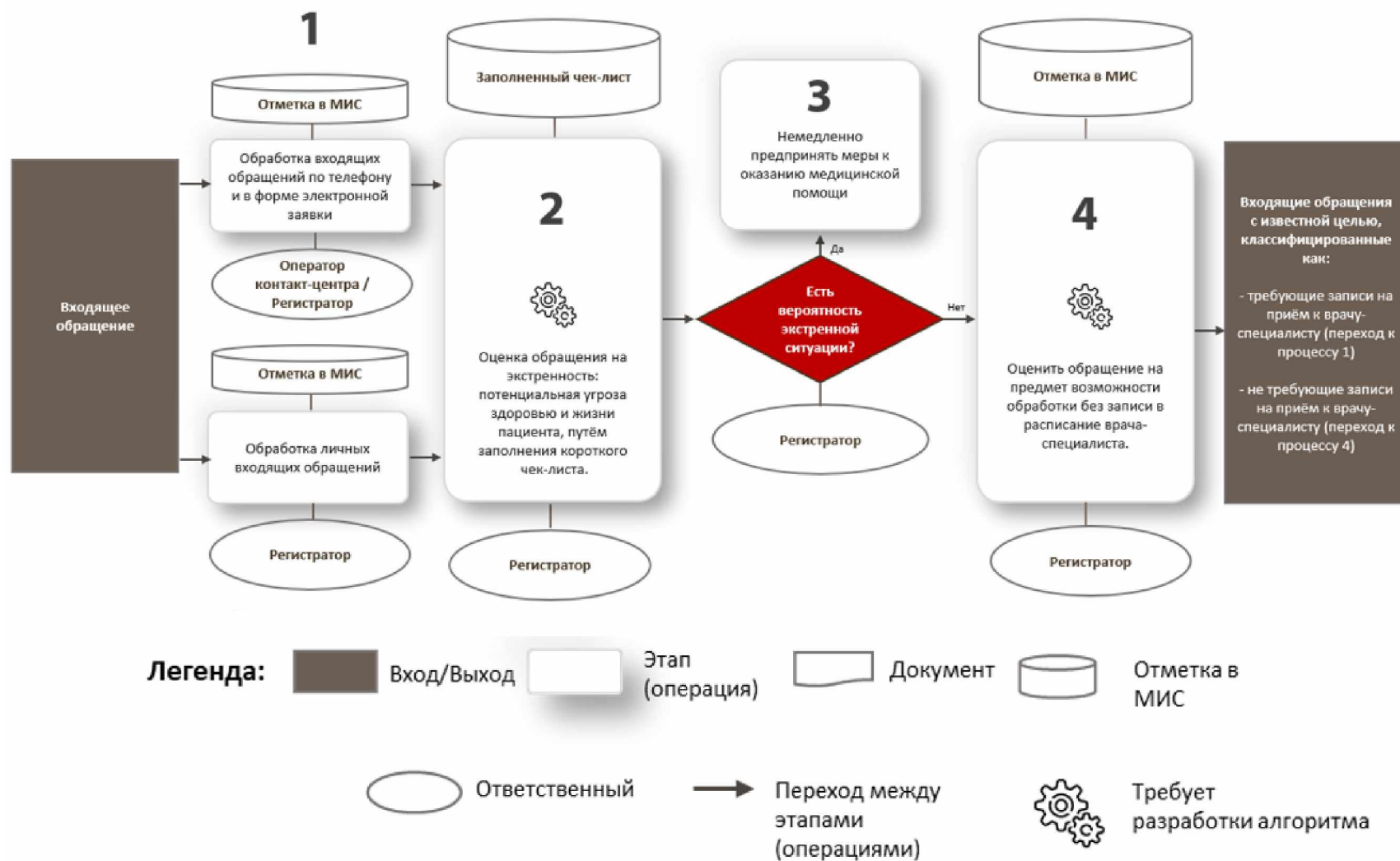


Рисунок 3 - Блок-схема процесса определения цели входящих обращений пациентов

Входящие обращения в контексте процесса – это любые инициированные пациентом обращения по поводу получения медицинской помощи. Первым этапом обработки любого обращения является исключение экстренной, угрожающей жизни пациента, ситуации. Поскольку оператор кол-центра или регистратор не обладают для этого достаточной квалификацией, необходимо использовать короткий чек-лист. Пример чек-листа представлен в Таблице 7.

Таблица 7 - Пример определения экстренного и неотложного обращения пациента

№ п/п	Основная жалоба пациента	Перечень вопросов для формирования повода к вызову	Вариант ответа	Форма вызова
1	Боль в груди	1. Имеются ли боли за грудиной? 2. Не помогает нитроглицерин (нитроспрей)?	«Да» на хотя бы один из вопросов 1-6	Экстренная
		3. Имеется ли бледность, липкий пот? 4. Имеется ли затрудненное дыхание? 5. Был ли ранее инфаркт? 6. Была ли травма?	«Нет» на вопросы 1, 3-6	Неотложная
2	Высокое давление	1. Имеется ли боль в области сердца? 2. Имеется ли затрудненное дыхание? 3. Имеется ли рвота?	«Да» на один из вопросов 1-7 «Нет» на вопросы 1-7	Экстренная Неотложная
		4. Имеется ли онемение руки, ноги? 5. Имеется ли асимметрия лица? 6. Имеется ли онемение языка, нарушена ли речь? 7. Имеется ли беременность?		
3	Высокая температура	1. Имеется ли потеря сознания? 2. Имеются ли судороги? 3. Имеются ли боли в животе?	«Да» на один из вопросов 1-5 «Нет» на вопросы 1-5	Экстренная Неотложная
		4. Имеется ли рвота? 5. Имеется ли затрудненное дыхание?		
4	Головокружение	1. Была ли травма? 2. Имеются ли боли в области сердца? 3. Имеется ли кровотечение? 4. Имеется ли онемение руки, ноги? 5. Имеется ли асимметрия лица?	«Да» на хотя бы один из вопросов 1-8 «Нет» на вопросы 1-8	Экстренная Неотложная
		6. Имеется ли онемение языка, нарушена ли речь? 7. Имеется ли рвота? 8. Имеются ли боли в животе?		

Также необходимы критерии использования чек-листа, чтобы исключить ситуацию, когда чек-лист применяется для всех входящих обращений, поскольку может вызвать негативную реакцию со стороны пациентов. При высокой вероятности экстренной ситуации требуется безотлагательно принять меры к врачебному консультированию и оказанию медицинской помощи.

Алгоритмизация этой операции не требуется, поскольку должна быть делегирована сотруднику с более высокой квалификацией. Для этого в кол-центре (в случае централизованной модели, 4.2.1) или регистратуре медицинской организации (в случае децентрализованной модели, 4.2.2) должна быть реализована возможность перевода дистанционного обращения на медицинского работника отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи (отдельный поток, пп. Организационные решения для увеличения доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов в медицинской организации) или оформления заявки на вызов медицинского работника на дом, включая вызов скорой медицинской помощи.

В неотложной ситуации, при очном обращении, необходимо проводить маршрутизацию пациента до кабинета неотложной помощи или оформить заявку на вызов на дом, включая вызов скорой медицинской помощи (пп. Организационные решения для увеличения доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов в медицинской организации).

Использование возможности обработки входящего обращения без формирования записи в расписании относится к механизмам снижения нагрузки на медицинский персонал (пп. 7). Наличие непрофильного функционала у врачей-специалистов может приводить к необоснованному комплектованию слотов в расписании, либо к смешиванию потоков пациентов, внесенных в предварительную запись.

5.2. Каналы записи на прием в медицинские организации

! Для всех каналов записи и типов слотов должна быть доступна конкурентная запись, исключение составляют слоты для записи врачом

При этом целесообразно установить предельный объем слотов доступных для записи в режиме «врач-врач» и недоступных для конкурентной записи

Способы записи на прием к врачу представлены в Таблице 8.

Таблица 8 - Каналы записи на прием в медицинские организации

Канал записи	График доступа к каналу записи
С использованием ЕПГУ	Запись доступна в круглосуточном режиме
С использованием регионального портала государственных и муниципальных услуг	Запись доступна в круглосуточном режиме
Путем личного обращения в регистратуру медицинской организации или с использованием информационного киоска (инфомата)	Запись доступна в часы работы медицинской организации
Путем личного обращения в кол-центр	Запись доступна в часы работы кол-центра
Запись по направлению медицинского работника	Запись доступна в часы работы медицинской организации

5.2.1. Запись через ЕПГУ

При осуществлении записи на прием к врачу с использованием Единого портала государственных и муниципальных услуг (ЕПГУ) пациент осуществляет идентификацию посредством Единой системы идентификации и аутентификации (ЕСИА) и выбирает услугу «Запись на прием к врачу» (пациент выбирает объект записи – себя, своих детей или другого человека). Важно отметить, что данный канал записи доступен только в случае прикрепления пациента к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Далее пациент проверяет корректность персональных данных (своих или гражданина, законным представителем которого он является) или вводит данные другого человека (фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер полиса обязательного медицинского страхования [ОМС]). При наличии вводит контактные данные пациента (электронная почта, мобильный телефон) и вводит или проверяет регион прикрепления. Пациент выбирает медицинскую организацию прикрепления, специальность врача, его фамилию, имя, отчество. Пациент выбирает удобную дату и время приема. Пациент при желании получать оповещения о статусе записи выбирает способ оповещения (электронная почта, лента сообщений) и в дальнейшем получает оповещение о записи выбранным способом. Следующим этапом является обратная связь с пациентом (пп. 6.1).

В случае отсутствия свободных слотов или прикрепления к медицинской организации пациент оповещается о необходимости использовать для записи кол-центр или регистратуру медицинской организации.

5.2.2. Запись через региональный портал

При осуществлении записи на прием к врачу с использованием регионального портала государственных услуг рекомендуется обеспечить функциональные возможности и этапность процессов аналогично ЕПГУ, включая идентификацию, выбор объекта записи, проверку и изменение (внесение) персональных данных, выбор медицинской организации, врача, даты и времени приема, а также способа оповещения. Следующим этапом является обратная связь с пациентом (пп. 6.1).



В случае отсутствия свободных слотов или прикрепления к медицинской организации пациент оповещается о необходимости использовать для записи кол-центр или регистратуру медицинской организации.

5.2.3. Запись через регистратуру медицинской организации

При обращении/звонке пациента в регистратуру пациент сообщает сотруднику регистратуры номер полиса ОМС, СНИЛС. Также идентификация может осуществляться

с использованием документа, удостоверяющего личность, с использованием соответствующего сервиса ЕГИСЗ (Идентификация пациента в МО)¹. В случае отсутствия у пациента полиса ОМС, пациент оповещается о возможности получения медицинской помощи в форме неотложной помощи и необходимости обратиться в страховую компанию для оформления полиса. Сотрудник регистратуры уточняет у пациента цель обращения. При необходимости в соответствии с целью формируется запись на прием к врачу (пп. 5.1.2).

Далее необходимо проверить наличие свободных слотов для записи в пределах горизонта записи, информировать пациента о наличии свободных слотов и предложить ему выбрать наиболее удобную дату и время записи.

При отсутствии свободных слотов или отказа пациента от предложенных дат и времени записи следует предложить пациенту записаться в «Лист ожидания» (пп. 5.3).

5.2.4. Запись через инфомат медицинской организации

При обращении к информационному киоску (инфомату) пациент осуществляет идентификацию путем ввода номера полиса ОМС. В случае, если данные о пациенте с представленным номером полиса ОМС отсутствуют в системе, на дисплее информационного киоска отображается сообщение об отсутствии регистрации в системе и о необходимости обратиться в регистратуру. При успешной идентификации пациент выбирает из списка специальность, ФИО врача и удобную дату, и время в окне дисплея информационного киоска с доступными временными интервалами, распечатывает талон на прием (по желанию пациента или законного представителя). При согласии на оповещение о статусе записи посредством звонка, SMS или электронной почты выбирает способ оповещения, в случае отсутствия в системе информации о номере мобильного телефона и (или) адресе электронной почты вносит их в систему для последующего автоматического оповещения. Следующим этапом является обратная связь с пациентом (пп. 6.1). В случае отсутствия свободных слотов пациент оповещается о необходимости использовать для записи кол-центр или регистратуру медицинской организации.

5.2.5. Запись через единый кол-центр

Оператор кол-центра на основании обращения пациента осуществляет его идентификацию. Пациент сообщает оператору кол-центра номер полиса ОМС, ФИО, дату рождения. Оператор кол-центра вводит в МИС номер полиса ОМС и сравнивает сведения о пациенте в системе с ФИО и датой рождения, предоставленными пациентом. В случае отсутствия у пациента полиса ОМС, пациент оповещается о возможности получения только неотложной помощи и необходимости обратиться в страховую компанию для оформления полиса.

¹ <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/3825>

Далее оператор уточняет у пациента цель обращения. При необходимости в соответствии с целью формируется запись на прием к врачу (пп. 5.1.2). Оператор кол-центра уточняет у пациента специальность врача, выбирает в системе врача, а если запись открыта более чем к одному врачу-специалисту, предлагает пациенту выбрать врача с учетом местонахождения доступного филиала (подразделения) медицинской организации. Проверяет в системе наличие свободных слотов для записи в пределах горизонта записи. При наличии свободных слотов информирует пациента и предлагает ему выбрать наиболее удобную дату и время записи. При выборе пациентом даты и времени записи осуществляет его запись и сообщает пациенту реквизиты талона.

При отсутствии свободных слотов или отказа пациента от предложенных дат и времени записи предлагает пациенту записаться в «Лист ожидания» (пп. 5.3).

Основанием для внесения изменений в запись на прием к врачу по инициативе пациента является его обращение, а для внесения изменений в запись на прием к врачу по инициативе медицинской организации – отсутствие врача, к которому произведена запись, по причинам его временной нетрудоспособности, командирования, обучения или других случаях в соответствии с приказом руководителя медицинской организации. При обращении пациента для внесения изменений в запись на прием к врачу оператор кол-центра повторяет действия по поиску и предложению свободных слотов.

При изменении записи на прием к врачу по инициативе медицинской организации, она предоставляет информацию об изменении в кол-центр (или структуру, ответственную за формирование расписания). В этом случае осуществляется обзвон пациентов и повторяются шаги по поиску и предложению свободных слотов.

5.2.6. *Запись по направлению медицинского работника*

Одним из каналов записи на прием является запись по направлению медицинского работника. В случае, если медицинский работник по результатам визита пациента считает необходимым направить пациента на консультацию к другому специалисту, медицинский работник оформляет запись на вакантный слот для повторного приема или приема по направлению, который не является конкурентным. Далее осуществляется обратная связь с пациентами через кол-центр в случае централизованной модели (4.2.1) или регистратуру в случае децентрализованной модели (4.2.2).

5.3. *Организация регистрации и обработки информации об обращениях граждан для записи на прием к врачу в условиях отсутствия свободных слотов (внедрение механизма «Лист ожидания»)*

5.3.1. *Функционал механизма «Лист ожидания»*

Внедрение механизма «Лист ожидания» позволяет фиксировать информацию о необходимости записи граждан в медицинские организации, в том числе в условиях отсутствия свободных слотов в расписании. При внедрении данного механизма значительно снижается риск того, что пациент не получит медицинскую помощь

в гарантированные сроки, и, как следствие, снижение удовлетворенности медицинской помощью. Кроме того, в случае отмены/изменения записи на прием в медицинскую организацию другими пациентами возможно оперативное управление и заполнение расписания пациентами из «Листа ожидания».

! Важным условием функционирования механизма является гарантированное оказание медицинской помощи обратившемуся пациенту в сроки, установленные Программой государственных гарантий, в том числе за счет маршрутизации пациентов (пп. 5.1.2), перераспределения функций персонала медицинских организаций (пп. 7) и иных организационных решений (пп. 8).

При централизованной модели записи к врачу «Лист ожидания» является единым для всех медицинских организаций субъекта Российской Федерации (пп. 4.2.1), при децентрализованной – формируется в каждой медицинской организации (пп. 4.2.2). Вместе с тем, важно отметить, что формирование листа ожидания на уровне каждой медицинской организации несет риск записи одного пациента в несколько листов ожидания одновременно. В случае применения централизованной модели необходимо предусмотреть запись посредством «Листа ожидания» в медицинскую организацию не по критерию наличия прикрепления к медицинской организации, а по критерию наличия свободных слотов по должностям врача, к которому требуется записаться гражданину.

При этом рекомендуется обеспечить доступ к электронной медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при обращении к ней из любой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, субъекта Российской Федерации в условиях организации маршрутизации пациента из одной медицинской организации в любую другую на территории субъекта Российской Федерации. Также важно отметить, что для полноценной реализации механизма «Лист ожидания» необходимо включение его функционала в МИС и единое информационное пространство (пп. 8.1).

5.3.2. Инструкции по формированию «Листа ожидания»

В случае обращения пациента через кол-центр или регистратуру с целью записи при отсутствии вакантных слотов пациенту предоставляется возможность оставить заявку на включение его в «Лист ожидания». При записи пациента через канал ЕПГУ, региональный портал или инфомат в интерфейсе должно быть предусмотрено уведомление о необходимости воспользоваться иным каналом связи (кол-центр или регистратура медицинской организации с указанием номера телефона) для включения в «Лист ожидания». Стоит отметить, что в момент включения пациента в «Лист ожидания» необходимо уточнить цель его обращения (пп. 5.1.2). Если цель обращения не требует создания записи на прием, пациент маршрутизируется напрямую в медицинскую организацию или получает помощь на дому и не вносится в «Лист ожидания»: подробное описание процесса в пункте 5.1.2.

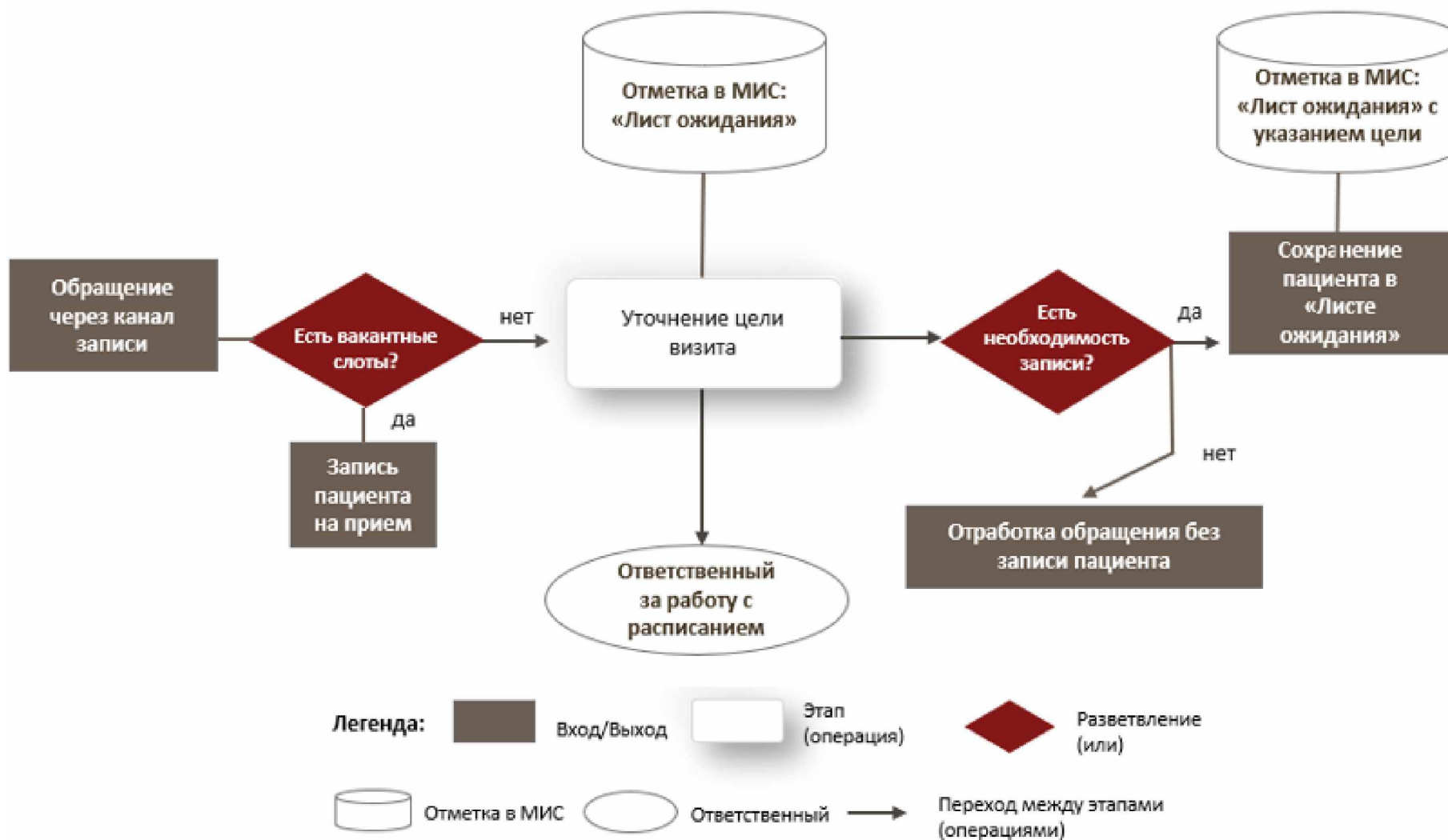


Рисунок 4 - Блок-схема процесса формирования «Листа ожидания»

Ответственному за работу с расписанием (кол-центр, регистратор и др., пп. 8.4, в зависимости от модели записи на прием в медицинскую организацию, пп. 4.2) следует отслеживать изменение в расписании, в том числе появление вакантных слотов. Следует организовать систему уведомлений об освобождении слотов (при наличии) или его работу с электронным отчетом, который отображает вакантные слоты в разрезе медицинских организаций и специальностей. При этом отчет должен иметь фильтрацию по диапазону времени. Ответственному за работу с расписанием (пп. 8.4) следует отслеживать появление вакантных слотов для записи пациентов из «Листа ожидания».

После появления вакантных слотов ответственный за работу с расписанием (пп. 8.4) должен связаться с первым стоящим в очереди «Листа ожидания» пациентом, предложить ему освободившиеся дату и время приема и получить обратную связь о согласии/не согласии записи в освободившееся время. В случае согласия пациента на запись к врачу в предложенное время статус заявки в «Листе ожидания» (МИС) меняется на «Переведена в запись».

Если пациент отказывается от предложенного времени, порядок его очереди сохраняется, а ответственный за работу с расписанием обзванивает следующего стоящего в очереди пациента.



В любом случае необходимо обеспечить запись пациента в течение срока, установленного Территориальной программой государственных гарантий.

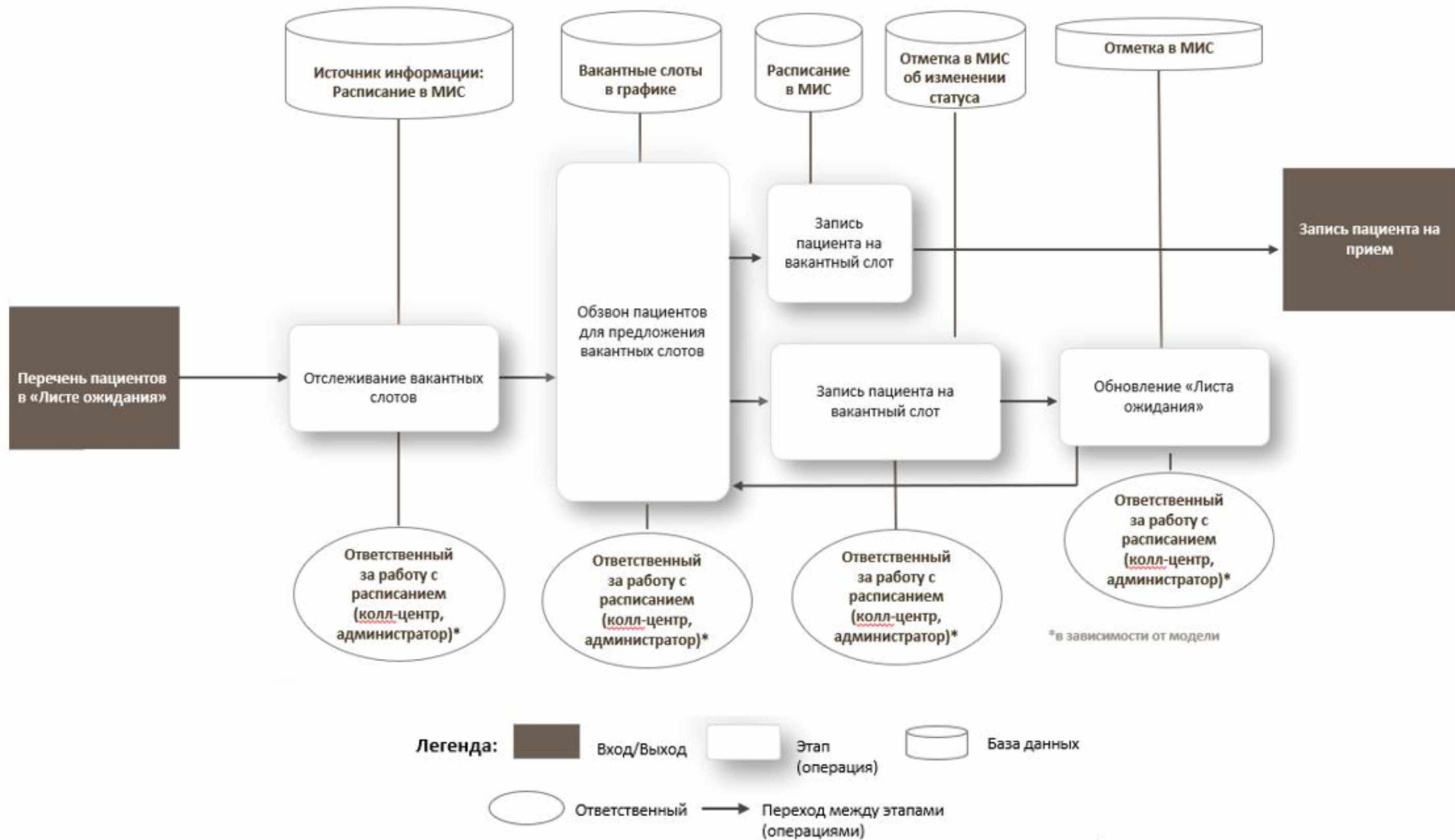


Рисунок 5 - Блок-схема процесса работы с «Листом ожидания»

6. Обратная связь и информирование пациентов

6.1. Реализация механизма обратной связи с целью оценки наполнения и актуализации расписания

Механизмы обратной связи в зависимости от решаемых задач можно разделить на механизмы информирования пациента и механизмы получения информации от пациента.

Механизмы информирования – это меры передачи информации от медицинской организации пациенту: чаще всего о дате и времени явки в медицинскую организацию, реже – о готовности результатов инструментальной и лабораторной диагностики или необходимости явки на прием с целью диспансерного наблюдения.

Механизмы получения информации – это меры сбора важной информации от пациента: о возможности визита по предварительной записи, о динамике состояния здоровья при курации пациента по телефону и прочее.

Обратная связь является важным этапом после записи пациента через канал ЕПГУ, региональный портал или инфомат (пп. 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3) и позволяет перейти к этапу определения цели обращения (пп. 5.1.2).



Важно отметить, что информирование пациента осуществляется одновременно с выяснением цели обращения, что исключает многократные звонки, которые могут быть неудобны пациенту.

При реализации механизмов информирования в различных ситуациях в общении с пациентом необходимо задействовать различные группы специалистов (пп. 8.4): в медицинской организации – администраторы, регистраторы и медицинские сестры, при информировании кол-центром – операторы и дежурные врачи. Во всех случаях такие сотрудники должны быть ознакомлены с правилами общения с пациентом по телефону, включая соответствующие скрипты и речевые модули (пп. 6.2).

Механизмы информирования и получения информации могут быть реализованы посредством проактивного информирования по телефону оператором кол-центра или регистратором, а также с применением роботизированных сервисов обзвона и другими автоматизированными способами (чат-боты), позволяющими получить обратную связь от пациента о возможности явки в дату и время планируемого оказания медицинской помощи.



Рисунок 6 - Общий процесс обратной связи

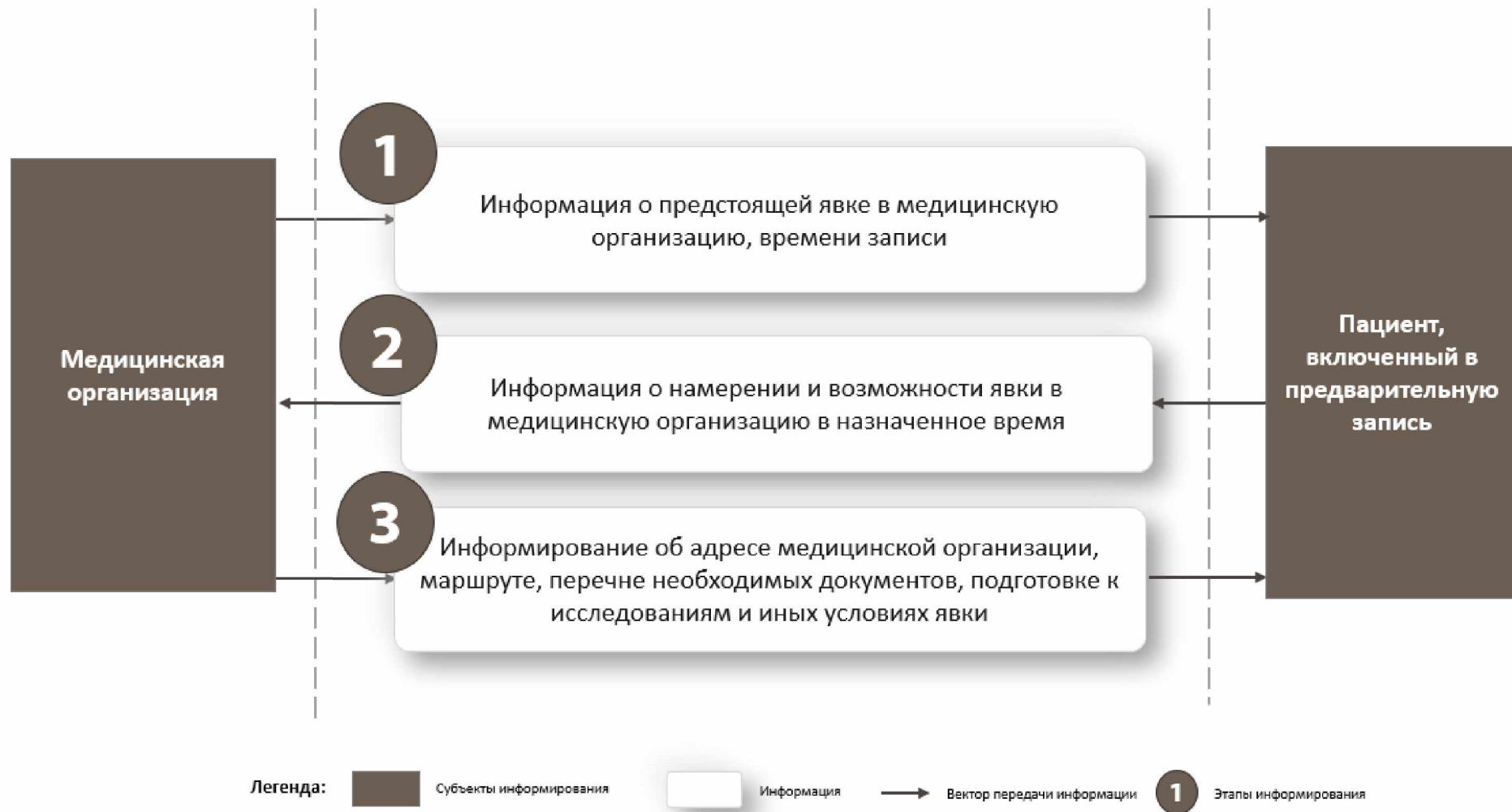


Рисунок 7 - Общая схема информирования пациента с целью оценки наполнения и актуализации расписания

Перед явкой пациента требуется информирование о времени записи в медицинскую организацию заблаговременно (24 – 48 часов до момента записи). Рекомендуемым действием является отметка в МИС об информировании пациента. При отсутствии функционала отметки об информировании контроль должен быть доступен на основании оценки соотношения числа записанных на следующий день пациентов и числа исходящих вызовов в адрес пациента с целью информирования (повторные звонки не суммируются), которое должно стремиться к единице.



В ходе разговора по телефону важно получить подтверждение от пациента о готовности явки в ранее согласованные дату и время. В случае отказа пациента от записи слот расписания требуется освободить, а с пациентом согласовать альтернативные дату и время.

После подтверждения пациентом готовности к визиту в зарезервированное время нужно еще раз сообщить ему информацию о деталях записи: дату, время, дополнительные условия, наименование и адрес учреждения. Все этапы общения с пациентом могут быть автоматизированы роботизированным обзвоном.

Дублирующим механизмом информирования пациента о предстоящей записи является информирование SMS или сообщениями в мессенджерах. Может являться как дополняющим, так и альтернативным способом информирования пациентов о предварительной записи.

Сервис рассылки может быть интегрирован в МИС, для автоматического формирования списков пациентов, подлежащих информированию, передачи номеров телефонов и направления сообщений пациентам. Категорически не рекомендуется организация этапа «вручную».

В результате организации процесса предварительного информирования пациента о записи возникнет неопределенный объем вакантных слотов в расписании. Для обеспечения большей доступности медицинской помощи требуется организация механизма комплектования вакантных слотов через механизм «Лист ожидания», а далее из внутренних источников информации о нереализованных назначениях (направлениях), необработанных заявках или из ранее сформированной на отдаленный горизонт предварительной записи, требуется максимально заполнить вакантные слоты в расписании на ближайшие 48 часов.

После определения возможности комплектования слота имеющимся запросом, процесс предварительного информирования пациента о записи инициируется повторно.

На Рисунке 8 представлена в форме процесса последовательность операций, выполняемых в ходе предварительного информирования пациента о записи.

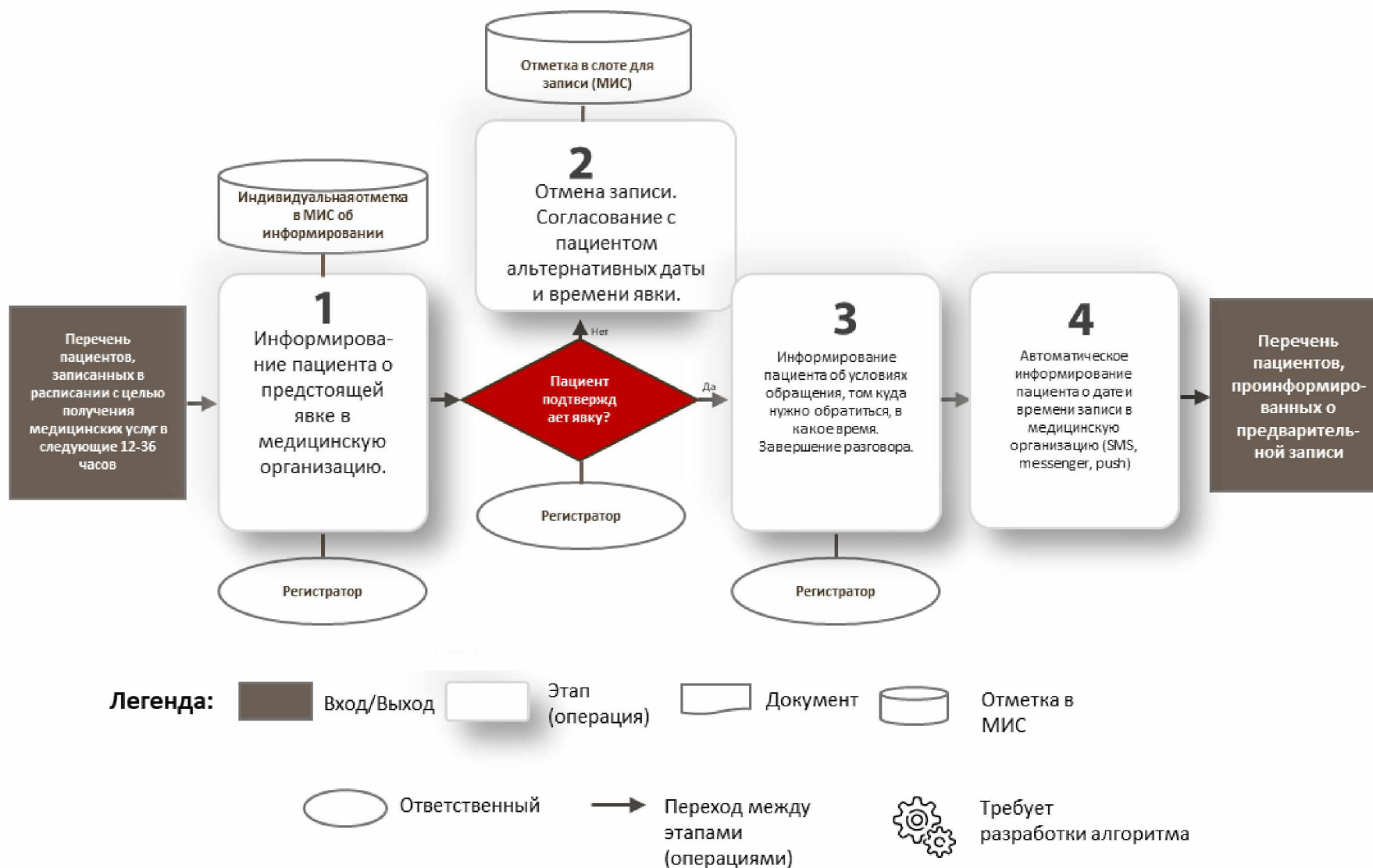


Рисунок 8 - Блок-схема процесса предварительного информирования пациента о записи

6.2. Правила информирования пациента по телефону



Стоит помнить о том, что ключевая задача медицинского и немедицинского персонала (п. 7.5) состоит в решении медицинской проблемы пациента

Решение этой задачи следует начинать с момента обращения пациента через канал записи

Этот принцип должен соблюдаться на всех этапах реализации настоящих методических рекомендаций.

Стоит помнить о том, что ключевая задача медицинского и немедицинского персонала (п. 7.5) состоит в решении медицинской проблемы пациента. Решение этой задачи следует начинать с момента обращения пациента через канал записи. Этот принцип должен соблюдаться на всех этапах реализации настоящих методических рекомендаций.

При общении с пациентом необходимо использовать скрипты разговора или речевые модули, что позволяет грамотно выстроить ответы на любые возражения, четко и убедительно сформулировать преимущества того или иного предложения, легко и безболезненно работать с жалобами. В описании рекомендуемых приемов общения оператора кол-центра настоящие рекомендации ограничиваются тем, чего говорить не следует. Рекомендуемые речевые обороты следует основывать на процессах системы здравоохранения каждого отдельного региона. Специфика общения с пациентом заключается в том, что заучивание и каждодневное использование стандартных модулей неэффективно в случае наличия у оператора кол-центра глубоких ошибок в общении. Такими ошибками является использование фраз-провокаторов, которые нельзя употреблять в общении.

Таблица 9 - Примерный перечень фраз-провокаторов

Фразы-провокаторы	Рекомендуемая замена
<ul style="list-style-type: none"> - Девушка - Женщина - Молодой человек - Мужчина 	<ul style="list-style-type: none"> - Обращайтесь к пациенту по имени, на «Вы» или нейтрально. Например, «Скажите, пожалуйста...»
<ul style="list-style-type: none"> - Нет - Нельзя («так оформлять нельзя») - Не получится («завтра не получится») - Не принимает («завтра доктор не принимает») - Невозможно - Но 	<ul style="list-style-type: none"> - Я предлагаю... - Можно («можно оформить по-другому») - Получится, только если... - В нашем с Вами случае возможно только... - Доктор принимает... - В данной ситуации... - Тем не менее, вместе с тем, с другой стороны, наилучший вариант – это...
<ul style="list-style-type: none"> - Ваша проблема 	<ul style="list-style-type: none"> - Этот вопрос... - Наш вопрос... - Наша с вами ситуация...

Фразы-провокаторы	Рекомендуемая замена
– Уменьшительно-ласкательные слова: минуточку, секундочку, договорчик, звоночек	– Одну минуту, пожалуйста... Договор, звонок
– Вы не поняли – Вы меня не слышите	– Наверно, я не точно выразился... – Я хочу сказать... – Я имею ввиду...
– Простите за беспокойство	– Уточните, пожалуйста...
– Я не знаю – Я думаю, что... – Наверное... – Скорее всего... – У меня нет такой информации	– Одну минуту, пожалуйста, я уточню... – Я уточню этот вопрос, и мы с Вами обязательно свяжемся...
– Ничего не можем сделать для Вас – Не могу Вам ничего предложить – Ничем не могу вам помочь – Ничего не могу обещать – Это от нас не зависит	– В этом случае Вам следует... – Вы можете сделать... – Я Вам рекомендую... – Я могу предложить...
– Вы должны... – Вам придется...	– Давайте мы с Вами сделаем следующее...
– Естественно – Конечно же – Само собой разумеется – И так понятно, что...	– Вы сказали все верно – Вы правильно все поняли
– Главный врач (заведующий отделением, мой руководитель) сейчас не может (не сможет) с Вами поговорить	– Решение этого вопроса находится в моей компетенции – Давайте посмотрим, что можно сделать
– А мы-то здесь причем? – Это же не я Вас неправильно проконсультировал(а) – Не знаю, кто Вам такое сказал	– Мы разберемся в сложившейся ситуации – Приношу Вам свои извинения – Приносим извинения
– Мы этого не делаем (не предоставляем)	– Мы делаем только... – Этим вопросом занимается другой специалист. Я сейчас Вам скажу время его приема.
– Этого не может быть – Вы что-то путаете	– Давайте уточним
– Точных сроков сказать не могу	– Точные сроки сейчас назвать трудно – Точные сроки будут известны позже. Позвоните пожалуйста...
– Это Ваша вина – Это не наша вина, что...	– Я могу предложить...
– Что Вас еще не устраивает?	– Я могу помочь Вам в сложившейся ситуации?
– А зачем Вы это сделали?	– Я правильно Вас понял(а)?
– Вообще-то...	– Могу отметить, что
– Вы меня, конечно, извините, но...	– Хочу обратить Ваше внимание на то, что...
– Я Вам уже говорил(а)	– Хочу обратить Ваше внимание на то, что...

Таким образом, недопустимы в употреблении фразы и интонации:

- демонстрирующие безучастность и безразличие;
- трактуемые как попытка уйти от ответственности или прямо говорящие о безответственности;
- отражающие безынициативность или нежелание помочь;

- любые оценочные суждения прямые или завуалированные оскорбления;
- фразы, не несущие конкретного смысла.

7. Организационные решения для увеличения доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов в медицинской организации

В целях оптимизации нагрузки на врачей и увеличения доли рабочего времени врачей для непосредственного оказания медицинской помощи, в том числе проведения профилактических мероприятий, могут быть приняты следующие организационные решения:

- перераспределение функций между врачами, работниками медицинской организации со средним медицинским образованием и немедицинскими работниками
- перераспределение потоков пациентов с различными целями обращений между структурными подразделениями медицинской организации

7.1. Организационные решения по перераспределению функций между работниками медицинской организации

Рекомендуемые изменения организационных подходов к оказанию первичной медико-санитарной помощи предусматривают передачу части функций, не связанных непосредственно с процессом оказания медицинской помощи, но предусматривающих выполнение административных функций немедицинскими работниками, отвечающими за техническое внесение данных о пациенте, диспетчеризацию потоков пациентов, внесение сведений в электронное расписание медицинской организации, подтверждение явки пациентом, информирование пациента о предстоящем приеме, в том числе, в рамках диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения.

В настоящее время штатные нормативы численности немедицинских работников устанавливаются приказом руководителя медицинской организации, исходя из производственной необходимости в случае, если данные должности не предусмотрены действующим штатным расписанием за счет должностей других структурных подразделений при наличии соответствующих фондов оплаты труда.

На основе анализа действующих нормативных правовых актов, определены функции врача-терапевта участкового, которые можно передать персоналу со средним медицинским образованием и немедицинским работникам (Рисунок 9):

- от врача-терапевта участкового персоналу со средним медицинским образованием: подготовка списков граждан для диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, проведение санитарно-гигиенического просвещения населения;
- от врача-терапевта участкового – немедицинским работникам: ведение персонального учета, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения и ведение паспорта врачебного (терапевтического) участка.

При этом, организация и проведение мероприятий по пропаганде ЗОЖ может быть распределена между врачом-терапевтом участковым, персоналом со средним медицинским образованием и немедицинскими работниками.

Функции, которые могут быть распределены между врачом-терапевтом участковым и персоналом со средним медицинским образованием: проведение медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических), диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина), оценка эффективности и безопасности применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, предоставление отчетности о своей деятельности, активное посещение маломобильных пациентов на дому для динамического наблюдения, организация и проведение школ здоровья, оформление листков нетрудоспособности, оформление экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания, пищевом, остром профессиональном отравлении, контроль проведения профилактических мероприятий, работа с медицинской документацией, направление пациента на лабораторные и инструментальные обследования, проведение иммунизации населения.

Кроме того, определены функции персонала со средним медицинским образованием, которые можно перераспределить на немедицинских работников (Рисунок 10). К ним относятся: ведение персонального учета, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения и ведение паспорта врачебного (терапевтического) участка, а также ряд других задач, например, получение результатов лабораторных и других исследований пациентов и внесение сведений в медицинскую документацию, сопровождение пациентов на диагностические и лечебные процедуры, организация амбулаторного приема врачом-специалистом, регулировка потока пациентов на врачебном приеме, информирование пациентов о врачебном приеме, в том числе с целью прохождения диспансерного наблюдения, предоставление информации по вопросам приема населения непосредственно или с использованием технических средств, в том числе электронных.

Диагностика заболеваний	Назначение лекарственных препаратов, медикаментозного лечения и лечебного питания	Оказание медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на дому	Назначение мероприятий по уходу за пациентом	Разработка программ оздоровительных мероприятий	Работа в составе врачебной комиссии	Оформление рецептурного бланка, санаторно-курортной карты, справок, направлений на МСЭ
Направление пациента к врачам-специалистам	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности	Направление на медико-социальную экспертизу	Организация медицинской реабилитации	Проведение медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических)	Диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями	Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина)
Оценка эффективности и безопасности применения медикаментозных и не медикаментозных методов лечения	Предоставление отчетности о своей деятельности	Активное посещение маломобильных пациентов на дому для динамического наблюдения	Организация и проведение школ здоровья	Оформление листов нетрудоспособности	Оформление экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания, пищевом, остром профессиональном отравлении....	Контроль проведения профилактических мероприятий
Работа с медицинской документацией	Направление пациента на лабораторные и инструментальные обследования	Подготовка списков для диспансеризации населения	Проведение санитарно-гигиенического просвещения населения	Ведение персонального учета, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения	Ведение паспорта врачебного (терапевтического) участка	Организация и проведение мероприятий по пропаганде ЗОЖ






	11 функции врача – терапевта участкового		12 функции, распределенные между врачом – терапевтом участковым и персоналом со средним медицинским образованием
	2 функции врача – терапевта участкового, переданные персоналу со средним медицинским образованием		2 функции врача – терапевта участкового, переданные персоналу без медицинского образования
			1 функции, распределенные между врачом – терапевтом участковым, персоналом со средним медицинским образованием и персоналом без медицинского образования

Рисунок 9 - Модель перераспределения функций врача-терапевта участкового



Рисунок 10 - Модель перераспределения функций персонала со средним медицинским образованием

7.2. Организационные решения по перераспределению потоков пациентов с разными целями обращений между структурными подразделениями медицинской организации

В зависимости от цели обращения пациента в медицинскую организацию можно выделить четыре основных организационных решения по перераспределению потоков пациентов, цель обращения которых может быть достигнута без привлечения врача-терапевта участкового (Рисунок 11 - **Блок-схема перераспределения потоков пациентов, цель обращения которых может быть достигнута без привлечения врача-терапевта участкового**):

- перераспределение потока пациентов, обращающихся с очными запросами информации, в регистратуру медицинской организации с обработкой обращения в соответствии со схемой, представленной на Рисунок 12 - **Блок-схема последовательности операций по обработке обращения пациента без записи в расписании** врача-специалиста и информацией из раздела 5.1.2;
- перераспределение потока пациентов, нуждающихся в оказании помощи в неотложной форме, в отделение (кабинет) неотложной помощи при очном обращении или оформление вызова на дом бригады неотложной помощи, в состав которой входят работники данного отделения (кабинета);
- перераспределение потока пациентов, обращающихся с целью прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и углубленной диспансеризации, в отделение (кабинет) медицинской профилактики с организацией работы в соответствии с методическими рекомендациями ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России;
- для организации работы с потоком пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, целесообразно привлекать организационно-методический отдел медицинской организации (для планирования) и кол-центр (для записи).



Рисунок 11 - Блок-схема перераспределения потоков пациентов, цель обращения которых может быть достигнута без привлечения врача-терапевта участкового

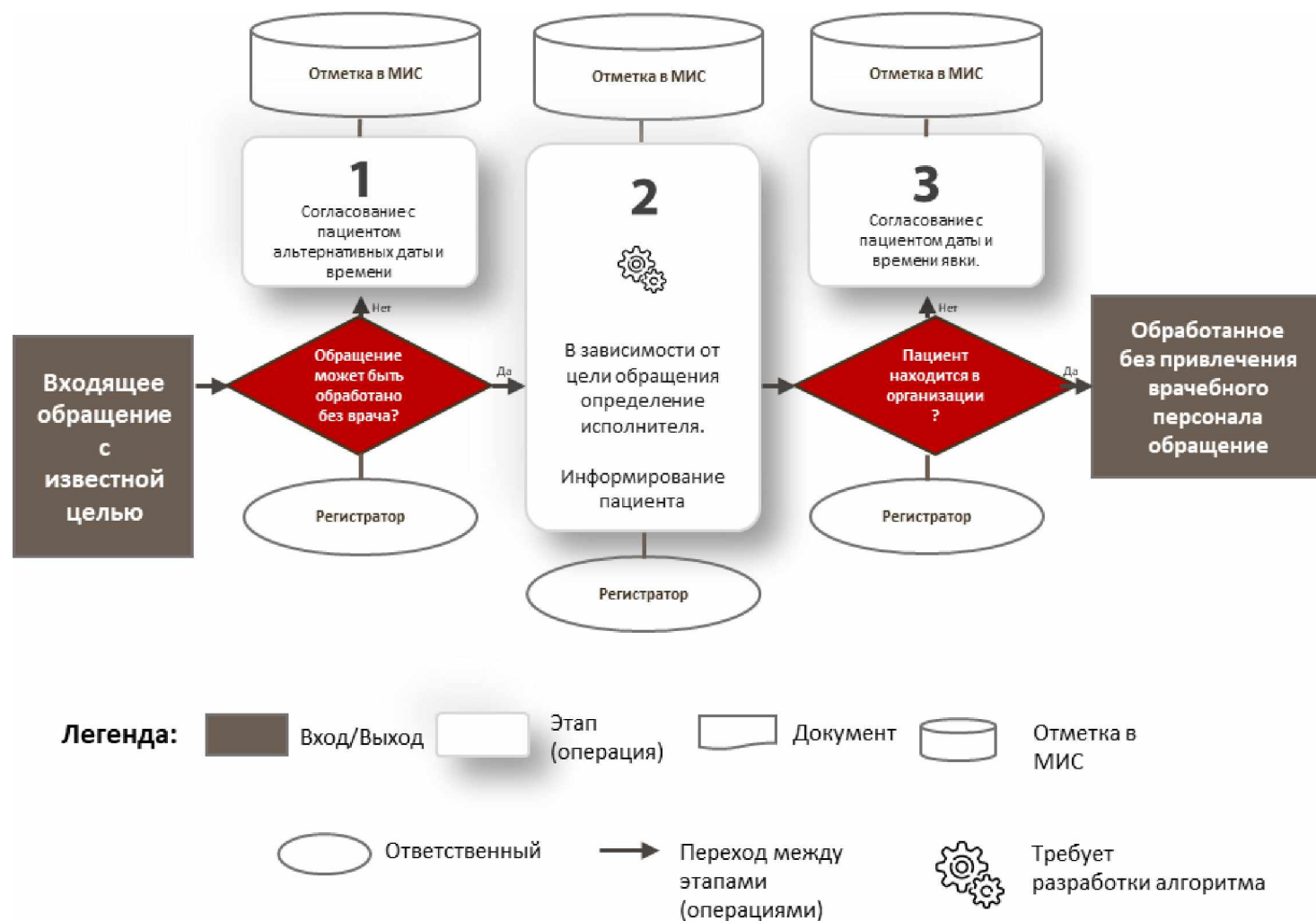


Рисунок 12 - Блок-схема последовательности операций по обработке обращения пациента без записи в расписании врача-специалиста

8. Условия для реализации алгоритма формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях

8.1. Создание единого информационного пространства

Для полноценной реализации алгоритма формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях необходимо создание единого информационного пространства с едиными правилами обработки данных.

При централизованной модели должно быть обеспечено отображение расписания всех медицинских организаций в режиме «онлайн» (на базе региональной МИС). Формируемое расписание должно быть единым и доступным для записи по всем каналам записи (конкурентным).

При децентрализованной модели суть создания единого информационного пространства заключается в обеспечении доступности расписания медицинской организации (на базе МИС медицинской организации) РОИВ с целью контроля соответствия единым стандартам.

! Все процессы записи на прием к врачу по разным каналам записи при реализации обеих моделей должны быть прозрачными и понятными, а результаты этих процессов доступными для всех участников.

8.2. Обеспечивающие структуры

Структурами, обеспечивающими прозрачное и доступное формирование расписания и записи на прием в медицинские организации, являются кол-центры и региональный проектный офис (координационный центр). Эти структуры могут быть реализованы как на функциональной основе (например, на базе медицинских информационно-аналитических центров), так и в рамках создания единого центра, реализующего функционал регистратуры по обработке входящих обращений для всех медицинских организаций субъекта.

! В функции регионального проектного офиса (координационного центра) может входить формирование подходов к организации процессов, формализация требований к исполнителям и обеспечение сопровождения внедрения настоящих методических рекомендаций.

Централизованный кол-центр является рекомендуемым решением для организации работы с обращениями по телефону в рамках централизованной модели формирования расписания, поскольку способен в сжатые сроки адаптироваться к значительному увеличению числа обращений, как это было в период пандемии COVID-19, за счет большого количества операторов нивелировать временную нетрудоспособность или отпускной период отдельных сотрудников без снижения функциональности,

обеспечить бесперебойность и техническую стабильную работу телефонной линии, позволяет расширить время работы кол-центра до круглосуточного режима. Создание единого регионального кол-центра не отменяет возможность наличия кол-центров в медицинских организациях.

Рекомендуется провести оснащение кол-центра следующими техническими средствами:

- Автоматизированное рабочее место оператора.
- Информационная система с пользовательским интерфейсом сбора информации о пациенте, выборе цели обращения, доступом к интерфейсу комплектования слотов.
- IP-телефония, представленная виртуальной АТС с записью разговоров и фиксацией входящего потока звонков.
- IP-телефонное устройство или гарнитура.

При данной конфигурации кол-центра рекомендованная длительность ожидания пациента на линии, при работе в штатных режимах кол-центра, не должна превышать 4 минуты. Штатная работа кол-центра – это работа с таким объемом обращений, который не превышает значения среднесуточного числа обращений более чем на 50%.

В случае превышения рекомендуемой длительности ожидания пациента на линии, следует настроить уведомление об этом операторов кол-центра, а также руководителя кол-центра (для координации работы и контроля за работой отдельных сотрудников) через информационную систему, в которой они работают.

Недостаточное количество линий для ожидания ответа приведет к тому, что входящие звонки не будут поставлены в очередь, а звонок просто будет завершен, что может вызвать конфликтную ситуацию. Рекомендованная длительность ожидания пациента на линии не должна превышать 60 секунд, поэтому в случае образования очереди ожидающих ответа свыше трех человек в расчете на одного оператора, следует настроить уведомление об этом операторов кол-центра, а также руководителя кол-центра (для координации работы и контроля за работой отдельных сотрудников) через информационную систему, в которой они работают.

8.3. Разработка нормативных актов, регламентирующих алгоритм формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях

8.3.1. Нормативные правовые акты регионального уровня

! Для унификации и стандартизации алгоритма формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях РОИВ рекомендуется разработать и утвердить нормативные правовые акты в форме приказов и/или распоряжений.

В случае отсутствия в федеральных нормативных правовых актах указания на нормы времени определенного врача-специалиста разрабатывается региональный нормативный правовой акт в зависимости от потребности, кадрового потенциала и врачебной специальности медицинского работника (Таблица 11, Приложение 1). Необходимо также разработать порядок формирования и ведения расписания, создания и ведения медицинских ресурсов, стандартные наборы слотов и расписаний, а также утвердить перечень врачебных должностей, для которых должна быть открыта самостоятельная запись на прием в электронном виде.

В случае применения централизованной модели на уровне субъекта Российской Федерации разрабатывается порядок и сроки формирования и согласования проекта расписания со стороны медицинских организаций, порядок внесения изменений в действующее расписание (включая порядок обработки запросов от медицинских организаций), контроля актуальности расписания, информирования пациентов о расписании работы врачей единым кол-центром.

Региональные нормативные правовые акты также должны содержать описание ролевой модели при формировании расписания и осуществления записи на прием к врачу: рекомендуемый перечень ролей пользователей МИС, распределение полномочий.

8.3.2. Локальные нормативные акты

Руководителям медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, на основании соответствующих приказов/распоряжений РОИВ рекомендуется разработать и утвердить локальные нормативные акты с учетом специфики работы возглавляемой медицинской организации.

В случае применения децентрализованной модели необходимо разработать на уровне медицинской организации локальные нормативные акты, устанавливающие порядок и сроки формирования и согласования проекта расписания внутри медицинской организации, порядок внесения изменений в действующее расписание, контроля актуальности расписания, информирования пациентов о расписании работы врачей регистратурой.

8.4. Участники процессов формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях (перечень, функции)

Перечень работников медицинских организаций, ответственных за работу с расписанием расписания, определяется приказом руководителя медицинской организации и содержит следующие рекомендуемые должности участников процесса:

- главный врач/уполномоченное лицо;
- заведующий структурным подразделением;
- администратор медицинской организации;
- администратор МИС медицинской организации;

- сотрудник отдела кадров;
- оператор кол-центра;
- оператор регистратуры медицинской организации (при отсутствии единого кол-центра);
- администратор медицинской организации (помощь при работе с инфоматом).

Таблица 10 - Перечень работников медицинских организаций, ответственных за работу с расписанием

Роль	Действия в рамках реализации методических рекомендаций
Главный врач	<ul style="list-style-type: none"> ● утверждает порядок составления расписания работы медицинских ресурсов в электронном виде, интервалы приема работников медицинской организации по каждой должности, интервалы проведения диагностических исследований и лечебных процедур по каждому виду исследований и процедур; ● утверждает расписание; ● контролирует корректность расписания в МИС
Заведующий структурным подразделением	<ul style="list-style-type: none"> ● готовит сведения о расписании медицинских работников и кабинетов и формирует проект расписания; ● собирает и готовит сведения для изменения расписания медицинских работников и кабинетов; ● контролирует корректность расписания в МИС
Администратор медицинской организации, ответственный за работу с расписанием	<ul style="list-style-type: none"> ● вводит данные о подразделениях медицинской организации в МИС; ● вводит данные о медицинских ресурсах в МИС; ● вводит данные об участках обслуживания в медицинской организации в МИС; ● вносит в МИС утвержденный проект расписания, при децентрализованной модели – вносит в него изменения, при централизованной – осуществляет запрос на изменения ● контролирует корректность расписания в МИС
Администратор МИС	<ul style="list-style-type: none"> ● администрирует пользователей МИС; ● ведет классификаторы и справочники уровня медицинской организации
Работник отдела кадров	<ul style="list-style-type: none"> ● при приеме на работу медицинского работника на основании приказа о приеме на работу вводит о нем данные в МИС; ● вводит данные о месте работы (изменении места работы) медицинского работника в МИС; ● при увольнении медицинского работника на основании подписанного приказа о его увольнении проставляет соответствующую отметку в МИС
Оператор кол-центра	<ul style="list-style-type: none"> ● устанавливает цель обращения пациента; ● проводит идентификацию пациента при его обращении; ● осуществляет маршрутизацию пациента на момент исполнения запроса пациента с учетом цели его обращения;

Роль	Действия в рамках реализации методических рекомендаций
	<ul style="list-style-type: none"> • осуществляет запись на прием к врачу, либо перенаправляет звонок по компетенции; • при отсутствии свободных слотов для записи вносит данные пациента в «Лист ожидания»; • передает «Лист ожидания» оператору/регистратору в медицинскую организацию, в которой наблюдается пациент; • проводит обзвон пациентов (при отсутствии роботизированных сервисов обзвона) с целью подтверждения явки в дату и время планируемого оказания медицинской помощи; • проводит информирование пациентов по телефону (при отсутствии роботизированных сервисов обзвона) об отмене записи на прием к врачу по инициативе медицинской организации с последующей перезаписью пациента; • проактивно формирует поток по профилактической работе
Оператор регистратуры медицинской организации (при отсутствии единого колл-центра)	<ul style="list-style-type: none"> • устанавливает цель обращения пациента; • проводит идентификацию пациента при его обращении; • осуществляет маршрутизацию пациента на момент исполнения запроса пациента с учетом причины его обращения; • осуществляет запись на прием к врачу, либо перенаправляет звонок по компетенции; • при отсутствии свободных слотов для записи вносит данные пациента в «Лист ожидания» и при появлении свободных слотов на запись к врачу информирует об этом пациента и при его согласии записывает его на прием к врачу; • проводит обзвон пациентов (при отсутствии роботизированных сервисов обзвона) с целью подтверждения явки в дату и время планируемого оказания медицинской помощи; • проводит информирование пациентов по телефону (при отсутствии роботизированных сервисов обзвона) об отмене записи на прием к врачу по инициативе медицинской организации с последующей перезаписью пациента; • проактивно формирует поток по профилактической работе
Администратор медицинской организации (помощь при работе с инфоматом)	<ul style="list-style-type: none"> • устанавливает цель обращения пациента; • осуществляет маршрутизацию пациента на момент исполнения запроса пациента с учетом цели его обращения; • при необходимости помогает осуществить запись
Средний медицинский персонал	<ul style="list-style-type: none"> • формирует запрос на запись пациента в случае направления врачом

9. Стандартизация бизнес-правил, определяющих условия записи на прием к врачу

Бизнес-правило это набор условий, которые накладывают определенные ограничения на конкретный процесс для достижения поставленных целей. В целях исключения ошибочных записей пациентов, определены бизнес-правила, которые устанавливают условия для записи на прием к врачу.

Стандартизированный перечень бизнес-правил, устанавливающих условия для записи на прием к врачу, должен быть реализован в ГИСЗ субъектов Российской Федерации. При взаимодействии с КУ ФЭР, ГИСЗ субъекта Российской Федерации отклоняет запрос на запись пациента и передает ошибку для дальнейшей ее идентификации и отображения пациенту на ЕПГУ информации о причине невозможности получения услуги записи на прием к врачу.

Иные бизнес-правила, которые не описаны в настоящих Методических рекомендациях, не рекомендуются к использованию для установки условий записи на прием к врачу.

9.1. Бизнес-правила, рекомендуемые для использования в ГИСЗ субъектов Российской Федерации

Ниже представлен перечень бизнес-правил, рекомендованных для использования в ГИСЗ субъектов Российской Федерации:

- запись к врачу возможна при отсутствии активной записи к аналогичному специалисту, к данному врачу или врачу данной должности (Таблица 12, Приложение 2);
- запись на прием к врачу возможна при отсутствии у пациента записи на это же время к другому врачу (условие действует на весь диапазон времени активной и планируемой записи);
- запись на прием к врачу возможна при условии соответствия возраста пациента выбранной должности врача (Таблица 13, Приложение 3).

9.2. Иные условия и требования, которые должны использоваться при записи на прием к врачу в ГИСЗ субъектов Российской Федерации

Ниже представлены иные условия и требования, которые должны использоваться при записи на прием к врачу в ГИСЗ субъектов Российской Федерации:

- запись на прием к врачу возможна при наличии у пациента прикрепления в субъекте Российской Федерации, к медицинской организации или участку;
- требование проводить проверку прикрепления к медицинской организации на этапе валидации пациента;
- не передавать данные врачей, у которых отсутствуют свободные слоты, при взаимодействии ГИСЗ субъекта Российской Федерации с КУ ФЭР.

Приложение 1

Таблица 11 - Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и продолжительность рабочего времени в неделю

№ п/п	Должность врача	Время приема	Повторный прием в связи с заболеванием	На визит с профилактической целью	Время на документацию	Приказ Минздрава России
1.	врач-педиатр участковый	15 мин	70-80%	60-70%	<35%	от 02.06.2015 № 290н
2.	врач-терапевт участковый	15 мин				
3.	врач общей практики	18 мин				
4.	врач-оториноларинголог	16 мин				
5.	врач-офтальмолог	14 мин				
6.	врач-акушер-гинеколог	22 мин				
7.	врач-стоматолог-терапевт	44 мин		60-70%	<35%	от 19.12.2016 № 973н
8.	врач-стоматолог детский	-		-	-	-
9.	врач-стоматолог	-		-	-	-
10	врач-хирург	26 мин		60-70%	<35%	от 06.08.2020 № 810н
11	врач-детский хирург	-				-
12	врач-фтизиатр	35 мин				от 06.08.2020 № 810н
13	врач-психиатр-нарколог	-				-
14	врач-психиатр детский (подростковый)	-				-

Приложение 2

Таблица 12 – список врачебных должностей, для записи к которым требуется отсутствие активной записи к аналогичному специалисту (к данному врачу или врачу данной должности)

№ п/п	Наименование должностей врачей	Требуется отсутствие активной записи
1.	Врач-терапевт участковый	Врач-терапевт участковый, Врач общей практики (семейный врач)
2.	Врач-педиатр участковый	Врач-педиатр участковый, Врач общей практики (семейный врач)
3.	Врач общей практики (семейный врач)	Врач-терапевт участковый, Врач общей практики (семейный врач), Врач-педиатр участковый
4.	Врач-хирург	Врач-хирург
5.	Врач-детский хирург	Врач-детский хирург
6.	Врач-офтальмолог	Врач-офтальмолог
7.	Врач-оториноларинголог	Врач-оториноларинголог
8.	Врач-акушер-гинеколог	Врач-акушер-гинеколог
9.	Врач-психиатр-нарколог	Врач-психиатр-нарколог
10.	Врач-психиатр детский	Врач-психиатр детский
11.	Врач-психиатр детский участковый	Врач-психиатр детский участковый

12.	Врач-психиатр подростковый	Врач-психиатр подростковый
13.	Врач-психиатр подростковый участковый	Врач-психиатр подростковый участковый
14.	Врач-фтизиатр	Врач-фтизиатр
15.	Врач-стоматолог	Врач-стоматолог
16.	Врач-стоматолог-терапевт	Врач-стоматолог-терапевт
17.	Врач-стоматолог детский	Врач-стоматолог детский

Приложение 3

Таблица 13 – данные о допустимом возрасте пациента для записи на каждую врачебную должность («запись на прием к врачу возможна при условии соответствия возраста пациента выбранной должности врача»)

№ п/п	Наименование должностей врачей	Допустимый возраст	Обоснование
1.	Врач-терапевт	18 лет и старше	Приказ МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
2.	Врач-терапевт участковый	18 лет и старше	Приказ МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
3.	Врач-стоматолог-ортопед	18 лет и старше	Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 № 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению со стоматологическими заболеваниями»
4.	Врач-гериатр	60 лет и старше	Приказ МЗ РФ от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»
5.	Врач-педиатр	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»
6.	Врач-педиатр участковый	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»
7.	Врач-детский кардиолог	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» Приказ МЗ РФ от 25.10.2012 № 440н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология»
8.	Врач-детский онколог	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»

			Приказ МЗ РФ от 31.10.2012 № 560н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология»
9.	Врач-детский гематолог онколог-	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» Приказ МЗ РФ от 31.10.2012 № 560н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология»
10.	Врач-детский уролог-андролог	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» Приказ МЗ РФ от 31.10.2012 № 561н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология»
11.	Врач-детский хирург	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» Приказ МЗ РФ от 31.10.2012 № 562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия»
12.	Врач-детский эндокринолог	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 № 908н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология»
13.	Врач-психиатр детский (врач-психиатр детский участковый, врач-психиатр подростковый, врач-психиатр подростковый участковый)	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»

14.	Врач-стоматолог детский	от 0 до 18 лет	Приказ МЗ РФ от 13.11.2012 № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями»
-----	-------------------------	----------------	--