АНАЛИЗ РАБОЧЕЙ НАГРУЗКИ, МОТИВАТОРОВ И СТИМУЛОВ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Киев – 2016

УДК 331.103:614.2]:[616.98:578.828ВІЛ](477)
ББК 65.9(4Укр)24+51.1(4Укр)2+55.148(4Укр)А64

АНАЛИЗ РАБОЧЕЙ НАГРУЗКИ, МОТИВАТОРОВ И СТИМУЛОВ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Проект USAID «Реформа ВИЧ–услуг в действии»
www.hivreforminaction.org
www.facebook.com/HIVReformUA/

Эта публикация была подготовлена благодаря финансовой поддержке Президентского плана неотложных мер, направленных на преодоление СПИДа (PEPFAR), оказанной через Агентство США по международному развитию (USAID) в рамках Соглашения с проектом «Реформа ВИЧ-услуг в действии» № AID-121-A-13-00007. Содержание этой публикации, за которую несет ответственность исключительно ООО «Делойт Консалтинг» и партнеры-исполнители, не обязательно является отображением взглядов PEPFAR, USAID или Правительства США.

Распространяется бесплатно

ISBN 978-966-2578-89-8

Киев – 2016

АНАЛИЗ РАБОЧЕЙ НАГРУЗКИ, МОТИВАТОРОВ И СТИМУЛОВ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Киев – 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности 5

Список сокращений и терминов 6

КРАТКИЙ ОБЗОР ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ 7

РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНОМЕТРАЖА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ 28

Введение 29

Цель, задачи исследования 29

Методология исследования 30

1. ОБЩЕЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ВЕДУЩИХ АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ. 36

2. АНАЛИЗ ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВИЧ-УСЛУГ ПО ТИПАМ УЗ 42

2.1. Центры профилактики и борьбы со СПИДом. 52

2.2. Кабинеты доверия (КД) 56

2.3. Противотуберкулезные диспансеры (ПТД) 59

2.4. Кожно-венерологические диспансеры (КВД). 61

2.5. Наркологические диспансеры (НД) 63

2.6. Центры ПМСП 64

3. РЕГИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВИЧ-УСЛУГ. 65

4. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ И АНАЛИЗ ПОПУЛЯРНЫХ ВИЧ-УСЛУГ ПО ЗАТРАТАМ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ НА ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ, СТРУКТУРЕ ЗАТРАТ 73

4.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ. 73

4.2. Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции 74

4.3. Заместительная поддерживающая терапия 75

4.4. Консультирование по вирусным гепатитам В и С, ИППП, другим оппортунистическим инфекциям 76

4.5. Консультирование по ТБ. 77

4.6. Профилактика ТБ 77

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ 79

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРУКТУРА ОСНОВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ТИПАМ УЗ 83

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. СТРУКТУРА ОСНОВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ТИПАМ УЗ И ДОЛЖНОСТЯМ 118

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА. 146

АНАЛИЗ МОТИВАТОРОВ И СТИМУЛОВ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ 150

Цель, задачи исследования 150

1. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ РЕСПОНДЕНТОВ 156

2. ТРУДОВАЯ МОТИВАЦИЯ МЕДРАБОТНИКОВ 158

2.1. Условия труда и особенности ведения амбулаторного приема пациентов 158
2.2. Рабочая нагрузка медработников 160
2.3. Источники доходов и оценка нынешней системы материального стимулирования труда 165
2.4. Нефинансовые мотиваторы и стимулы труда медработников 169

3. ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЯЗАННОСТЕЙ 171

3.1. Предоставление ВИЧ-услуг в разных типах УЗ 171
3.2. Возможности и условия перераспределения обязанностей между разными типами учреждений здравоохранения 177
3.2.1. Готовность респондентов к расширению перечня предоставляемых ими услуг 180
3.2.2. Факторы, определяющие готовность медработников брать на себя предоставление дополнительных ВИЧ-услуг: результаты логистической регрессии 188
3.2.3. Готовность медработников передать часть обязанностей: результаты логистической регрессии 195
3.2.4. Обучение как необходимое условие перераспределения обязанностей 205
3.2.5. Предпосылки и препятствия для перераспределения обязанностей 207
3.2.6. Препятствия и ограничения для внедрения новых схем перераспределения обязанностей 209

ВЫВОДЫ 212

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА 216

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЯЗАННОСТЕЙ В СФЕРЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВИЧ-УСЛУГ 219

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ С КиТ 220

Актуальность 220
Схема: расширение сети мотивированных предоставителей КиТ 220
Потенциальные вызовы, трудности 221
Стимулы, необходимые для реализации схемы перераспределения 223
Направления и формат обучения 223
Ресурсы, необходимые для расширения числа предоставителей КиТ 224
Предполагаемые результаты 224

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ С АРТ 225
Актуальность. 225
Схема 1: расширение числа учреждений здравоохранения, предоставляющих консультирование по вопросам АРТ и формированию приверженности, а также выдача АРВП на базе данных учреждений 225
Потенциальные вызовы, трудности 227
Стимулы, необходимые для реализации схемы перераспределения 228
Направления и формат обучения 229
Ресурсы, необходимые для реализации схемы перераспределения обязанностей 229
Предполагаемые результаты 230
Схема 2: оптимизация процесса выдачи АРВП 230
Потенциальные вызовы, трудности 231
Стимулы, необходимые для реализации схемы перераспределения 231
Направления и формат обучения 231
Ресурсы, необходимые для реализации схемы перераспределения обязанностей 232
Предполагаемые результаты 232
ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ С ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ 233
Актуальность. 233
Схема: расширение сети мотивированных предоставителей ЗПТ. 233
Потенциальные вызовы, трудности. 234
Стимулы, необходимые для реализации схемы перераспределения. 235
Направления и формат обучения 235
Ресурсы, необходимые для расширения числа предоставителей ЗПТ 236
Предполагаемые результаты. 236

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Данный документ был подготовлен в рамках гранта «Формативное исследование и разработка схем стимулирования для создания эффективного перераспределения обязанностей на уровне первичной медико-санитарной помощи и специализированных учреждений здравоохранения (ВИЧ-служба, противотуберкулезная, наркологическая и кожно-венерологическая службы) на местном уровне». Это исследование было реализовано Аналитическим центром «Социоконсалтинг» по инициативе и при технической и грантовой поддержке проекта USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии» в партнерстве с Государственным учреждением «Центр общественного здоровья Министерства здравоохранения Украины».

Основной вклад в разработку данного документа внесли следующие авторы: Ирина Демченко, Наталия Булыга, Алишер Латыпов, а также Марина Шевченко и Сергей Беляков (раздел по результатам хронометража работы медработников), Лариса Гольцас и Александр Звинчук (раздел по результатам формативного исследования мотиваторов и стимулов труда медработников).

Рецензентом настоящей публикации является Щербинская Алла Михайловна, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины.

Проект USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии» благодарит Агентство США по международному развитию (USAID) за финансовую поддержку, предоставленную на проведение данного исследования.

Проект USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии», Аналитический центр «Социоконсалтинг» и авторы документа выражают свою глубокую признательность за ценный вклад в реализацию исследования:

- Наталье Низовой и Нате Авалиани за их общее руководство и вклад в разработку дизайна исследования;
- Игорю Кузину, Виолетте Марциновской и Кейт МакНабб за активное участие в разработке и обсуждении протокола, инструментария исследования и его результатов;
- региональным координаторам Проекта USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии»: Татьяне Аникейчик (г. Херсон), Андрею Пономаренко (г. Черкассы), Ирине Козиной (г. Днепр), Валентине Олабиной (г. Николаев), Ирине Сороке (г. Одесса), Лесе Яценко (г. Киев) и Юрию Нестуле (г. Полтава) за оказанную ими неоценимую помощь в организации проведения исследования, а также сотруднику Проекта USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии» Марине Мурашовой – за помощь в решении организационных вопросов;
- руководителям медицинских учреждений, на базе которых проводилось исследование, за проявленное понимание и содействие.

Особая благодарность выражается сотрудникам медицинских учреждений, которые привлекались к проведению хронометража в качестве наблюдателей, и интервьюерам – за ответственное отношение к работе и четкое выполнение требований к сбору данных; медицинским работникам, за которыми проводилось наблюдение, – за проявленное терпение и понимание; медицинским работникам, которые привлекались к участию в структурированных интервью и фокус-группах, а также экспертам из числа руководства медицинских учреждений, участвовавшим в глубинных интервью, – за высказанные ценные мнения.

Проект USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии» и авторы документа также благодарят сотрудников АЦ «Социоконсалтинг», которые привлекались к проведению разных этапов исследования, включая организацию и проведение тренингов, организацию и координацию этапа сбора данных, контроль качества работы наблюдателей, ввод и анализ данных.

Рекомендуемый формат для цитирования:

Анализ рабочей нагрузки, мотиваторов и стимулов труда медицинских работников, предоставляющих ВИЧ-услуги в семи регионах Украины / Проект USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии». – Киев. – 2016. – 236 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ

Альянс – Международный Альянс общественного здоровья
(ранее – Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине)
АРВ-терапия (АРТ) – антиретровирусная терапия
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГФ – Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ЗО – здравоохранение
ЗПТ – заместительная поддерживающая терапия
ИППП – инфекции, передающиеся половым путем
ИФА – иммуноферментный анализ
КВД – кожно-венерологический диспансер
КД – кабинет доверия
КИЗ – кабинет инфекционных заболеваний
КиТ – консультирование и тестирование
КУБ – кислотоустойчивые бактерии
ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ
ЛУИН – люди, употребляющие инъекционные наркотики
МиО – мониторинг и оценка
МЗ (МОЗ) – Министерство здравоохранения
МСМ – мужчина, имеющий секс с мужчинами
Наблюдатель (в хронометраже) – человек, который проводил хронометраж работы медработников
НД – наркологический диспансер
НПО – неправительственная организация
ОП-СМ – общая практика – семейная медицина
ПКП – постконтактная профилактика
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ПОШ – пункт обмена шприцев
ПТД – противотуберкулезный диспансер
Респондент: **в хронометраже** – медработник, работа которого хронометрировалась в процессе исследования;
в исследовании мотиваторов и стимулов труда – человек, которого опрашивали в процессе исследования
РКС – работник коммерческого секса
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ – туберкулез
ТП – техническая помощь
УЗ(О) – учреждение здравоохранения
УЦКС – Украинский центр по контролю за социально опасными заболеваниями
ФГД – фокус-групповая дискуссия
Центр СПИДа – центр профилактики и борьбы со СПИДом
ЦПМСП – центр первичной медико-санитарной помощи
ЦРБ – центральная районная больница

КРАТКИЙ ОБЗОР ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

КРАТКИЙ ОБЗОР ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Данный раздел отражает основные результаты проекта **«Формативное исследование и разработка схем стимулирования для создания эффективного перераспределения обязанностей на уровне первичной медико-санитарной помощи и специализированных учреждений здравоохранения (ВИЧ-служба, противотуберкулезная, наркологическая и кожно-венерологическая службы) на местном уровне»**.

Цели проекта:

1. Определение потребностей в перераспределении обязанностей медицинских работников, занятых в сфере ВИЧ-сервиса, и сбор информации для принятия решений.
2. Изучение мотиваторов и стимулов, которые уже используются, либо могут использоваться для медицинских работников в сфере предоставления ВИЧ-услуг.
3. Разработка механизма перераспределения обязанностей для пилотирования на районном уровне как компонента усиления и оптимизации кадрового потенциала в сфере ВИЧ-сервиса.

Проект включал в себя **три основных компонента**, каждый из которых соотносится с его целями:

1) Анализ рабочей нагрузки на выбранных сайтах в семи приоритетных регионах (цель 1).

2) Формативное исследование мотиваторов и стимулов труда медработников в сфере ВИЧ-сервиса (цель 2).

3) Разработка и презентация механизма перераспределения обязанностей в сфере предоставления ВИЧ-услуг (цель 3).

Результаты анализа по каждой из исследовательских целей представлены в отдельных разделах обобщенного аналитического документа. Данный раздел является кратким синтезом результатов исследований в соответствии с Целью 1 – Анализ рабочей нагрузки на выбранных сайтах в семи приоритетных регионах и Целью 2 – Формативное исследование мотиваторов и стимулов труда медработников в сфере ВИЧ-сервиса, а также включает в себя краткое описание схем перераспределения обязанностей в сфере предоставления ВИЧ-услуг, разработанных в соответствии с Целью 3.

Цель 1 Анализ рабочей нагрузки на выбраных сайтах в семи приоритетных регионах

Анализ рабочей нагрузки проводился с использованием метода фотохронометражных исследований, с помощью которого проводилось изучение затрат времени на предоставление отдельных ВИЧ-услуг в разных типах медучреждений с целью принятия управленческих решений в сфере оптимизации ВИЧ-сервиса. Исследование было сфокусировано на изучении затрат рабочего времени на оказание ВИЧ-услуг медицинским персоналом (врачи и медицинские сестры), психологами и социальными работниками при ведении амбулаторного приема.

Задачи хронометражного исследования.
Хронометраж работы медработников был направлен на сбор и анализ данных о:

- частоте предоставления конкретных ВИЧ-услуг в разных типах учреждений здравоохранения (УЗ);
- временных затратах на предоставление разных ВИЧ-услуг (или их компонентов) отдельными категориями специалистов (врачами, медсестрами, соцработниками и психологами).

Методология хронометражного исследования

Методология проведенного фотохронометражного исследования основывалась на Методических рекомендациях, утвержденных приказом МЗ Украины от 28.03.2013 №249[1]. Она была адаптирована с учетом поставленных целей и задач исследования.

Для учета затрат рабочего времени на оказание ВИЧ-услуг был разработан специальный классификатор с детализацией перечня ВИЧ-услуг и их составляющих. В классификатор было включено 30 кодов, охватывающих, по мнению экспертов, 29 наименований услуг, которые оказываются медицинским персоналом и другими специалистами при осуществлении ими основной деятельности. Перечень исследуемых услуг включал в себя: КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов и ИФА, различные виды консультирования по вопросам, относящимся к сфере ВИЧ, назначение и предоставление антиретровирусной терапии (АРТ), а также заместительную поддерживающую терапию для пациентов с опиоидной зависимостью (ЗПТ), профилактику и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, профилактику, выявление и амбулаторное лечение туберкулеза у ВИЧ-негативных пациентов, различные виды психологического и социального консультирования.

Классификатор был сформирован таким образом, чтобы учесть возможности и особенности оказания ВИЧ-услуг разными категориями специалистов, которые заняты оказанием как первичной, так и специализированной медицинской помощи.

Исследование проводилось на базе следующих типов учреждений здравоохранения: центры СПИДа, кабинеты доверия (КД), противотуберкулезные диспансеры (ПТД), наркологические диспансеры (НД), кожно-венерологические диспансеры (КВД), центры первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП), а также других учреждений (центральные районные больницы (ЦРБ)/многопрофильные городские больницы).

География исследования охватывала населенные пункты в 7 регионах, где реализует свою деятельность проект USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии»: Днепропетровская, Полтавская, Одесская, Николаевская, Херсонская и Черкасская области, а также г. Киев.

Наблюдение за каждым респондентом длилось 5 рабочих дней в течение одной рабочей смены (3-6 часов в день в зависимости от специализации медработника и типа УЗ). Общее количество респондентов, за которыми проводилось наблюдение, составило 154 человека, из них врачей – 73, средних медицинских работников – 71, психологов и социальных работников – 10. Всего проведено 770 наблюдений за респондентами (154 респондента × 5 дней наблюдения).

Основной акцент исследования делался на учет рабочего времени при оказании ВИЧ-услуг. Для этого рассчитывались затраты времени в минутах, а также количество услуг, которые рассматривались как процессы, имеющие самостоятельное значение. В целом затраты рабочего времени анализировались в разрезе собранных наблюдений по оказанным услугам (N=44735) на уровне отдельных типов медицинских учреждений, которые были выбраны для проведения хронометража.

Кроме ВИЧ-услуг и их составляющих, в ходе фотохронометражного исследования учитывались также типы деятельности медицинского персонала и других специалистов (основная деятельность, другая медицинская деятельность, вспомогательная деятельность, работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью, служебные разговоры, необходимое личное время, незагруженное время, другая деятельность, "окна" между входом/уходом пациента).

1 Приказ Минздрава Украины от 28.03.2013 № 249 «Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) допомогу» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130328_0249.html.

Цель 2 Формативное исследование мотиваторов и стимулов труда медработников в сфере ВИЧ-сервиса

Формативное исследование мотиваторов и стимулов труда медработников было ориентировано на изучение:

- особенностей предоставления ВИЧ-сервиса, включая КиТ на ВИЧ, консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции с фокусом на первичную профилактику, постконтактную профилактику, планирование семьи, антиретровирусную терапию, профилактику и лечение туберкулеза, вирусных гепатитов В и С, ИППП у ВИЧ-инфицированных пациентов, ЗПТ в различных типах УЗ;
- мотиваторов и стимулов (финансовых и нефинансовых), которые используются или могут использоваться, чтобы стимулировать медперсонал взять на себя дополнительную рабочую нагрузку и новые обязанности по предоставлению ВИЧ-услуг;
- желания/готовности медработников передать некоторые из предоставляемых ими ВИЧ-услуг другим специалистам и условий, при которых это возможно;
- подходов к обучению и повышению квалификации различных групп персонала (врачей, медсестер и т.п.) в сфере предоставления ВИЧ-услуг как необходимой предпосылки для эффективного перераспределения обязанностей по предоставлению ВИЧ-услуг;
- других условий (например, организационно-правовых), необходимых для эффективного перераспределения обязанностей в сфере предоставления ВИЧ-услуг.

Методология формативного исследования

Исследование базировалось на комплексной методологии, объединяющей использование количественных (полуструктурированные интервью с медработниками) и качественных (глубинные интервью и фокус-группы с медработниками) социологических методов. Всего было проведено 600 полуструктурированных интервью с медработниками (врачами и медсестрами), 13 ФГД с медработниками (6 с сотрудниками центров СПИДа и 7 – с сотрудниками других типов УЗ) и 26 глубинных интервью с руководителями УЗ (главврачами, начмедами).

Формативное исследование проводилось в тех же регионах и на базе тех же УЗ, которые были включены в выборку для проведения хронометража работы медицинских работников.

Основные выводы и рекомендации по результатам исследований

Уровень нагрузки

По результатам хронометража, незагруженного времени у сотрудников разных типов УЗ практически нет (менее 3%, включая «окна» между входом/уходом пациентов). При этом на основную деятельность в большинстве УЗ в целом тратится в пределах 70 – 75% рабочего времени. Несколько ниже этот показатель в ПТД (61%) и центрах ПМСП (67%) за счет больших затрат на вспомогательную деятельность в ПТД (10%) и на работу с документацией – в обоих типах УЗ (15% – ПТД, 17% – центрах ПМСП) (табл. I).

Таблица I. Структура затрат рабочего времени в разрезе видов деятельности, % времени

	Центр СПИДа	КД	ПТД	КВД	НД	Центры ПМСП	Другие УЗ
Основная деятельность	71,4	73,2	60,5	75,1	72,9	66,7	68,8
Другая медицинская деятельность	0,9	1,5	1,1	1,4	0,9	0,9	2,9
Вспомогательная деятельность	3,3	4,4	9,9	7,7	5,6	5,5	5,7
Работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью	11,2	9,3	15,4	9,0	6,9	17,0	6,3
Служебные разговоры	3,0	3,1	3,4	1,8	2,7	2,6	3,6
Необходимое личное время	4,7	3,3	4,6	2,8	4,5	2,8	5,5
Незагруженное время	0,7	1,0	0,7	0,1	0,6	0,7	1,5
Другая деятельность	1,3	2,1	1,6	0,9	1,2	0,6	2,7
«Окна» между входом/уходом пациента	1,0	1,0	1,6	1,2	1,1	2,1	2,1
Другие виды работ	2,4	1,3	1,2	0,0	3,7	1,0	0,9

Врачи в большинстве случаев более загружены основной деятельностью, чем медсестры, которые тратят довольно много времени на работу с документацией и, в некоторых случаях, – на вспомогательную деятельность. Например, доля основной деятельности в структуре затрат рабочего времени врачей-инфекционистов кабинетов доверия составляет 86%, инфекционистов центров СПИДа – 80%. У медсестер, ассистирующих инфекционисту, этот показатель ниже (64% – в КД и 63% – в центре СПИДа) за счет значительных затрат на работу с документацией (19% – в центре СПИДа и 13% – в КД).

Имеется резерв для оптимизации и более рационального использования рабочего времени медсестер, которые ассистируют врачу-дерматовенерологу в КВД, фтизиатру в ПТД и наркологу в НД. В КВД и ПТД речь идет об уменьшении временных затрат на вспомогательную деятельность и работу с документацией, а в НД – только на работу с документами, не совмещенную с основной деятельностью. В центрах ПМСП значительную долю рабочего времени на работу с документацией тратят и врачи (12%), и медсестры (23–36%).

Таким образом, большие возможности для повышения эффективности работы медицинского персонала заключаются в оптимизации документирования и работы с информацией и данными. Включение в команду документаторов или даже операторов ввода данных, не говоря уже об автоматизации и информатизации работы сферы здравоохранения, высвободит значительный объем времени для квалифицированной работы персонала по своему прямому профилю в соответствии с функциональными обязанностями и уровнем квалификации.

Достаточно высокий уровень загрузки медработников подтверждается и результатами опроса. Нагрузка медработников оценивалась при помощи субъективного (ответы респондентов касаемо уровня своей загруженности) и объективного (количество принимаемых в течение рабочей недели пациентов) критериев. Совпадение ответов опрошенных на оба указанных вопроса, может рассматриваться как признак их достоверности.

Так, количество часов, которые отрабатывают медработники за неделю (с учетом всех видов своей занятости) существенно варьирует. В целом чуть более половины (55%) опрошенных работают 35 – 40 часов, остальные – больше, в том числе 14% – более 50 часов. Однако независимо от количества рабочих часов интенсивность труда медработников (и врачей, и среднего медперсонала) является достаточно высокой. Единицы опрошенных сказали, что у них есть значительные промежутки свободного времени в течение рабочего дня (1%), либо что они могут значительно увеличить количество принимаемых пациентов (1%). Большинство же респондентов, наоборот, жаловались на чрезмерный уровень нагрузки (47%), говорили о невозможности увеличить количество пациентов (49%), а в идеале – о необходимости уменьшить его (20%) (рис. I, II).

Рис. I. Оценка респондентами уровня рабочей нагрузки в конкретном УЗ, %

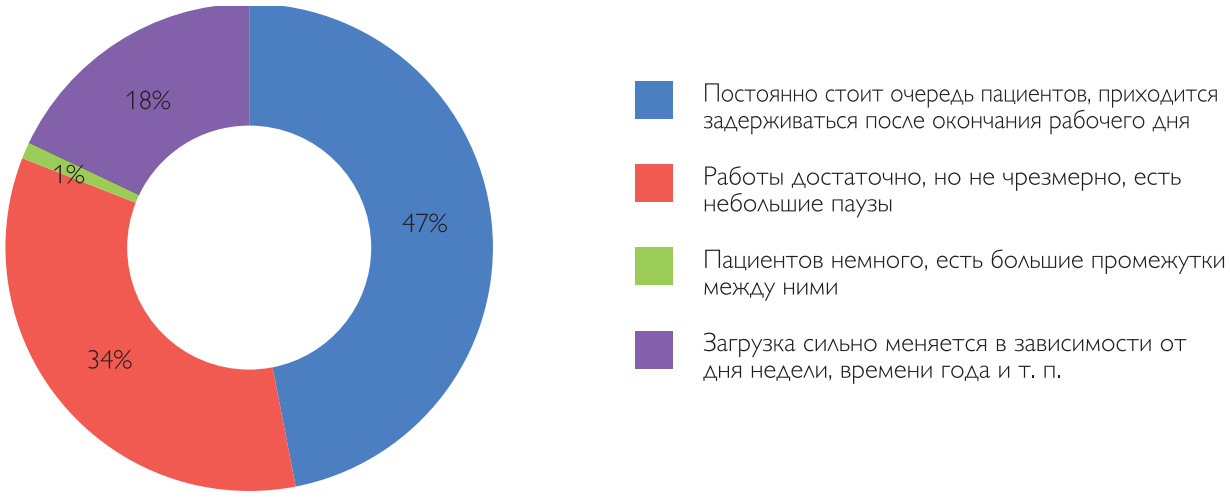
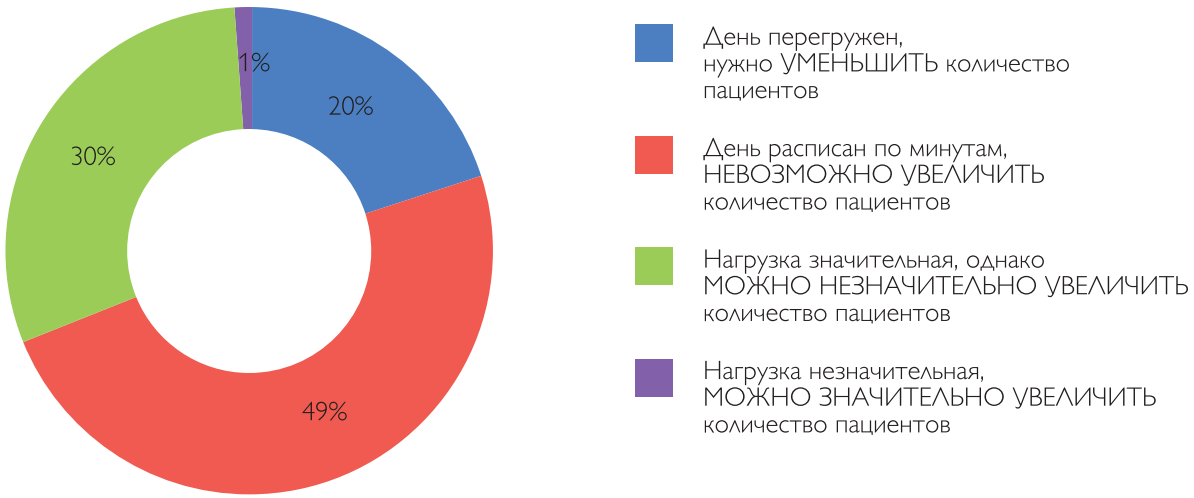


Рис. II. Оценка респондентами уровня рабочей нагрузки по всем видам своей занятости, %



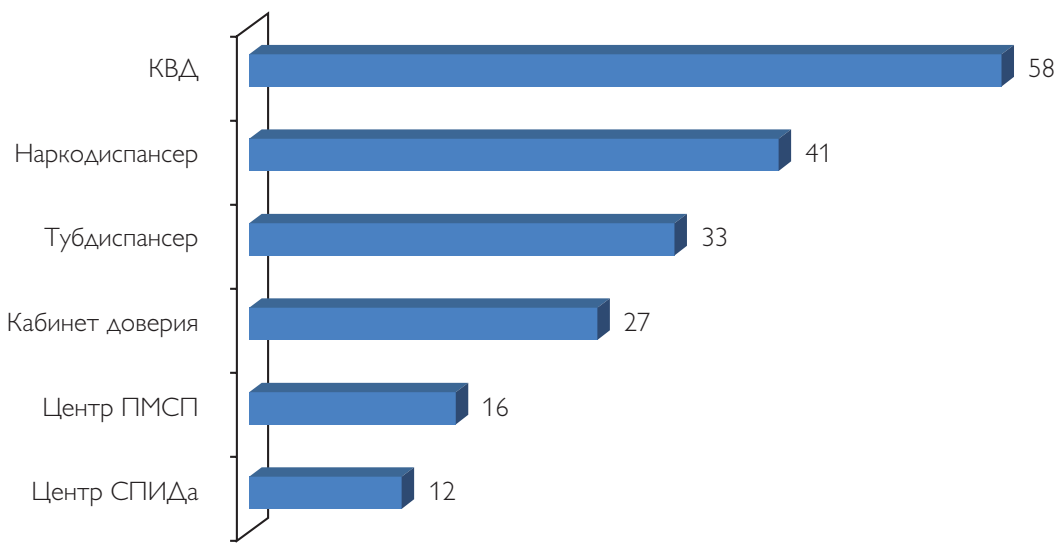
Согласно результатов опроса медработников, наиболее интенсивно работают сотрудники центров СПИДа и кабинетов доверия, кроме этого для них менее характерна сезонная динамика количества пациентов. Центры ПМСП также достаточно загружены, однако поток пациентов в них существенно меняется в зависимости от дня недели и времени года. Наименее загруженными оказались КВД и НД, и для этих же медучреждений наиболее характерна сезонная динамика потока пациентов (табл. II).

Таблица II. Оценка респондентами уровня рабочей нагрузки, по типам УЗ, %

Уровень нагрузки	Центр СПИДа (n=90)		КД (n=93)		ПТД (n=92)		НД (n=103)		КВД (n=92)		Центры ПМСП (n=99)	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Высокий: постоянно стоит очередь пациентов, приходится постараться, чтобы успеть сделать все в течение рабочего дня, иногда задерживаюсь после его окончания	66	59	59	55	43	39	37	38	25	23	50	49
Средний, работы достаточно, но не чрезмерно, есть небольшие паузы	27	24	27	25	39	36	38	39	46	42	24	24
Низкий, пациентов немного, есть большие промежутки между их посещениями	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
Загрузка очень меняется в зависимости от дня недели, времени года и т. п.	5	5	14	13	16	15	24	25	27	25	24	24
Другое	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
З/о, не хочу отвечать	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0

Соответственно, сотрудники КВД и НД гораздо чаще говорили о возможности увеличить количество принимаемых пациентов, нежели сотрудники остальных УЗ, особенно центров ПМСП и центров СПИДа (рис. III). В абсолютном большинстве случаев речь шла о том, что их количество можно увеличить незначительно.

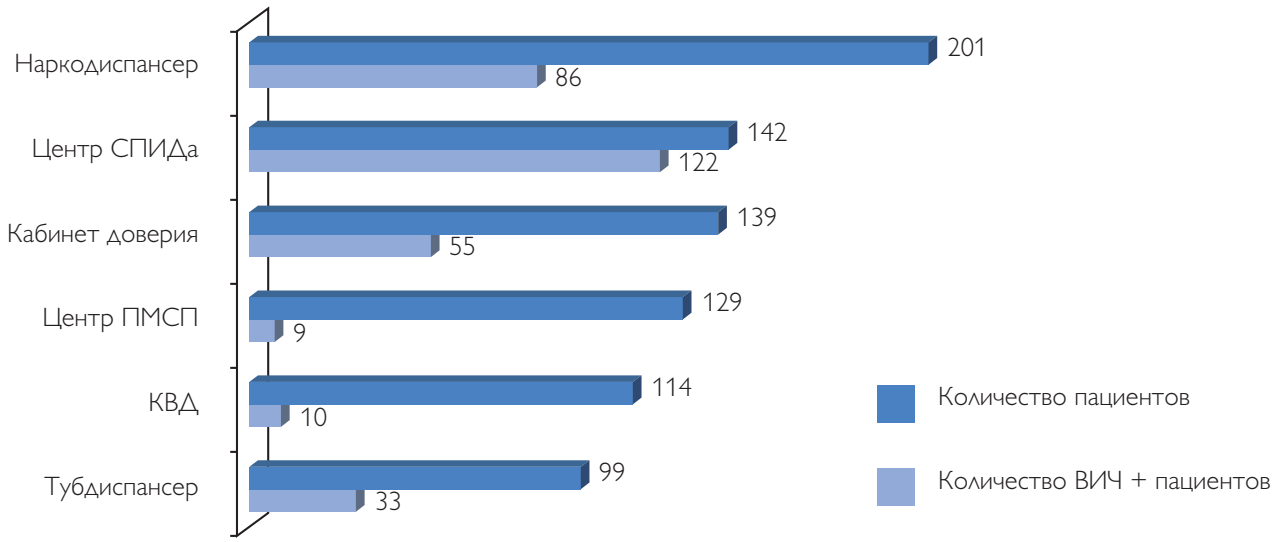
Рис. III. Доля медработников, считающих, что можно увеличить количество принимаемых пациентов, по типам УЗ, %



В качестве объективного индикатора уровня нагрузки респондентов просили оценить количество принимаемых в течение рабочей недели пациентов и количество ЛЖВ среди них. Рассматривая полученные данные, следует принимать во внимание, что они достаточно приблизительные, поскольку медработники не ведут подобную статистику.

Количество принимаемых одним медработником пациентов варьирует от 10 до 1000 человек в неделю (средний показатель – 137+/-6 человек), а количество пациентов-ЛЖВ – от 0 до 850 человек в неделю (средний показатель – 51+/-4 человека). Однако такие экстремальные показатели встречаются нечасто. Как правило, количество принимаемых пациентов не превышает 200, а количество обслуживаемых ЛЖВ – 100 человек в неделю. Эти показатели существенно отличаются в разных типах УЗ. Так, наиболее загружены наркодиспансеры (за счет сайтов ЗПТ), а наименее – противотуберкулезные диспансеры и КВД (рис. IV).

Рис. IV. Количество принимаемых одним медработником в течение недели пациентов (в т. ч. ЛЖВ), по типам УЗ



Предоставление ВИЧ-услуг

Согласно результатов хронометража, ВИЧ-услуги в широком контексте (к ним были отнесены различные виды КиТ, консультирования по вопросам ВИЧ, ТБ, ИППП, других оппортунистических заболеваний, направление на диагностику, наблюдение и лечение пациентов, принимающих АРТ, ЗПТ, ведение пациентов с ко-инфекцией, социально-психологическая поддержка ЛЖВ, первичная профилактика и ряд других услуг) на амбулаторном уровне предоставляются медработниками (врачами, медсестрами, а где есть и социальными работниками, психологами) всех типов учреждений здравоохранения, включенных в исследование.

Максимальный пакет ВИЧ-услуг (и по номенклатуре, и по временным затратам) оказывается на уровне высокоспециализированных УЗ: в центрах СПИДа (91% основной деятельности) и КД (94%). Аналогичные показатели для остальных УЗ составляют: 61% – для НД (за счет высокой доли услуги ЗПТ), 27% – ПТД, 25% – КВД и 15% – центров ПМСП. Сотрудники центров ПМСП чаще всего предоставляют такие виды ВИЧ-сервиса как услуги по профилактике и лечению туберкулеза (3,7% времени основной деятельности) и услуги ЗПТ (8,0% времени основной деятельности). Последнее связано с особенностями построения выборки. Случаи предоставления остальных ВИЧ-

услуг в центрах ПМСП за время наблюдения были единичными.

Значительную долю ВИЧ-сервиса, предоставляемого в специализированных УЗ, составляют услуги, которые соответствуют профилю УЗ. Так, в центрах СПИДа предоставляется весь спектр ВИЧ-услуг, однако больше всего времени тратится на АРТ (14% всего рабочего времени). В кабинетах доверия лидируют по временным затратам АРТ (18%) и КиТ (19%). В ПТД доминируют ВИЧ-услуги, связанные с профилактикой, выявлением и лечением ТБ, в т. ч. у ВИЧ-инфицированных (13%), а в КВД достаточно активно проводится КиТ (10%). В центрах ПМСП ВИЧ-услуги предоставляются нечасто. Наиболее высокие показатели по ЗПТ (5% всего рабочего времени) и услугам в сфере ТБ (3%).

Остальные ВИЧ-услуги предоставляются в каждом из типов УЗ значительно реже. Так, если вынести за скобки объем услуг, касающихся непосредственно профильного заболевания пациентов ПТД, и рассчитать объем трудозатрат на оказание услуг по профилактике и лечению ТБ среди ЛЖВ, а также на предоставление ЗПТ, АРТ и КиТ, то доля ВИЧ-услуг составляет около 24% в общей структуре деятельности противотуберкулезных диспансеров, участвовавших в данном исследовании, в том числе доля КиТ и консультирования по вопросам ВИЧ составляет около 3%. Если вычленить услуги, непосредственно касающиеся ВИЧ (консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции и КиТ на ВИЧ), из общего объема трудозатрат КВД, то доля ВИЧ-услуг составит около 12%. В НД аналогичный показатель составляет около 5%, а в центрах ПМСП – чуть более 1% от предоставляемых услуг.

Временные затраты на конкретные виды ВИЧ-услуг и их составляющие представлены в таблице III. Как видим, по большинству услуг было проведено достаточное количество наблюдений, позволяющее делать достоверные выводы. Исключение составляют услуги, закодированные целиком при наличии их разбивки на составляющие (например, в процессе наблюдения наблюдатели в основном кодировали отдельно разные технологические операции при проведении КиТ на ВИЧ – коды 61 – 66 и 71 – 77, хотя в исключительных случаях допускалось использование кодов 6 и 7). Также небольшая наполняемость зафиксирована по некоторым видам услуг, которые предоставляются нечасто в силу специфики самой услуги – незначительного количества пациентов, которые в ней нуждаются (например, назначение АРТ дискордантным парам или для постконтактной профилактики).

Таблица III. Временные затраты на ВИЧ-услуги и их составляющие, по кодам (n=36059)

Виды услуг и их составляющих	% услуг	Количество услуг	Средняя длительность, минут
1. Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного обследования	22,30	8 041	8,2
2. Проведение повторного осмотра	3,99	1 439	6,4
3. Назначение анализов/направление на обследование	8,99	3 242	4,1
4. Постановка пациента на диспансерный учет	0,93	337	6,4
5. Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0,09	31	6,0
6. КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0,04	16	15,6
6.1. Получение информированного согласия	0,87	312	4,3
6.2. Предтестовое консультирование	0,86	310	7,1

Виды услуг и их составляющих	% услуг	Количество услуг	Средняя длительность, минут
6.3. Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	0,64	232	9,5
6.4. Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0,03	11	8,5
6.5. Послетестовое консультирование	0,54	196	5,9
6.6. Оформление необходимой медицинской документации	0,81	291	4,6
7. КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0,08	28	4,7
7.1. Получение информированного согласия	1,03	373	4,4
7.2. Предтестовое консультирование	1,00	359	7,2
7.3. Забор крови	0,29	103	6,6
7.4. Организация доставки анализа	0,17	60	11,2
7.5. Послетестовое консультирование	0,64	230	7,6
7.6. Оформление необходимой медицинской документации	0,96	347	6,5
7.7. Направление для прохождения тестирования в другие учреждения	0,12	42	5,1
8. Консультирование по вопросам ВИЧ	1,04	374	7,8
9. Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	0,12	45	7,9
10. Консультирование дискордантных пар	0,09	33	14,6
11. Консультирование по планированию семьи	0,15	54	9,2
12. Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0,10	37	7,3
12.1. Профилактика	0,29	103	6,1
12.2. Направление на обследование	0,46	167	5,6
12.3. Назначение лечения	0,07	24	10,3
13. Консультирование по вопросам ИППП	0,05	18	4,9
13.1. Профилактика	0,57	204	4,6
13.2. Направление на обследование	0,76	274	4,5
13.3. Назначение лечения	0,36	131	7,0
14. Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям	0,08	28	4,7
14.1. Профилактика	0,18	64	4,0
14.2. Направление на обследование	0,22	81	4,4
14.3. Назначение лечения	0,08	29	5,6

Виды услуг и их составляющих	% услуг	Количество услуг	Средняя длительность, минут
15. Антиретровирусная терапия (АРТ)	0,03	11	5,1
15.1. Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0,14	49	8,1
15.2. Выбор схемы для назначения АРТ	0,16	59	6,5
15.3. Назначение АРТ дискордантным парам	0,02	7	6,7
15.4. Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции	0,02	6	6,8
15.5. Консультирование по вопросам АРТ	0,96	346	6,3
15.6. Консультирование по формированию приверженности	1,11	401	6,0
15.7. Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	2,50	901	5,7
15.8. Выдача АРВ-препаратов	1,48	532	7,3
16. Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных	0,01	5	4,6
16.1. Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0,75	272	9,4
16.2. Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0,45	162	5,6
16.3. Направление на обследование	1,13	406	4,0
16.4. Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	0,53	190	5,1
16.5. Амбулаторное лечение туберкулеза	0,76	273	6,0
17. Профилактика туберкулеза	0,01	3	6,7
17.1. Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0,07	24	3,9
17.2. Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0,18	65	2,7
17.3. Направление на рентгенографию/ флюорографию органов грудной полости	2,23	803	2,6
17.4. Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0,18	65	4,5
17.5. Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	0,40	143	5,2
17.6. Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики	0,09	31	5,6
17.7. Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0,43	156	5,4

Виды услуг и их составляющих	% услуг	Количество услуг	Средняя длительность, минут
17.8. Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	0,35	127	4,9
17.9. Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	0,11	41	5,4
17.10. Проведение скринингового анкетирования на ТБ	0,76	273	3,4
18. Заместительная поддерживающая терапия	этот код не использовался без разбивки на подкоды		
18.1. Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	1,64	592	3,1
18.2. Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0,49	178	3,5
18.3. Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	1,71	618	1,4
18.4. Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0,76	275	4,7
18.5. Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	0,22	79	8,5
18.6. Контроль состояния пациента	6,69	2 411	2,0
18.7. Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0,11	41	4,7
18.8. Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	0,04	16	10,5
18.9. Направление на обследования	0,54	196	3,1
18.10. Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	2,47	891	2,0
18.11. Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	16,60	5985	1,9
19. Индивидуальное консультирование психологом/ социальным работником	0,23	83	9,2
20. Групповое консультирование психологом/социальным работником	0,01	4	12,0
21. Консультирование по соц. вопросам, помощь в трудоустройстве, решении правовых и жилищных проблем	0,06	21	7,8

Виды услуг и их составляющих	% услуг	Количество услуг	Средняя длительность, минут
22. Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0,02	7	18,3
23. Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т. п.	0,06	22	13,6
24. Разработка индивидуального плана выздоровления	0,03	10	17,0
25. Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0,01	3	20,3
26. Проведение первичной беседы	0,07	26	27,0
27. Проведение повторной беседы	0,08	29	18,8
28. Кризисное консультирование	0,08	29	22,7
29. Другое	4,19	1 511	7,4
30. Проведение лекций, тренингов, занятий для молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика)	0,04	15	55,3

Анализ структуры затрат рабочего времени медработников при предоставлении КиТ с использованием быстрых тестов по результатам хронометража зафиксировал недостаточное время для оказания качественной услуги. Наблюдались случаи, когда время, потраченное на получение результата теста, было меньше, чем это предполагалось по инструкции к тест-системе быстрых тестов на ВИЧ. Наиболее приемлемый показатель длительности тестирования на ВИЧ при помощи быстрых тестов (больше 10 минут) продемонстрировали НД. Во всех остальных типах УЗ он ниже рекомендованного.

Выявлена необходимость в укреплении потенциала УЗ по оптимизации затрат рабочего времени при КиТ с использованием быстрых тестов, особенно на уровне центров ПМСП, где на эту услугу в среднем тратилось 17,9±0,02 мин, что, по сути, является нарушением положений национального протокола. При этом наибольшее количество времени медперсоналом этого типа УЗ тратилось на оформление необходимой документации (в среднем 6,3 мин) и в среднем по 2,0–2,5 мин на все остальные составляющие, включая пред- и послетестовое консультирование. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в течение одного часа врачом амбулаторного приема может быть качественно оказано не более 2 услуг КиТ с использованием быстрых тестов, что необходимо учитывать при разработке нормативов нагрузки, в т. ч. и для врача первичного звена.

Выявлена необходимость в оптимизации затрат рабочего времени при предоставлении КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА). Затраты на оформление необходимой медицинской документации, забор крови и решение вопросов по доставке анализа в 1,5 и больше раз превышают затраты времени на такие важные элементы как предтестовое и послетестовое консультирование, особенно в специализированных (2 уровня) УЗ, где не соблюдается рекомендуемая длительность консультирования. Возможно, в этих случаях можно говорить об отсутствии/недостаточности навыков и опыта оказания КиТ в целом, а также о нарушении комплексности в оказании услуги. Это актуализирует задачу налаживания системы контроля качества, обучения на рабочих местах и организации наставничества со стороны ВИЧ-службы (центров СПИДа и КД).

Обращает на себя внимание то, что многие услуги выполняются параллельно как врачами, так и медицинскими сестрами. С одной стороны, врачи в некоторых случаях выполняют медсестринские функции (к примеру, выдают АРВ-препараты, что составляет 3% услуг в структуре основной

деятельности врача-инфекциониста центра СПИДа и 9% услуг – у врача кабинета доверия, или проводят забор крови для анализа – 1% в структуре услуг врача КД). С другой стороны, медсестры зачастую реализуют функции врача, например, консультируют. Так, медсестра инфекциониста центра СПИДа проводит консультирование по вопросам ВИЧ в 2% случаев, по вопросам АРТ – в 1% случаев, по формированию приверженности – в 2% случаев. Намного активнее консультирует медсестра кабинета доверия, которая проводит большинство из указанных в классификаторе видов консультирования, например, пред- и послетестовое консультирование при тестировании на ВИЧ (2,5% и 1% соответственно), консультирование по вопросам ВИЧ (0,5%) и АРТ (3%), организовывает сопровождение пациентов на АРТ (6%).

С одной стороны, это часто обусловлено необходимостью взаимозаменяемости, особенно в небольших коллективах, например КД, для обеспечения актуального мониторинга здоровья сложных пациентов и непрерывности лечения (АРТ, ЗПТ). С другой, свидетельствует о дефиците средних медицинских кадров во многих УЗ. Это вызывает необходимость фактического совмещения врачами своих и сестринских обязанностей, что снижает эффективность использования высококвалифицированной рабочей силы. Однако с точки зрения потенциального перераспределения обязанностей опыт проведения консультирования, наблюдения и ведения пациентов на АРТ медсестрами является позитивным, так как свидетельствует о возможности передачи этих функций среднему медперсоналу при условии проведения соответствующего обучения.

Мотиваторы и стимулы труда медработников

В соответствии с результатами опроса, медработники в целом удовлетворены условиями своей работы: состояние и техническую оснащенность своего кабинета, других помещений, а также УЗ в целом они в среднем оценили на 3,8 – 4,0 балла по пятибалльной шкале. Исключение составляет оплата труда, которой медработники преимущественно не удовлетворены (средняя оценка – 2,6 балла): удовлетворены своим заработком только 20% опрошенных, более чем в два раза больше (46%) – не удовлетворены.

Высокий уровень неудовлетворенности оплатой труда вызван не только низкими тарифными ставками, скромными надбавками, но и увеличением трудовой нагрузки: 71% опрошенных указали, что за последние годы количество пациентов, приходящих к ним на амбулаторный прием, увеличилось. Это в большей степени касается КД и центров СПИДа, а также центров ПМСП и тубдиспансеров.

Особенностью существующей в бюджетном секторе медицины системы материального стимулирования является то, что оплата труда сотрудника практически не зависит от количественных (число принятых пациентов, количество предоставленных услуг) и качественных (эффективность лечения, качество предоставленных услуг и т. п.) показателей его труда. Руководство УЗ имеет крайне ограниченные возможности для поощрения лучших сотрудников.

Согласно результатов опроса, работа в бюджетных учреждениях здравоохранения для большинства (95%) респондентов является основным источником дохода, а их заработок играет крайне важную роль в структуре бюджета домохозяйства. Для трех из четырех опрошенных (74%) их заработок является единственным либо основным источником дохода домохозяйства, еще для 20% – важным, но не основным.

Этим определяется зафиксированный результатами исследования низкий уровень материального благосостояния медработников. По результатам опроса, большинство респондентов живут ниже официального уровня бедности. Среднемесячный доход на 1 члена семьи по массиву составляет 2025 грн. В частности, для 40% опрошенных он ниже прожиточного минимума (1499 грн.), еще для 49% респондентов он составляет от 1 до 2 прожиточных минимумов. Это соотносится с субъективной оценкой своего материального благосостояния респондентами. Лишь 5% опрошенных сказали, что они имеют возможность скопить деньги на отпуск или покупку вещей длительного пользования. Остальные респонденты такой возможности не имеют, в том числе 41% постоянно или время от времени не хватает денег даже на самое необходимое, например, еду.

Согласно результатов опроса, главными факторами, удерживающими медработников в бюджетном

секторе медицины, являются «околофинансовые» стимулы (например, оплачиваемый отпуск/больничный, надбавки за стаж/категорию, возможность проходить повышение квалификации за бюджетный счет), а также гарантированная занятость. Хотя бы один из указанных факторов выбрали 87% опрошенных, в том числе 70% респондентов – гарантии занятости. Нефинансовые мотиваторы: длительный отпуск (32%), наличие свободного времени после приема (10%), а также любовь к своей работе и осознание ее полезности (3%), выбирались респондентами сравнительно реже, и практически всегда – в сочетании с финансовыми стимулами.

В то же время нефинансовые мотиваторы играют большую роль при выборе медработниками конкретного места работы. В качестве причин, удерживающих их в том или ином медучреждении, респонденты, как правило, называли факторы, связанные с разными аспектами «комфортности» для них этого УЗ: чаще других – приятный коллектив (58%), наработанный в нем авторитет (37%) и лояльное руководство (47%), значительно реже – хорошие условия труда (например, оборудованный кабинет, хороший ремонт) – 22% и удобное расположение УЗ (24%). Хотя бы один из таких факторов выбрали 85% опрошенных.

Возможности и ограничения для перераспределения обязанностей

Будучи преимущественно неудовлетворенными своими доходами по основному месту работы, большинство медработников высказывают заинтересованность в увеличении оплаты труда и готовы для этого:

- осваивать предоставление новых для себя услуг, в т. ч. ВИЧ-сервис (67%),
- брать на себя дополнительные функциональные обязанности (55%),
- осваивать смежные специальности (65%).

Готовность к выполнению хотя бы одного из указанных выше условий подтвердили 78% опрошенных, в т. ч. 80% врачей и 77% медсестер. Заинтересованы в увеличении оплаты труда на указанных условиях и большинство (75%) медработников, которых сегодня «скорее устраивает» уровень их дохода.

Вместе с тем большинство респондентов (71%) не готовы к прямому увеличению рабочего времени на прежних условиях его оплаты. Таким образом, медработники в большей степени ориентированы на изменение качества работы, ее большую интенсивность – и за счет этого увеличение цены своего труда за единицу времени.

Ключевыми для планирования перераспределения ВИЧ-услуг являются консультирование по вопросам ВИЧ (первичная профилактика), КиТ, ЗПТ, АРТ, включая непосредственно медицинское наблюдение за пациентами. Указанные ВИЧ-услуги уже оказываются во всех исследуемых типах учреждений и врачами, и средним медицинским персоналом. Исключением являются КВД, которые предоставляют только первые две услуги из указанных. Доля врачей, которые их предоставляют, значимо выше, чем среди медсестер. Конкретные показатели варьируют в зависимости от вида услуг.

Уровень толерантности медработников, которые сейчас не предоставляют те или иные ВИЧ-услуги, к отдельным их видам достаточно высокий. Подавляющее большинство опрошенных готовы расширить спектр своих консультационных услуг. Значительно большая настороженность наблюдается по отношению к перспективам ведения стабильных пациентов на АРТ и в особенности – на ЗПТ.

Ключевое условие предоставления новых для медработников ВИЧ-услуг – наличие действенного материального стимула в виде прямого увеличения размера должностного оклада. Все остальные перечисленные в анкете прямые (доплата за каждого пациента, получившего услугу) и непрямые материальные стимулы (получение медстраховки за счет УЗ), другие мотиваторы (удобные графики работы и отпусков, улучшение условий труда, дополнительное бесплатное обучение и другое) оказались для большинства респондентов менее привлекательными (что в некоторой степени противоречит вышеотмеченной ориентированности респондентов на более высокую интенсивность труда).

В результате применения метода логистической регрессии наибольшие шансы того, что медработник

согласится дополнительно проводить КиТ, имеет персонал, отвечающий следующим характеристикам:

- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который готов осваивать предоставление новых услуг, в т. ч. ВИЧ-сервисных;
- медработник, который низко оценивает материальное положение своего домохозяйства;
- медработник, у которого в течение последних нескольких лет увеличилось количество принимаемых пациентов;
- медработник, который считает, что больше половины пациентов нуждаются в КиТ.

Наибольшие шансы того, что медработник согласится дополнительно вести пациентов на АРТ, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- медработник, который готов осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных;
- медработник, который считает, что больше половины пациентов нуждаются в АРТ;
- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который работает в городе, где есть центры СПИДа;
- медработник, который работает в центре СПИДа или КД;
- медработник, который оценивает свою трудовую нагрузку как нестабильную.

В то же время большая часть медработников (72%) настороженно или негативно отнеслась к идее передать часть своих функциональных обязанностей другим специалистам. Поддержали ее и хотели бы передать часть своей нагрузки 23% медработников, 5% – затруднились с ответом. Наиболее заинтересованными в передаче обязанностей оказались врачи и руководители подразделений центров ПМСП – более 40%, а также центров СПИДа и КД – более трети.

Из всех видов работ больше всего медработники хотели бы «разгрузиться» от ведения документации: на это указали половина врачей и треть медсестер, готовых передать обязанности. На втором месте по частоте упоминаний – консультирование пациентов (каждый третий врач, пятая часть медсестер). В качестве предложений о том, кому можно было бы частично или полностью передать ведение документации, врачи называли средний медицинский персонал (медсестры, ассистирующие врачу во время амбулаторного приема, занятые в регистратуре) или введение ставок документаторов, которые не требуют медицинского образования.

Большая часть медработников, которые хотели бы передать часть своих обязанностей, (59% из 141 респондента) считает, что их нагрузка должна быть уменьшена без включения в их функционал других услуг, которые они сейчас не предоставляют, и при этом без уменьшения размера заработной платы. Среди сотрудников центров СПИДа и КД – такое мнение высказали трое из четырех респондентов.

В результате применения метода логистической регрессии наибольшие шансы того, что медработник будет готов к передаче своих функциональных обязанностей другим специалистам, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который оценивает свою трудовую нагрузку как высокую или нестабильную;
- медработник, который не удовлетворен уровнем оплаты труда;
- медработник, который работает в городе, где отсутствует центр СПИДа;
- медработник, который принимает в неделю 150-300 и больше пациентов;
- медработник, который работает в центре СПИДа или КД;
- медработник с меньшим трудовым стажем.

Выделенные в результате применения логистической регрессии факторы, влияющие на готовность медработников взять на себя предоставление дополнительных ВИЧ-услуг или передать другим специалистам часть своих функциональных обязанностей, следует учитывать в процессе разработки и внедрения механизмов перераспределения обязанностей.

Наибольшую поддержку идея перераспределения нагрузки по ВИЧ-сервису нашла среди администраторов (главных врачей, начмедов, заведующих отделениями), среди врачей значительно больше, чем среди медсестер, по типам УЗ – у представителей центров СПИДа и центров ПМСП.

Согласно результатов проведенного опроса, основные подходы администраторов к перераспределению обязанностей сводятся к таким положениям:

- Нужно введение экономически обоснованных норм обслуживания числа пациентов. Например, сегодня нагрузка на врача-инфекциониста центра СПИДа составляет до 1300 пациентов, тогда как оптимальными показателями являются 500-700 пациентов, которые принимают АРТ.

Разгрузить врачей-инфекционистов центров СПИДа, по мнению администраторов, возможно за счет:

- открытия и работы кабинетов доверия, которые бы на своей базе проводили КиТ, другие виды консультирования по ВИЧ-инфекции, наблюдали пациентов на АРТ и выдавали бы препараты; их штат должен состоять минимум из трех специалистов, идеальной является работа КД в две смены;
- предоставления всеми типами УЗ услуг по КиТ быстрыми тестами и качественного консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции;
- на уровне центров ПМСП вполне реально организовать наблюдение за стабильными пациентами, принимающими АРТ, включая выдачу АРВ-препаратов и препаратов для профилактики ТБ;
- на уровне центров ПМСП реально организовать сопровождение стабильных пациентов на ЗПТ (как минимум обеспечение рецептурной формы);
- передачи среднему медицинскому персоналу консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции, КиТ, приверженности по вопросам АРТ, «медсестра должна быть партнером врача». Согласно рекомендаций ВОЗ, предполагается, что медсестер можно привлекать к предоставлению услуги АРТ.

- Для обеспечения надлежащего качества услуг при перераспределении обязанностей особо важную роль будет играть обучение по вопросам консультирования с фокусом на формирование толерантного отношения медработников к пациентам с ВИЧ-инфекцией, представителям групп, уязвимых к ВИЧ-инфекции, а также необходимости соблюдения всех требований протокола по КиТ.
- Обязательным условием для предоставления качественных услуг является достойное материальное стимулирование труда, доплата за количество и качество предоставленных ВИЧ-услуг, приемлемая нагрузка на медработника.
- Необходимо нормативно-правовое сопровождение работы по перераспределению ВИЧ-услуг, например, в виде совместного приказа, в котором будет определен порядок взаимодействия и сфера ответственности каждого УЗ в регионе по предоставлению ВИЧ-услуг и условиям их предоставления.
- Необходимо задействовать административный ресурс для привлечения аптечной сети к выдаче АРВ-препаратов, а также препаратов для ЗПТ на рецептурной основе.
- В случае внедрения схем перераспределения необходимо полноценное информационное сопровождение о новых возможностях предоставления ВИЧ-услуг, ориентированное как на пациентов, так и на медработников.

Следует также обратить внимание, что для успешного перераспределения функциональных обязанностей в ВИЧ-сервисе:

1. Требуются алгоритмизация и четкое распределение функций между персоналом. Например, выдача препаратов для АРТ – сестринский уровень, а в идеале – функционал фармацевта.
2. Необходимо разработать систему контроля качества предоставления всех делегированных услуг.
3. Более четко определить функции психологов и социальных работников, что является одним из существенных резервов для разгрузки медицинского персонала от не свойственных ему функций.
4. Необходима организация обучения для новичков в ВИЧ-сервисе и лиц, которые уже имеют опыт его предоставления.

Помимо выше представленных, по результатам проведенного исследования предлагаются следующие рекомендации:

- Пересмотреть действующие (при наличии их в действующих нормативных документах)

или разработать ориентировочные нормы нагрузки и обслуживания врачей, которые ведут амбулаторный прием, которые касаются как рутинных интервенций, так и оказания отдельных ВИЧ-услуг, алгоритмы передачи должностных функций от высококвалифицированных специалистов центров СПИДа врачам и средним медицинским работникам других УЗ при предоставлении ВИЧ-услуг.

- Разработать предложения по разграничению профилактических и лечебных ВИЧ-услуг на разных уровнях их предоставления, а также ориентировочные перечни таких услуг с учетом специфики УЗ для усиления комплексности и интегрированности их предоставления.
- Подготовить пакет документов, который позволил бы усилить интеграцию ВИЧ-сервиса, в частности разработать перечень услуг, оказание которых может быть делегировано на первичный уровень, механизм финансирования и мотивационный пакет (с акцентом на систему оплаты труда медперсонала), который стимулировал бы медработников к оказанию таких услуг, а также индикаторы качества, которые характеризуют деятельность центров ПМСП по профилактике ВИЧ-инфекции.
- Разработать алгоритмы обмена необходимой информацией между УЗ первичного уровня, специализированными и высокоспециализированными УЗ для обеспечения комплексности и преемственности в оказании ВИЧ-услуг.
- Подготовить рекомендации по проведению фотохронометражных исследований при оказании ВИЧ-услуг, мониторингу затрат рабочего времени на их оказание в УЗ.
- Определить потребности в оргтехнике и автоматизированных рабочих местах для внедрения современных информационных технологий в разных типах УЗ, которые оказывают ВИЧ-услуги; внедрить должность документатора в УЗ, что позволит сократить затраты времени медицинского персонала на ведение документации.
- Подготовить предложения относительно обеспечения качества оказания ВИЧ услуг, в т. ч. консультирования и тестирования на ВИЧ, с учетом особенностей деятельности УЗ.
- Определить потребности в обучении медицинских работников по вопросам, связанным с оказанием ВИЧ-услуг в разных типах УЗ, подготовить адаптированные для каждой категории персонала соответствующие информационные и учебные материалы с целью повышения уровня знаний и навыков при оказании стандартных операционных составляющих ВИЧ-услуг.
- Подготовить и провести семинары (тренинги) для медработников центров ПМСП, других УЗ, персонал которых принимал участие в данном исследовании, по вопросам КиТ на ВИЧ при помощи быстрых тестов.

Цель 3 Разработка и презентация схем перераспределения обязанностей в сфере предоставления ВИЧ-услуг

С учетом результатов проведенного исследования были разработаны схемы перераспределения обязанностей в сфере ВИЧ-сервиса, ориентированные на то, чтобы оптимизировать работу центров СПИДа, увеличить охват ВИЧ-услугами пациентов, которые в них нуждаются, за счет расширения спектра провайдеров таких услуг. Разработанные схемы касаются таких услуг, как КиТ на ВИЧ-инфекцию, предоставление АРВ-терапии, ЗПТ для пациентов с опиоидной зависимостью.

Перераспределение услуг, связанных с КиТ

На начало 2016 г. около 58% от оценочной численности людей, живущих с ВИЧ, знали о своем ВИЧ-статусе. Данный показатель существенно ниже стратегической цели «90», которую Украина приняла для себя как одно из международных обязательств по противодействию эпидемии. Главным препятствием для ее выполнения является низкий охват консультированием и тестированием на ВИЧ-инфекцию в целом и в особенности уязвимых к ВИЧ-инфекции групп. В связи с этим актуальной является задача расширения сети провайдеров КиТ на базе всех типов учреждений здравоохранения, включая центры ПМСП.

В предложенной схеме подчеркивается, что речь не должна идти о механическом увеличении числа медработников, в обязанности которых вменяется проведение КиТ. Фокус преобразований следует делать на увеличении числа мотивированных к предоставлению данной услуги медицинских работников. В качестве оптимального подхода к распределению функций при предоставлении КиТ предлагается:

- мотивационное консультирование по инициативе врача/фельдшера/медсестры к прохождению КиТ пациентами, у которых есть заболевания и/или жалобы на симптомы и синдромы, определенные в Приказе МЗ от 11.05.2010 № 388, или при наличии информации о практикуемом пациентом рискованном поведении;
- непосредственно проведение КиТ специально подготовленными медицинской сестрой, социальным работником и психологом (где они есть), в случае необходимости подключение к послетестовому консультированию врача, психолога, психотерапевта.

Перенесение нагрузки по проведению КиТ со специализированных учреждений на центры ПМСП должно стать главным в делегировании полномочий по КиТ между учреждениями здравоохранения.

Предложенная схема не является прямой моделью перераспределения обязанностей, поскольку в ней не предполагается делегирование предоставляемых сегодня центрами СПИДа или кабинетами доверия услуг по КиТ другим учреждениям. Скорее, в предложенной схеме «перераспределен» потенциальный объем неоказанных услуг, предоставление которых необходимо для достижения первой цели «90» за счет расширения сети провайдеров КиТ на базе всех типов учреждений здравоохранения. Речь идет о создании условий для более полного выявления людей, живущих с ВИЧ, установления диагноза и организации их медицинского наблюдения, преодолении территориальных, психологических и иных барьеров для пациентов.

Схемы перераспределения услуг, связанных с АРТ

С учетом ожидаемого дальнейшего увеличения количества пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция в ходе реализации стратегии 90-90-90 разработаны предложения по перераспределению нагрузки врачей-инфекционистов и среднего медицинского персонала центров СПИДа.

Проанализированы ряд схем, внедрение которых может привести к более эффективному использованию потенциала врачей-инфекционистов, сокращению территориальных барьеров и росту приверженности к лечению пациентов, принимающих АРВП, оптимизации работы высокоспециализированных учреждений – центров СПИДа.

Первая схема предполагает расширение числа учреждений здравоохранения, предоставляющих консультирование по вопросам АРТ и формированию приверженности. При этом наиболее актуальным и приемлемым является открытие сайтов АРТ на базе кабинетов доверия, которые сегодня специализируются исключительно на КиТ и профилактических консультациях. Целесообразной также является передача услуг по ведению стабильных пациентов на АРТ врачам учреждений, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, а также других типов лечебных учреждений, в частности тубдиспансеров, наркодиспансеров, кожвендиспансеров.

В качестве второго не менее важного направления реформирования ВИЧ-сервиса была определена оптимизация процесса обеспечения пациентов антиретровирусными препаратами. Проанализирован потенциал и возможности для полного делегирования данной услуги от врачей среднему медицинскому персоналу. Обосновано, что более перспективной, хотя и более сложной для реализации, является передача услуги по выдаче АРВ-препаратов от медработников аптекам. Речь идет о выдаче препаратов в аптечной сети по специальным рецептам (по аналогии с инсулинами и другими жизненно важными лекарственными препаратами, закупаемыми за бюджетные средства).

Перераспределение услуг по предоставлению заместительной поддерживающей терапии

Показатель Общегосударственной целевой социальной программы противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу на 2014-2018 гг. по охвату пациентов ЗПТ выполнен в настоящее время лишь на 55%. Актуальными остаются проблемы территориальной доступности ЗПТ, эффективной социализации принимающих ее пациентов, низкого охвата рецептурной формой ЗПТ. В то же время главный вопрос об обеспечении финансовой устойчивости программы ЗПТ в Украине решен: впервые в государственном бюджете на 2017 г. предусмотрено финансирование ЗПТ, есть готовность выделять средства со стороны органов местной власти и международных доноров.

В связи с этим предлагается расширение сети учреждений здравоохранения, предоставляющих заместительную поддерживающую терапию. Исходя из существующих вызовов и концепции реформирования здравоохранения, наиболее перспективным направлением расширения данной услуги, является открытие сайтов ЗПТ при центрах ПМСП, районных поликлиниках, центральных районных больницах. Они могут функционировать в виде таких моделей:

- Организация выдачи препаратов силами одной медсестры под контролем нарколога уже действующих сайтов. Создание таких «филиалов» на местах направлено на эффективное перераспределение пациентов со стажем уже существующих крупных сайтов. Это позволит за счет высвободившихся на них мест увеличить число новых клиентов, обеспечить для новичков надлежащие консультирование и наблюдение, снизит временные и финансовые затраты пациентов, связанные с ежедневным посещением сайтов на базе специализированных учреждений, - «приблизит услугу к пациенту».
- Сайт, где препараты можно получать на месте и по рецепту. Штатным расписанием

такого сайта должны быть предусмотрены должности врача-нарколога и медицинской сестры. В функции первого входят все виды консультативной помощи, включая назначение ЗПТ, корректировку дозы, контроль за состоянием здоровья пациента, выдачу рецептов для получения препаратов ЗПТ в аптечной сети. Медицинская сестра организовывает выдачу препаратов, контроль за их приемом, ведение сопроводительной документации.

- Обеспечение ЗПТ исключительно в рецептурной форме. Такой вид медицинской помощи может предоставлять любой врач, успешно прошедший техническое усовершенствование по заместительному поддерживающему лечению, например, семейный врач, врач общей практики, терапевт и др. Наиболее актуальна организация такой услуги для пациентов, которые уже длительное время получают ЗПТ и переведены врачом сайта ЗПТ на рецептурную форму получения терапии. Такая организация ЗПТ является наиболее экономичной и простой моделью работы.

С учетом особенностей каждой из предложенных схем перераспределения обязанностей в сфере ВИЧ-сервиса были проанализированы потенциальные вызовы и трудности, стимулы и ресурсы, необходимые для реализации таких схем, включая направления и формат обучения медицинского персонала, дана оценка предполагаемых результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНОМЕТРАЖА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНОМЕТРАЖА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

ВВЕДЕНИЕ

Рационализация форм организации оказания медицинской помощи способна дать большой комплексный социально-экономический эффект[1]. Нормирование труда способствует его совершенствованию, главным образом, с количественной стороны и имеет целью установление меры труда, то есть количества труда определенного качества[2].

Согласно рекомендациям ВОЗ[3], современный подход к планированию кадровых ресурсов в здравоохранении должен базироваться не только на наличии достаточного количества специалистов-медиков в расчете на охватываемое услугами население, но и на: 1) наличии у этого персонала необходимой мотивации; 2) оптимальной стоимости предоставляемых услуг; 3) соответствии предоставляемых услуг требуемым стандартам; 4) оптимальной продуктивности.

ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хронометраж затрат рабочего времени на предоставление отдельных ВИЧ-сервисных услуг проводился в рамках гранта «Формативное исследование и разработка схем стимулирования для создания эффективного перераспределения обязанностей на уровне первичной медико-санитарной помощи и специализированных учреждений здравоохранения (ВИЧ-служба, противотуберкулезная, наркологическая и кожно-венерологическая службы) на местном уровне».

Цели проекта:

1. Определение потребностей в перераспределении обязанностей медицинских работников, занятых в сфере ВИЧ-сервиса, и сбор информации для принятия решений.
2. Изучение мотиваторов и стимулов, которые уже используются, либо могут использоваться для медицинских работников в сфере предоставления ВИЧ-услуг.
3. Разработка механизмов перераспределения обязанностей для пилотирования на районном уровне как компонента усиления и оптимизации кадрового потенциала в сфере ВИЧ-сервиса.

Проект включал в себя **три основных компонента**, каждый из которых соотносится с его целями:

1) Анализ рабочей нагрузки на выбранных сайтах в семи приоритетных регионах (цель 1).

2) Формативное исследование мотиваторов и стимулов труда медработников в сфере ВИЧ-сервиса (цель 2).

3) Разработка и презентация механизмов перераспределения обязанностей в сфере предоставления ВИЧ-услуг (цель 3).

---

1 Косенко А.А. Бюджет рабочего времени лечащего врача типовой городской поликлиники и нормообразующие факторы // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 3–11.
Кадыров Ф.Н. Теоретические и практические аспекты принятия эффективных управленческих решений // Менеджер здравоохранения. – 2005. – №2. –С.22-30

2 Ковальский В.Л., Елдашев С.А. Нормирование труда в терапевтической стоматологии – М.: Медицинская книга, 2005. – 85 с.
Ряхимов Ю.С. Нормативная база в здравоохранении: как определить трудоемкость и рассчитать трудозатраты//Кадровик. Трудовое право для кадровика – 2008, № 7 – С.43-45.

3 HRH planning in health care, centre for health planning and management / Hornby, 2007, Geneva.

Результаты анализа по каждой из исследовательских целей представлены в отдельных разделах обобщенного аналитического документа. Данный раздел отражает результаты исследования в соответствии с Целью 1 – **Анализ рабочей нагрузки** на выбранных сайтах в семи приоритетных регионах.

Для реализации указанной цели был использован метод фотохронометражных исследований, с помощью которого проводилось изучение затрат времени на предоставление отдельных ВИЧ-услуг в разных типах медучреждений с целью принятия управленческих решений в сфере оптимизации ВИЧ-услуг. Исследование было сфокусировано на изучении затрат рабочего времени на оказание ВИЧ-услуг медицинским персоналом (врачи и медицинские сестры, которые работают с ними), психологами и социальными работниками при ведении амбулаторного приема.

Задачи исследования. Хронометраж работы медработников был направлен на сбор и анализ данных о:

- частоте предоставления конкретных ВИЧ-услуг в разных типах учреждений здравоохранения (УЗ);
- временных затратах на предоставление разных ВИЧ-услуг (или их компонентов) отдельными категориями специалистов (врачами, медсестрами, соцработниками и психологами).

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение методологии исследования затрат времени на оказание ВИЧ-услуг в разных типах учреждений здравоохранения проводилось в ходе консультаций с широким кругом специалистов разного уровня. Протокол исследования обсуждался с представителями проекта USAID "Реформа ВИЧ-услуг в действии", а также представителями ДУ «Украинский центр контроля за социально опасными заболеваниями МЗ Украины», экспертами в области управленческих решений в сфере здравоохранения с опытом проведения исследований по хронометражу рабочего времени. Методика окончательно дорабатывалась специалистами-практиками в несколько этапов, включая тренинг для наблюдателей, которые являлись квалифицированными работниками сферы здравоохранения и ВИЧ/СПИД в частности.

В качестве методической основы для определения норм нагрузки/обслуживания для данного исследования были использованы методические рекомендации, утвержденные приказом МЗ Украины от 28.03.2013 № 249[4].

Для учета затрат рабочего времени на оказание ВИЧ-услуг был разработан специальный классификатор с детализацией их перечня и составляющих технологических элементов. В целом в классификатор было включено 30 кодов, охватывающих, по мнению экспертов, 29 наименований услуг, которые оказываются медицинским персоналом и другими специалистами при осуществлении ими основной деятельности. Классификатор был сформирован таким образом, чтобы учесть возможности и особенности оказания ВИЧ-услуг разными категориями медицинского персонала и специалистов, которые заняты оказанием как первичной, так и специализированной медицинской помощи.

Первые 5 позиций классификатора отображали рутинную деятельность персонала и позволяли определить затраты рабочего времени на проведение опроса жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного объективного физикального обследования, заполнение медицинской документации (1)[5]; проведение повторного осмотра (2); назначение анализов/направление на обследование (3); постановку пациента на диспансерный учет (4) и установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет (5).

Отдельное внимание было уделено определению затрат рабочего времени на проведение консультирования и тестирования (КиТ) на ВИЧ как с использованием быстрых тестов, так и традиционных тестов иммуноферментного анализа (ИФА). Данная услуга анализировалась как в целом, так и по отдельным составляющим, включая получение информированного согласия, предтестовое консультирование,

4 Приказ Минздрава Украины от 28.03.2013 № 249 "Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) допомогу" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130328_0249.html.

5 Здесь и далее по тексту цифровое обозначение кода отдельной услуги в классификаторе

непосредственно забор крови и тестирование на ВИЧ (в случае ИФА – отправку образца в лабораторию), подтверждающее тестирование при использовании быстрых тестов (в случае необходимости), послетестовое консультирование, оформление необходимой медицинской документации, а также направление для прохождения тестирования в других УЗ. Анализ данного вида ВИЧ-сервиса проводился в соответствии с нормативными документами по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию[6,7,8,9].

Отдельно измерялись затраты времени на различные виды консультирования по вопросам, относящимся к сфере ВИЧ:

- консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции (8);
- консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП) (9);
- консультирование дискордантных пар (10);
- консультирование по планированию семьи (11);
- консультирование по вопросам вирусных гепатитов В и С (12),
- консультирование по вопросам инфекций, передающихся половым путем (ИППП) (13);
- консультирование по вопросам других оппортунистических инфекций и осложнений (14).

В разрезе последних трех типов консультирования учитывались такие составляющие как профилактика, направление на обследование и назначение лечения. Консультирование было включено в качестве одной из составляющих (подкода) в состав многих услуг: антиретровирусная терапия (15), профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных (16), заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ) (18). Консультирование также фигурировало в услугах 19-28 (разные виды психологического консультирования и консультирования по социальным вопросам – см. ниже).

Также в классификатор была включена позиция для определения затрат рабочего времени на отдельные элементы при проведении антиретровирусной терапии (АРТ)[10] (15), включая выбор и подготовку пациентов к АРТ, выбор схемы для назначения, назначение АРТ, в т.ч. дискордантным парам либо с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП), консультирование по вопросам АРТ, наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ, консультирование по формированию приверженности, выдача АРВ-препаратов.

Отдельный блок услуг, которые были включены в классификатор, касался профилактики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных (16), в т.ч. таких составляющих этой услуги как консультирование, включая профилактику и назначение лечения, профилактическое лечение изониазидом (назначение), направление на обследование, клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование), амбулаторное лечение туберкулеза.

Следующий блок услуг, которые хронометрировались, касался вопросов профилактики туберкулеза (17). Основные элементы этой услуги максимально учитывали рекомендации[11] Национального клинического протокола по туберкулезу для отдельных видов

6 Приказ от 19.08.2005 № 415 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію" (с изменениями и дополнениями), зарегистрированный Министерством юстиции за №1404/11684 от 22.11.2005 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050819_415.html.

7 Приказ Минздрава Украины от 21.12.2010 № 1141 "Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ - інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення" (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101221_1141.html.

8 Методичні рекомендації проведення хронометражу послуги консультування та тестування на ВІЛ з ініціативи медичного працівника з використанням ШТ на ВІЛ у практиці лікаря / Уклад. : І. С. Миронюк, І. Б. Перегінець. — К. : «К.І.С.», 2014. — 36 с.

9 Методичні рекомендації для медичних працівників щодо надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, погоджені Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням. – К., 2011. — 80 с.

10 Приказ Минздрава Украины №551 от 12.07.2010 "Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100712_551.html

11 Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи "Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД), утвержденный приказом МОЗ Украины от 31.12.2014 № 1039 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)" [Электронный ресурс]. – Режим доступа : www.dec.gov.ua/mtd/_Ko_Vil_Snid.html

медицинской помощи с акцентом на УЗ, которые оказывали первичную и вторичную медицинскую помощь. В классификатор были включены следующие виды услуг:

- активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования;
- направление пациента на тестирование на ВИЧ;
- направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости;
- направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру;
- сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня (пункт микроскопии мокроты) для исследования на кислотоустойчивые бактерии (КУБ) методом микроскопии мазка (при наличии кашля);
- организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня;
- проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра, в первую очередь на уровне ПМСП;
- информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ;
- отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога;
- проведение скринингового анкетирования на ТБ.

Также в классификатор были включены и услуги заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ) для пациентов с опиоидной зависимостью (18), которые включали:

- консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ;
- консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний;
- определение необходимой дозы препарата для ЗПТ;
- корректировку необходимой дозы препарата для ЗПТ;
- подготовку предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту;
- контроль состояния пациента;
- направление в другие профильные учреждения здравоохранения;
- решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения;
- направление на обследования;
- ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации;
- выдачу и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости).

Данный блок услуг был подготовлен с учетом положений действующей нормативной базы, в т. ч. порядка проведения заместительной поддерживающей терапии больных с опиоидной зависимостью[12].

Коды 19–28 классификатора отображали перечень услуг, которые оказывались не столько медицинским персоналом, сколько психологами/социальными работниками. В ходе проведения исследования определялись затраты рабочего времени на индивидуальное/групповое консультирование по профилактике ВИЧ-инфекции, консультирование по социальным вопросам, помощь в трудоустройстве, решении правовых и жилищных проблем, составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации, психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т. п., разработку индивидуального плана выздоровления, проведение первичной/повторной беседы, кризисное консультирование, проведение тренингов по профилактике рискованного поведения.

Отдельно была предусмотрена возможность фиксации затрат рабочего времени под кодом 29 при оказании услуг, которые не вошли в классификатор, с обязательным разъяснением в примечании их сути и наполнения. В большинстве случаев это касалось организации эффективного перенаправлении клиентов к другим специалистам без присутствия пациентов, подготовки отчетов, в том числе внесения данных в базы, таблицы и другие отчетные формы, предоставления экспертных заключений, в том числе коллегиальных решений и оформления заключений. Написание

12 Приказ Минздрава Украины от 5.06.2012 № 200 "Про затвердження порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю" [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www.uiphp.org.ua/ua/resource/zakonodavcha-baza-ztp.

отчетов и подготовка к разным мероприятиям, в том числе профилактическим выступлениям также кодировались по этому коду.

Кроме этого учитывались затраты рабочего времени медицинского персонала и других специалистов на подготовку и проведение лекций, тренингов, занятий для ученической молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции. Этот вид деятельности был отнесен к категории «первичная профилактика» (30).

Исследование проводилось на базе следующих типов учреждений здравоохранения: центры СПИДа, кабинеты доверия (КД), противотуберкулезные диспансеры (ПТД), наркологические диспансеры (НД), кожно-венерологические диспансеры (КВД), центры первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП), а также других учреждений (центральные районные больницы (ЦРБ)/многопрофильные городские больницы).

География исследования охватывала населенные пункты из 7 регионов, где реализует свою деятельность проект USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии»: Днепропетровская, Полтавская, Одесская, Николаевская, Херсонская и Черкасская области, а также г. Киев.

Основной акцент исследования делался на учет рабочего времени при оказании ВИЧ-услуг. Для этого рассчитывались затраты времени в минутах, а также количество услуг, которые рассматривались как процессы, имеющие самостоятельное значение. В целом затраты рабочего времени анализировались в разрезе собранных наблюдений по оказанным услугам (N=44735) на уровне отдельных типов медицинских учреждений, которые были выбраны в качестве базовых для проведения хронометража.

Также учитывались затраты рабочего времени на предоставление ВИЧ-услуг для отдельных групп повышенного риска, перечень которых утвержден соответствующим нормативным документом[13].

Наблюдение проводилось в течение всего времени, которое реально тратилось респондентом, – с момента фактического начала работы и до ее окончания без привязки к официально утвержденному графику. Хронометраж осуществлялся с использованием листов хронометражных замеров, в которых фиксировалась длительность проведения видов и подвидов деятельности. Для измерения длительности каждого подвида деятельности устанавливались ее границы (фиксажная точка).

Кроме видов и подвидов деятельности, фотохронометражные исследования учитывали и типы деятельности медицинского персонала и специалистов (основная деятельность, другая медицинская деятельность, вспомогательная деятельность, работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью, служебные разговоры, необходимое личное время, незагруженное время, другая деятельность, "окна" между входом/уходом пациента).

Полученные данные, которые были отображены наблюдателями в картах фотохронометражного наблюдения, проверялись на полноту и правильность заполнения. Далее была сформирована электронная база данных с использованием программы SPSS, с помощью которой проводилась статистическая обработка полученных результатов.

Исследование было реализовано в несколько этапов. На первом этапе были сформулированы методологические подходы к проведению исследования, определены базы для их проведения и категории медицинского персонала и специалистов. На следующем этапе была адаптирована методология проведения фотохронометражных исследований, регламентированная Методическими рекомендациями, утвержденными приказом МЗ Украины от 28.03.2013 №249[14], с учетом поставленных целей и задач данного исследования, подготовлены классификаторы данных, формы карт фотохронометражного наблюдения, инструкции по их заполнению, а также материал для проведения тренингов для наблюдателей. В процессе подготовки к исследованию разработанная методология проведения фотохронометражных исследований была апробирована на уровне пилотных

13 Приказ Минздрава Украины от 08.02.2013 № 104 "Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.uiphp.org.ua/ua/resource/zakonodavcha-baza-ztp.

14 Приказ Минздрава Украины от 28.03.2013 № 249 "Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) допомогу" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130328_0249.html.

УЗ г. Киева. По результатам пилотирования были внесены изменения в классификаторы и карту фотохронометражного наблюдения, в частности был добавлен новый тип деятельности – "Окна" между входом/уходом пациента", а деятельность по работе с документацией была дифференцирована на совмещенную и не совмещенную с основной деятельностью (заполнение баз данных после приема, сортировка учетных форм и результатов, подготовка отчетных документов и т.п.).

Также 4-5 апреля и 7-8 апреля 2016 года были проведены два 2-х-дневных тренинга для наблюдателей по методике исследования. Всего было подготовлено 70 человек из числа медицинских работников. Особое внимание во время обучения уделялось формированию навыков проведения хронометража, обсуждению организационных вопросов относительно сбора, оформления и передачи полученных данных.

На следующем этапе (апрель–май 2016 года) были непосредственно проведены полевые работы на базе УЗ, которые были выбраны в качестве сайтов для исследования. Данные фотохронометража вносились каждым из наблюдателей в карту фотохронометражного наблюдения на бумажных носителях с дальнейшим перенесением в электронный формат.

Наблюдение за каждым респондентом длилось 5 рабочих дней в течение одной рабочей смены (3-6 часов в день в зависимости от специализации медработника и типа УЗ). Общее количество респондентов, за которыми проводилось наблюдение, составило 154 человека, из них врачей – 73, средних медицинских работников – 71, психологов и социальных работников – 10.

Всего проведено 770 наблюдений за респондентами (154 респондента х 5 дней наблюдения). Категории медицинских работников в разрезе отдельных специальностей и специалистов, которые принимали участие в исследовании, а также структура услуг, которые ими оказывались, представлены в табл. 1.

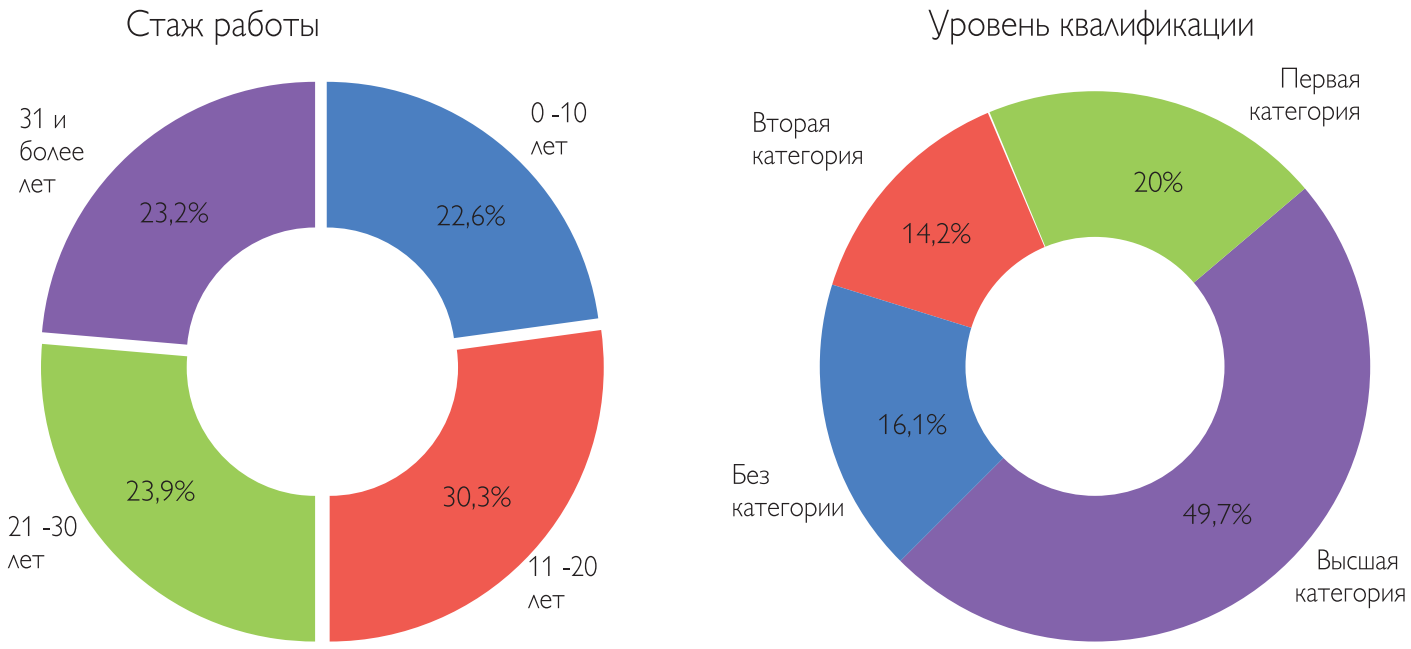
Таблица 1. Категории медицинских работников и специалистов

Категории медицинских работников и специалистов	Количество участников исследования, (N=154)	Удельный вес отдельных специалистов в выборке, %	Оказанные ими услуги, %
Врач-дерматовенеролог	10	6,5	6,7
Врач-инфекционист	15	9,7	8,6
Врач-нарколог (сайта ЗПТ)	11	7,2	10,1
Врач-нарколог (не ЗПТ)	8	5,2	4,9
Врач-фтизиатр	16	10,4	10,9
Врач общей практики - семейный врач (терапевт)	13	8,4	7,9
Медсестра, которая ассистирует врачу-дерматовенерологу	10	6,5	5,0
Медсестра, которая ассистирует врачу-инфекционисту	16	10,4	8,7
Медсестра сайта ЗПТ	10	6,5	13,3
Медсестра, которая ассистирует врачу-наркологу (не ЗПТ)	8	5,2	6,1
Медсестра, которая ассистирует врачу-фтизиатру	15	9,7	7,5
Медсестра общей практики - семейной медицины	12	7,8	6,1
Психолог/ социальный работник	10	6,5	4,2

Наблюдение проводилось за предоставлением услуг высококвалифицированными специалистами: 83% респондентов имеют квалификационную категорию (рис. 1).

77% респондентов имеют стаж работы по специальности более 11 лет, в том числе 23% - более 30 лет (рис. 1).

Рис. 1. Распределение респондентов по стажу работы и уровню квалификации, %



За работой наблюдателей осуществлялся выборочный контроль, ориентированный на оценку соблюдения ими технологии сбора и фиксации данных для получения достоверных результатов исследования.

Дальнейший этап включал обработку данных (проверка, редактирование, кодировка, формирование базы данных). На этом этапе был проведен анализ данных с целью определения выбросов, т.е. данных, которые выделялись из общей выборки для их исключения при проведении дальнейших расчетов средних величин.

Исходя из задач исследования, главным методом анализа данных хронометража было определение средних временных затрат на предоставление того или иного вида услуг в разбивке по типам УЗ и по специальности медработников, которые их предоставляют. Вместе со средними считалась погрешность (ошибка среднего), которая учитывает в себе размах (разницу между минимальным и максимальным значением) и количество наблюдений.

Ограничения в сборе данных, проведении анализа

Проведенное исследование следует отнести к качественным исследованиям, так как в силу отсутствия полных данных и технических ограничений не представлялось возможным сформировать полностью репрезентативную выборку специалистов, предоставляющих исследуемые ВИЧ-услуги. Кроме этого некоторые услуги предоставляются нечасто в силу их специфики (например, ПКП), поэтому статистическая наполняемость по этим услугам была незначительной, что не позволяло проводить по ним детальный анализ. Минимальные требования к статистической наполняемости групп в каждом случае определялись индивидуально. При этом учитывалась не только количество наблюдений как таковое, но и соотношение среднего и ошибки среднего: если последняя была небольшой по сравнению со средним значением (иными словами, если небольшой была разница между минимальными и максимальными значениями), тогда данные анализировались даже несмотря на небольшое количество наблюдений.

Учитывая особенности оказания медицинской помощи для пациентов в сфере ВИЧ-услуг, одним из чрезвычайно важных вопросов было сохранение конфиденциальности, поэтому наблюдатель и респондент, как правило, работали в одном УЗ. При этом данное ограничение было максимально скорректировано путем получения наблюдателями четких инструкций относительно проведения исследования. В редких случаях, когда пациент не давал согласия на присутствие наблюдателя, последний покидал кабинет, и длительность оказанной персоналом услуги фиксировалась без разбивки на отдельные составляющие, однако такие случаи были единичными и не могли повлиять на качество полученных данных.

Так как наблюдатели могли идентифицировать пациентов по их принадлежности к группам риска и ЛЖВ либо на основании информации, предоставленной пациентами в процессе общения с медработником, либо полагаясь на свои наблюдения, кодирование групп пациентов не может считаться строго объективным.

1. ОБЩЕЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ВЕДУЩИХ АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ

На основную деятельность в большинстве УЗ в целом тратилось в пределах 70-75% рабочего времени. Несколько ниже этот показатель в ПТД (61%) и ЦПМСП (67%) за счет больших затрат на вспомогательную деятельность в ПТД и на работу с документацией – в обеих УЗ (табл. 1.1).

Таблица 1.1 Структура затрат рабочего времени в разрезе видов деятельности, % времени

	Центр СПИДа	КД	ПТД	КВД	НД	ЦПМСП	Другие УЗ
Основная деятельность	71,4	73,2	60,5	75,1	72,9	66,7	68,8
Другая медицинская деятельность	0,9	1,5	1,1	1,4	0,9	0,9	2,9
Вспомогательная деятельность	3,3	4,4	9,9	7,7	5,6	5,5	5,7
Работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью	11,2	9,3	15,4	9,0	6,9	17,0	6,3
Служебные разговоры	3,0	3,1	3,4	1,8	2,7	2,6	3,6
Необходимое личное время	4,7	3,3	4,6	2,8	4,5	2,8	5,5
Незагруженное время	0,7	1,0	0,7	0,1	0,6	0,7	1,5
Другая деятельность	1,3	2,1	1,6	0,9	1,2	0,6	2,7
"Окна" между входом/уходом пациента	1,0	1,0	1,6	1,2	1,1	2,1	2,1
Другие виды работ	2,4	1,3	1,2	0,0	3,7	1,0	0,9

Анализ структуры затрат рабочего времени в разрезе отдельных категорий медицинских работников и специалистов по типам УЗ засвидетельствовал разный уровень нагрузки основной деятельностью у отдельных категорий медицинского персонала (табл.1.2). Так, удельный вес загрузки основной деятельностью **врачей-наркологов сайтов ЗПТ и среднего медицинского персонала, который им ассистирует**, является одним из самых высоких по сравнению с другими категориями медицинского

персонала. При этом загрузка основной работой сотрудников сайтов ЗПТ практически не зависит от типа учреждения (центр профилактики и борьбы со СПИДом, специализированное учреждение или ЦПМСП). Таким образом, организация работы на сайтах ЗПТ, проведенная по протоколам международных стандартов, помогла наладить эффективную работу медперсонала. При этом загрузка основной деятельностью врача-нарколога, не предоставляющего услугу ЗПТ несколько ниже (69% против 83-90% у тех, кто ее предоставляет).

Также достаточно высокой является доля основной деятельности в структуре затрат рабочего времени у врачей-инфекционистов кабинетов доверия (86%) и центров СПИДа (80%). У медсестер, ассистирующих инфекционисту, этот показатель ниже (64% - в КД и 63% - в центре СПИДа) за счет значительных затрат на работу с документацией (19% - в центре СПИДа и 13% - в КД). Врачи-фтизиатры центров СПИДа и медсестры, которые им ассистируют, также тратят довольно много времени на работу с документами (по 11%), вследствие чего показатель загрузки основной деятельностью у них ниже по сравнению с врачами-инфекционистами и наркологами сайтов ЗПТ (74% - у врача и 72% - у медсестры).

В то же время зафиксированы значительные отличия нагрузки по основной деятельности **социального работника** (минимальное значение по сравнению с другими категориями респондентов – 42,5%). Еще 6,9% рабочего времени используется на вспомогательную деятельность, которая выражается в подготовке к приему, переходах в другие кабинеты. Почти 13% занимает работа с документацией, еще 16,5% - другие виды деятельности.

Такое распределение рабочей нагрузки соцработников может объясняться тем, что как правило, социальные работники в УЗ являются сотрудниками не медучреждений (где ставок соцработников нет), а НПО, поэтому кроме непосредственно предоставления услуг по социальному сопровождению пациентов занимаются также дополнительной проектной деятельностью, в том числе и оформлением отчетной документации по проекту. Именно поэтому большинство соцработников работают в УЗ не на полную занятость.

Врачи-фтизиатры ПТД тратят около 14% времени на работу с документами и 7% времени – на вспомогательную деятельность, вследствие чего загрузка основной деятельностью у них одна из наиболее низких (64%) по сравнению с другими категориями медперсонала.

Имеется резерв для оптимизации и более рационального использования рабочего времени **медсестер, которые ассистируют врачу-дерматовенерологу и фтизиатру** за счет перераспределения затрат со вспомогательной деятельности (11% и 13% соответственно) и работы с документацией, которая не совмещена с основной деятельностью (11% и 16%), на основную деятельность (70% и 57% соответственно). Медсестра, которая ассистирует врачу-наркологу, также тратит довольно много времени на работу с документацией (13,5%) и вспомогательную деятельность (8%), за счет чего уровень ее загрузки основной деятельностью невысокий (66%).

Что касается **врачей и медсестер, работающих в ЦПМСП**, то они тратят значительную долю рабочего времени на работу с документацией (по 12% врачи и 23-36% медсестры). За счет этого доля основной деятельности в структуре рабочего времени медсестер ЦПМСП составляет лишь немногим более 50%, хотя незагруженного времени у них практически нет (меньше 1%).

Таким образом, большие возможности для повышения эффективности работы медицинского персонала и других специалистов (психологов, соцработников) заключаются в оптимизации документирования и работы с информацией и данными. Включение в команду документаторов или даже операторов ввода данных, не говоря уже об автоматизации и информатизации работы сферы здравоохранения, высвободит значительный объем времени для квалифицированной работы персонала по своему прямому профилю в соответствии с функциональными обязанностями и уровнем квалификации.

Неравномерность зафиксированных временных показателей рабочей нагрузки, а также различное соотношение основной нагрузки и вспомогательной деятельности среди специалистов одного профиля, распространенное использование рабочего времени «не по прямому назначению» указывает на низкий уровень стандартизации профессиональной деятельности как в отрасли в целом, так и по конкретным видам услуг.

Таблица 1.2. Структура затрат рабочего времени в разрезе отдельных категорий медицинских работников и специалистов, по типам УЗ, % времени и сумма времени (минут)

Тип УЗ	Должность	Код вида деятельности									
		Основная деятельность	Другая медицинская деятельность	Вспомогательная деятельность	Работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью	Служебные разговоры	Необходимое личное время	Незагруженное время	Другая деятельность	"Окна" между входом/ уходом пациента	Другие виды работ
Центр СПИДа	Врач-инфекционист	80,2	0,6	1,5	6,6	2,2	3,8	0,6	1,1	1,1	2,2
		12110	92	234	997	338	574	95	165	161	339
	Врач-нарколог (сайта ЗПТ)	82,5	2,5	0,0	6,6	1,5	3,1	0,0	3,7	0,0	0,0
		1108	34	0	89	20	42	0	50	0	0
	Врач-фтизиатр	73,8	1,2	1,3	10,8	2,9	5,0	0,0	2,1	1,3	1,6
		7698	121	140	1122	298	522	0	217	139	167
	Врач-терапевт	83,9	2,0	1,8	3,6	3,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0
		1780	42	39	77	63	120	0	0	0	0
	Медсестра, которая ассистирует врачу-инфекционисту	63,4	0,0	4,7	19,3	3,5	4,3	0,3	0,7	1,0	2,9
		11855	0	882	3601	653	800	48	132	193	535
	Медсестра сайта ЗПТ	80,5	0,0	9,5	5,3	0,0	3,0	0,0	0,0	1,7	0,0
		1062	0	125	70	0	40	0	0	23	0
	Медсестра, которая ассистирует врачу-фтизиатру	71,9	0,4	6,6	11,2	1,8	5,2	0,1	0,0	1,6	1,3
		6240	31	571	976	159	448	9	0	135	110
	Психолог	72,8	0,2	1,6	6,4	4,6	6,6	3,4	3,4	0,0	1,0
		7858	17	175	694	495	715	369	362	3	104
	Соцработник	42,5	11,7	6,9	12,9	4,6	3,5	0,0	0,0	1,4	16,5
		1183	326	193	358	129	97	0	0	40	459
	Итого	**71,4**	**0,9**	**3,3**	**11,2**	**3,0**	**4,7**	**0,7**	**1,3**	**1,0**	**2,4**
		50894	**663**	**2359**	**7984**	**2155**	**3358**	**521**	**926**	**694**	**1714**

Тип УЗ	Должность	Код вида деятельности									
		Основная деятельность	Другая медицинская деятельность	Вспомогательная деятельность	Работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью	Служебные разговоры	Необходимое личное время	Незагруженное время	Другая деятельность	"Окна" между входом/ уходом пациента	Другие виды работ
Кабинет доверия	Врач-инфекционист	86,5	1,4	1,0	4,4	2,4	1,7	0,2	0,9	1,2	0,3
		8305	135	93	421	235	163	20	90	113	25
	Медсестра, которая ассистирует врачу-инфекционисту	63,5	1,4	7,4	13,3	3,2	4,2	1,1	3,0	0,9	2,0
		8460	185	987	1777	430	556	146	406	120	261
	Психолог	73,5	2,0	1,7	6,7	4,4	4,8	2,7	1,5	1,0	1,6
		2217	60	52	202	134	146	81	45	31	49
	Итого	**73,2**	**1,5**	**4,4**	**9,3**	**3,1**	**3,3**	**1,0**	**2,1**	**1,0**	**1,3**
		18982	**380**	**1132**	**2400**	**799**	**865**	**247**	**541**	**264**	**335**
ПТД	Врач-фтизиатр	64,2	1,0	7,1	14,4	4,1	4,4	0,6	1,4	2,0	0,9
		11895	188	1324	2662	757	818	112	251	375	159
	Медсестра, которая ассистирует врачу-фтизиатру	56,9	1,3	12,5	16,2	2,8	4,8	0,8	1,9	1,3	1,5
		10028	235	2197	2849	489	850	141	341	230	270
	Медсестра участковая	56,3	0,0	14,6	18,9	3,0	4,3	0,0	0,0	0,0	2,9
		779	0	202	262	42	59	0	0	0	40
	Итого	**60,5**	**1,1**	**9,9**	**15,4**	**3,4**	**4,6**	**0,7**	**1,6**	**1,6**	**1,2**
		22702	**423**	**3723**	**5773**	**1288**	**1727**	**253**	**592**	**605**	**469**
Кожно-венерологический диспансер	Врач-дерматовенеролог	83,2	0,3	2,6	5,7	2,1	2,6	0,1	1,8	1,6	0,0
		12291	43	384	846	307	380	15	270	240	0
	Медсестра, которая ассистирует врачу-дерматовенерологу	70,2	2,5	11,2	11,1	1,3	2,4	0,1	0,2	1,0	0,0
		12004	435	1918	1895	230	406	11	30	164	8
	Медсестра участковая	57,8	0,0	14,6	15,6	4,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		1197	0	302	324	83	165	0	0	0	0
	Итого	**75,1**	**1,4**	**7,7**	**9,0**	**1,8**	**2,8**	**0,1**	**0,9**	**1,2**	**0,0**
		25492	**478**	**2604**	**3065**	**620**	**951**	**26**	**300**	**404**	**8**

Тип УЗ	Должность	Код вида деятельности									
		Основная деятельность	Другая медицинская деятельность	Вспомогательная деятельность	Работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью	Служебные разговоры	Необходимое личное время	Незагруженное время	Другая деятельность	"Окна" между входом/ уходом пациента	Другие виды работ
Наркологический диспансер	Врач-нарколог (сайта ЗПТ)	83,8	0,0	1,3	2,9	2,7	4,6	0,1	0,0	0,1	4,6
		8093	4	130	277	256	447	5	0	7	440
	Врач-нарколог (не ЗПТ)	68,8	2,9	5,0	4,0	3,9	4,2	1,0	3,4	2,4	4,3
		9552	399	694	562	544	583	143	477	338	593
	Медсестра сайта ЗПТ	75,9	0,0	7,5	6,3	1,0	4,4	0,0	0,0	0,1	4,6
		8068	0	799	672	109	471	0	0	11	493
	Медсестра, которая ассистирует врачу-наркологу (не ЗПТ)	66,4	0,2	7,9	13,5	3,0	4,8	0,9	0,5	1,3	1,5
		8469	23	1007	1715	381	616	115	63	168	188
	Итого	**72,9**	**0,9**	**5,6**	**6,9**	**2,7**	**4,5**	**0,6**	**1,2**	**1,1**	**3,7**
		34182	**426**	**2630**	**3226**	**1290**	**2117**	**263**	**540**	**524**	**1714**
ЦПМСП	Врач общей практики - семейный врач	72,5	1,5	2,6	11,8	2,6	3,7	1,1	0,4	2,4	1,5
		7433	158	270	1211	264	380	108	40	244	151
	Врач-терапевт	73,4	0,2	1,1	12,4	3,4	4,1	0,5	2,8	1,6	0,6
		1441	3	21	244	66	80	10	55	32	12
	Медсестра сайта ЗПТ	89,4	2,2	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		805	20	75	0	0	0	0	0	0	0
	Медсестра общей практики - семейной медицины	56,6	0,4	10,2	23,4	2,6	2,1	0,5	0,7	2,6	0,9
		4557	35	824	1887	211	171	38	55	206	72
	Медсестра участковая	52,0	0,0	4,2	35,7	3,8	2,3	0,9	0,0	1,1	0,0
		1176	0	94	807	85	52	21	0	26	0
	Итого	**66,7**	**0,9**	**5,5**	**17,0**	**2,6**	**2,8**	**0,7**	**0,6**	**2,1**	**1,0**
		16232	**231**	**1349**	**4149**	**626**	**683**	**177**	**150**	**508**	**235**

Тип УЗ	Должность	Код вида деятельности									
		Основная деятельность	Другая медицинская деятельность	Вспомогательная деятельность	Работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью	Служебные разговоры	Необходимое личное время	Незагруженное время	Другая деятельность	"Окна" между входом/ уходом пациента	Другие виды работ
Другое	Врач-дерматовенеролог	45,9	12,9	0,2	0,0	6,1	13,1	5,7	2,4	8,5	5,3
		1283	361	5	0	172	366	159	67	237	148
	Врач-нарколог (сайта ЗПТ)	89,8	3,1	0,0	2,6	2,4	1,7	0,0	0,0	0,4	0,0
		1888	66	0	55	50	36	0	0	8	0
	Врач-нарколог (не ЗПТ)	66,9	5,5	2,0	4,7	6,2	7,7	1,0	4,8	1,3	0,0
		2394	197	70	168	220	275	35	171	46	0
	Врач-фтизиатр	87,8	1,4	0,0	0,0	1,8	3,6	0,0	4,9	0,4	0,0
		1387	22	0	0	29	57	0	77	7	0
	Врач общей практики – семейный врач	77,0	2,3	4,4	4,4	6,8	2,4	0,3	0,8	1,6	0,0
		1848	55	106	105	162	58	6	20	39	0
	Медсестра, которая ассистирует врачу-дерматовенерологу	42,6	0,0	11,9	8,5	7,8	11,4	5,9	3,2	4,7	3,9
		1082	0	303	217	199	290	150	82	120	99
	Медсестра сайта ЗПТ	79,6	0,0	11,3	3,1	2,0	3,2	0,0	0,0	0,8	0,0
		1819	0	259	71	45	72	0	0	19	0
	Медсестра, которая ассистирует врачу-наркологу (не ЗПТ)	64,7	0,0	4,2	10,6	3,5	8,3	1,9	5,6	1,1	0,0
		2495	0	163	409	136	319	75	217	42	0
	Медсестра, которая ассистирует врачу-фтизиатру	75,2	1,5	0,0	15,3	0,0	4,2	0,0	2,3	0,2	1,4
		1213	25	0	246	0	67	0	37	3	22
	Медсестра общей практики - семейной медицины	68,9	3,2	4,8	15,1	1,9	2,5	1,7	1,1	0,5	0,2
		1574	74	110	346	43	58	38	25	11	5
	Итого	**68,8**	**2,9**	**5,7**	**6,3**	**3,6**	**5,5**	**1,5**	**2,7**	**2,1**	**0,9**
		21060	**903**	**1731**	**1930**	**1116**	**1686**	**463**	**820**	**635**	**274**

2. АНАЛИЗ ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВИЧ-УСЛУГ ПО ТИПАМ УЗ

Всего за время наблюдения медработниками было оказано 44 735 медуслуг, в том числе более 80% из них (36 059 медуслуг) – предоставлялись в присутствии пациента (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Временные характеристики услуг, оказанных медработниками в присутствии пациентов, по типам УЗ

Тип УЗ	Кол-во услуг	Доля услуг, %	Среднее, мин.	Ошибка среднего	Min	Max
Центр профилактики и борьбы со СПИДом	8189	23	6,11	0,054	1	70
Противотуберкулезный диспансер	3607	10	6,31	0,087	1	60
Кожно-венерологический диспансер	3531	10	6,86	0,093	1	96
Наркологический диспансер	10602	29	3,23	0,044	1	57
Центр ПМСП	3141	9	5,02	0,069	1	40
Кабинет доверия	2637	7	7,25	0,105	1	62
Другие УЗ	4352	12	4,87	0,072	1	57
В целом по массиву	36059	100	6,01	0,034	1	96

Больше всего услуг было оказано в наркодиспансерах (29%) и центрах СПИДа (23%). Однако в каждом из типов УЗ было прохронометрировано достаточно большое количество услуг, что позволяет делать статистически достоверные выводы.

Средняя длительность одной услуги в большинстве УЗ варьирует в пределах 6-7 минут, будучи существенно ниже в НД (3 минуты), а также несколько ниже в ЦПМСП и других УЗ (около пяти минут). Эти различия во многом обусловлены долей услуги ЗПТ в общей совокупности услуг, предоставляемых конкретным типом УЗ. Особенностью ЗПТ является необходимость обслужить в течение нескольких часов приема значительное количество пациентов (на некоторых сайтах – до 180), поэтому каждая из операций в процессе ее предоставления доведена персоналом до автоматизма и занимает минимум времени (табл. 2.2).

Как видим из временных затрат на конкретные виды ВИЧ-услуг и их составляющие, по большинству услуг было проведено достаточное количество наблюдений, позволяющее делать достоверные выводы. Исключение составляют услуги, закодированные целиком при наличии их разбивки на составляющие (например, в процессе наблюдения наблюдатели в основном кодировали отдельно разные технологические операции при проведении КиТ на ВИЧ – коды 61– 66 и 71 – 77, хотя в исключительных случаях допускалось использование кодов 6 и 7). Также небольшая наполняемость зафиксирована по некоторым видам услуг, которые предоставляются нечасто в силу специфики самой услуги – незначительного количества пациентов, которые в ней нуждаются (например, назначение АРТ дискордантным парам или для постконтактной профилактики).

Таблица 2.2. Временные затраты на ВИЧ-услуги и их составляющие, по кодам (n=36059)

Виды услуг и их составляющих	% услуг	Количество услуг	Средняя длительность, минут
1 Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного обследования	22,30	8 041	8,2
2 Проведение повторного осмотра	3,99	1 439	6,4
3 Назначение анализов/направление на обследование	8,99	3 242	4,1
4 Постановка пациента на диспансерный учет	0,93	337	6,4
5 Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0,09	31	6,0
6 КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0,04	16	15,6
6.1 Получение информированного согласия	0,87	312	4,3
6.2 Предтестовое консультирование	0,86	310	7,1
6.3 Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	0,64	232	9,5
6.4 Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0,03	11	8,5
6.5 Послетестовое консультирование	0,54	196	5,9
6.6 Оформление необходимой медицинской документации	0,81	291	4,6
7 КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0,08	28	4,7
7.1 Получение информированного согласия	1,03	373	4,4
7.2 Предтестовое консультирование	1,00	359	7,2
7.3 Забор крови	0,29	103	6,6
7.4 Организация доставки анализа	0,17	60	11,2
7.5 Послетестовое консультирование	0,64	230	7,6
7.6 Оформление необходимой медицинской документации	0,96	347	6,5
7.7 Направление для прохождения тестирования в другие учреждения	0,12	42	5,1
8 Консультирование по вопросам ВИЧ	1,04	374	7,8
9 Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	0,12	45	7,9
10 Консультирование дискордантных пар	0,09	33	14,6
11 Консультирование по планированию семьи	0,15	54	9,2
12 Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0,10	37	7,3
12.1 Профилактика	0,29	103	6,1
12.2 Направление на обследование	0,46	167	5,6
12.3 Назначение лечения	0,07	24	10,3

Виды услуг и их составляющих	% услуг	Количество услуг	Средняя длительность, минут
13 Консультирование по вопросам ИППП	0,05	18	4,9
13.1 Профилактика	0,57	204	4,6
13.2 Направление на обследование	0,76	274	4,5
13.3 Назначение лечения	0,36	131	7,0
14 Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям	0,08	28	4,7
14.1 Профилактика	0,18	64	4,0
14.2 Направление на обследование	0,22	81	4,4
14.3 Назначение лечения	0,08	29	5,6
15 Антиретровирусная терапия (АРТ)	0,03	11	5,1
15.1 Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0,14	49	8,1
15.2 Выбор схемы для назначения АРТ	0,16	59	6,5
15.3 Назначение АРТ дискордантным парам	0,02	7	6,7
15.4 Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции	0,02	6	6,8
15.5 Консультирование по вопросам АРТ	0,96	346	6,3
15.6 Консультирование по формированию приверженности	1,11	401	6,0
15.7 Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	2,50	901	5,7
15.8 Выдача АРВ-препаратов	1,48	532	7,3
16 Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных	0,01	5	4,6
16.1 Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0,75	272	9,4
16.2 Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0,45	162	5,6
16.3 Направление на обследование	1,13	406	4,0
16.4 Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	0,53	190	5,1
16.5 Амбулаторное лечение туберкулеза	0,76	273	6,0
17 Профилактика туберкулеза	0,01	3	6,7
17.1 Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0,07	24	3,9
17.2 Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0,18	65	2,7
17.3 Направление на рентгенографию/ флюорографию органов грудной полости	2,23	803	2,6

Виды услуг и их составляющих	% услуг	Количество услуг	Средняя длительность, минут
17.4 Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0,18	65	4,5
17.5 Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	0,40	143	5,2
17.6 Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики	0,09	31	5,6
17.7 Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0,43	156	5,4
17.8 Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	0,35	127	4,9
17.9 Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	0,11	41	5,4
17.10 Проведение скринингового анкетирования на ТБ	0,76	273	3,4
18 Заместительная поддерживающая терапия	этот код не использовался без разбивки на подкоды		
18.1 Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	1,64	592	3,1
18.2 Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0,49	178	3,5
18.3 Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	1,71	618	1,4
18.4 Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0,76	275	4,7
18.5 Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	0,22	79	8,5
18.6 Контроль состояния пациента	6,69	2 411	2,0
18.7 Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0,11	41	4,7
18.8 Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	0,04	16	10,5
18.9 Направление на обследования	0,54	196	3,1
18.10 Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	2,47	891	2,0
18.11 Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	16,60	5985	1,9
19 Индивидуальное консультирование психологом/социальным работником	0,23	83	9,2
20 Групповое консультирование психологом/социальным работником	0,01	4	12,0

Виды услуг и их составляющих	% услуг	Количество услуг	Средняя длительность, минут
21 Консультирование по соц. вопросам, помощь в трудоустройстве, решении правовых и жилищных проблем	0,06	21	7,8
22 Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0,02	7	18,3
23 Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т. п.	0,06	22	13,6
24 Разработка индивидуального плана выздоровления	0,03	10	17,0
25 Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0,01	3	20,3
26 Проведение первичной беседы	0,07	26	27,0
27 Проведение повторной беседы	0,08	29	18,8
28 Кризисное консультирование	0,08	29	22,7
29 Другое	4,19	1 511	7,4
30 Проведение лекций, тренингов, занятий для молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика)	0,04	15	55,3

Перед наблюдателями ставилась задача максимально детализировать составляющие ВИЧ-услуг. Использовать код, который описывает услугу в целом, без разбивки на подкоды (например «консультирование по ИППП» вместо «профилактика», «направление на обследование», «назначение лечения») разрешалось только в том случае, если выделить составляющие было невозможно из-за их малой длительности (менее минуты) или вследствие того, что они проводились одновременно. Таким образом, наполняемость по большинству подкодов, описывающих услугу в целом без разбивки на составляющие (если таковые были выделены), была незначительной. Это касается практически всех типов УЗ, специалистов и услуг (Приложение 1).

В разных типах УЗ статистическая наполняемость по большинству услуг (и их компонентов), которые относятся к специализации данного УЗ, является достаточной для проведения анализа. Исключение составляют некоторые составляющие услуг, которые предоставляются нечасто, либо в силу специфики самой услуги, а именно – незначительной потребности пациентов в ней (например, консультирование по ПКП или повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов), либо в силу того, что разные компоненты услуги реализуются разными специалистами. Например, забор крови для проведения тестирования на ВИЧ методом ИФА в ПТД проводится в манипуляционном кабинете, работа которого в данном исследовании не хронометрировалась.

Что же касается услуг, на предоставлении которых данное УЗ не специализируется, то как правило, они предоставляются редко (менее 5 случаев за период наблюдения), либо не предоставляются вовсе. Среди таких услуг можно отметить:

- предоставление АРТ и ЗПТ в противотуберкулезных диспансерах (при этом консультирование по вопросам АРТ проводится);
- консультирование по вопросам вирусных гепатитов и оппортунистических заболеваний, АРТ, ЗПТ и услуги, связанные с диагностикой и лечением ТБ – в КВД;
- консультирование по ИППП и оппортунистическим заболеваниям,

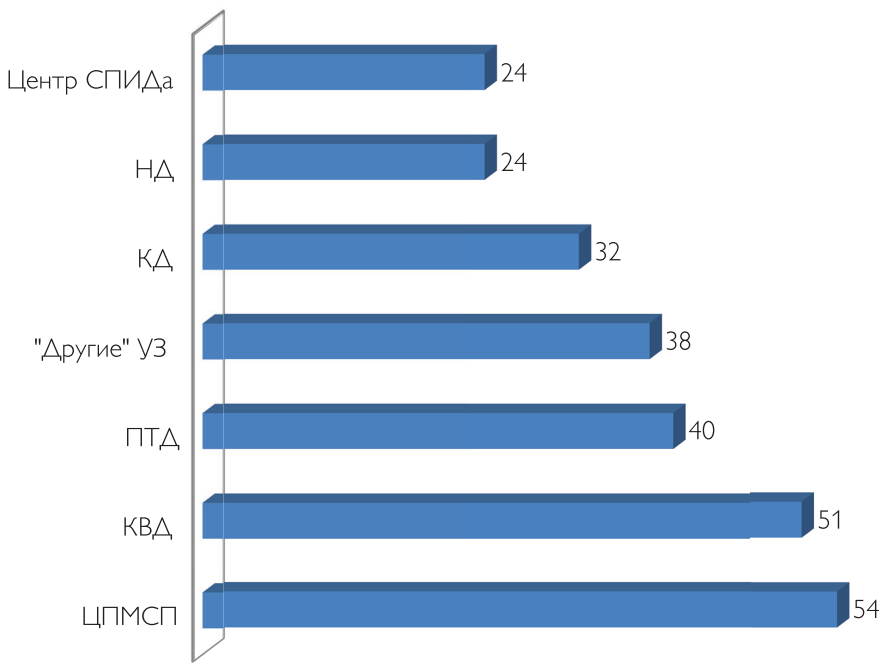
предоставление АРТ (хотя консультирование по приверженности проводится), лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных – в НД;

- консультирование по ИППП и оппортунистическим заболеваниям, АРТ, профилактика и лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных (при этом выявлению ТБ среди общего населении уделяется достаточно большое внимание) – в ЦПМСП;
- ЗПТ – в кабинетах доверия;
- АРТ – в «других» УЗ.

Также невысокой является статистическая наполняемость по услугам, которые относятся к компетенции психолога и соцработника (консультирование, в т.ч. кризисное и консультирование членов семьи пациента, составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации, разработка индивидуального плана выздоровления и т.п.). Поскольку средняя длительность таких услуг в несколько раз выше, по сравнению со всеми остальными услугами/компонентами услуг, то количество услуг, предоставленных за период наблюдения соответственно ниже. В УЗ, где не проводилось наблюдение за психологом/соцработником (ПТД, КВД, НД, ЦПМСП), разные виды психологического консультирования изредка, в случае крайней необходимости, проводятся врачами.

Значительная часть рабочего времени тратится медработниками на такие базовые для всех УЗ виды деятельности как, опрос жалоб, сбор анамнеза и проведение первичного обследования, проведение повторного осмотра, назначение анализов/направление на обследования, а также постановка пациента на диспансерный учет (подкоды 1-4). Доля времени, затрачиваемого на эти услуги варьирует от 24% в центрах СПИДа и НД до 51% в КВД и 54% в ЦПМСП (рис. 2.1).

Рис. 2.1. Доля времени, затрачиваемого на подкоды 1-4, по типам УЗ, %



Соответственно различается и доля времени, затрачиваемого на предоставление ВИЧ-услуг в целом, а также перечень ВИЧ-услуг, которые предоставляются в каждом типе УЗ, и доля времени, затрачиваемого на предоставление конкретных типов услуг.

Так, в центрах СПИДа предоставляется весь спектр ВИЧ-услуг, при чем больше всего времени тратится на АРТ. В кабинетах доверия лидируют по временным затратам АРТ и КиТ. В ПТД доминируют ВИЧ-услуги, связанные с профилактикой, выявлением и лечением ТБ, в т.ч. у ВИЧ-инфицированных, а в КВД достаточно активно проводится КиТ. Консультирование в этом УЗ в большинстве случаев (8% из 9%) касается вопросов ИППП. В ЦПМСП и «других» УЗ (которые представлены, напомним, многопрофильными больницами и ЦРБ) ВИЧ-услуги предоставляются нечасто, за исключением ЗПТ и услуг в сфере ТБ (табл. 2.3).

Таблица 2.3. Доля рабочего времени, затрачиваемого на предоставление ВИЧ-услуг, по типам УЗ, %

	КиТ (подкоды 6-7*)	Консультирование (подкоды 8-14*)	АРТ (подкод 15*)	ТБ (подкоды 16-17*)	ЗПТ (подкод 18*)
Центр СПИДа	9	7	14	8	3
КД	19	5	18	2	0
ПТД	2	1	0,4	13	0
КВД	10	9	0	0	0
НД	4	2	0,2	1	38
ЦПМСП	1	1	0	3	5
"Другие" УЗ	3	1	0	7	9

* Включая составляющие указанных подкодов

Анализ структуры основной деятельности в разбивке по типам УЗ и должностям (Приложение 2) показал, что во многих случаях для врачей и медсестер характерна взаимозаменяемость. С одной стороны, врачи в некоторых случаях выполняют медсестринские функции (к примеру, выдают АРВ-препараты, что составляет 3% услуг в структуре основной деятельности врача-инфекциониста центра СПИДа и 9% услуг – у врача кабинета доверия, или проводят забор крови для анализа – 1% в структуре услуг врача КД). С другой стороны, медсестры зачастую реализуют функции врача, например, проводят разные виды консультирования. Так, медсестра инфекциониста центра СПИДа проводит консультирование по вопросам ВИЧ в 2% случаев, по вопросам АРТ – в 1% случаев, по формированию приверженности – в 2% случаев. Намного активнее консультирует медсестра кабинета доверия, которая проводит большинство из указанных в классификаторе видов консультирования, например, пред- и послетестовое консультирование при тестировании на ВИЧ (2,5% и 1% соответственно), консультирование по вопросам ВИЧ (0,5%) и АРТ (3%), и занимается наблюдением и ведением пациентов на АРТ (6%).

Подобные тенденции прослеживаются и в других УЗ. Так, в ПТД врачи проводят сбор мокроты (1%), а медсестры занимаются консультированием ВИЧ-инфицированных пациентов по вопросам ТБ (0,4%), информированием и просвещением населения по вопросам ТБ (2%). В КВД врачи занимаются проведением тестирования на ВИЧ быстрыми тестами (2%), а медсестры проводят пред- (1%) и в некоторых случаях послетестовое консультирование (0,1%), а также консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции. В НД медсестры также могут проводить пред- и послетестовое консультирование (2%), консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции (0,4%) и т.п.

Согласно полученным данным, центры ПМСП – единственный тип УЗ, в котором медсестры практически не имеют опыта консультирования пациентов по каким-либо вопросам.

В ходе фокус-групповых дискуссий (ФГД) и глубинных интервью с медработниками они сообщили, что взаимозаменяемость врачей и медсестер является вынужденной и связана с недостаточной обеспеченностью кадрами, в частности тем, что далеко не всегда в случаях болезни, отпуска, ухода на курсы повышения квалификации и других подобных ситуаций есть возможность заменить врача/медсестру другим специалистом. Следовательно, оставшийся медработник вынужден вести прием пациентов самостоятельно, выполняя по возможности, как свою работу, так и функции коллеги. Особенно это актуально для кабинетов доверия, в которых, как правило, работает по одному врачу и одной медсестре.

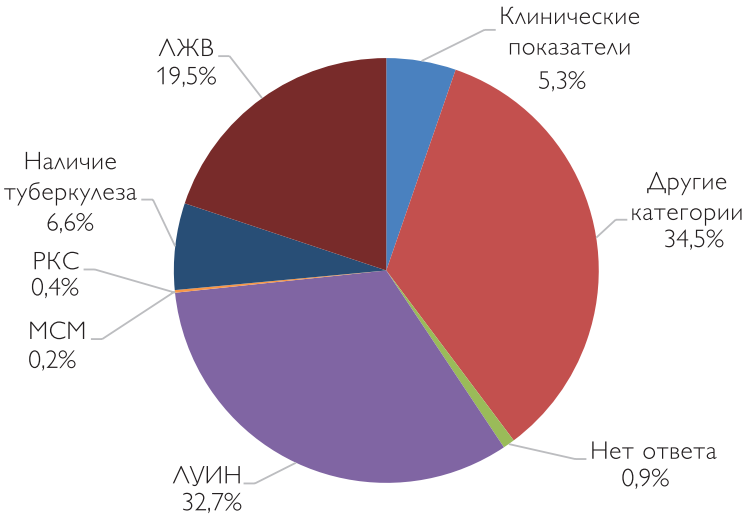
С точки зрения потенциального перераспределения обязанностей опыт проведения консультирования

медсестрами является позитивным, так как свидетельствует о возможности передачи этих функций среднему медперсоналу при условии проведения соответствующего обучения.

Среди наблюдаемых услуг 60,5% оказывалось пациентам-мужчинам, 39,5% – женщинам. Относительно возрастной структуры, то свыше 60% всех услуг за время наблюдения было предоставлено пациентам в возрасте 30-39 лет (36,6% всех услуг, которые были прохронометрированы) и 40-49 лет (26,4%).

Большинство пациентов, получавших ВИЧ-услуги в период наблюдения, были отнесены к трем категориям пациентов: люди, употребляющие инъекционные наркотики (32,7%), ЛЖВ (19,5%), другим категориям пациентов (34,5%), т.е. не были идентифицированы как представители групп повышенного риска инфицирования ВИЧ и ЛЖВ. (рис. 2.2). Удельный вес представителей таких групп риска как работники коммерческого секса (РКС), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), лица, имеющие клинические показания к КиТ, а также пациенты с ко-инфекциями: вирусный гепатит/ВИЧ, туберкулез/ВИЧ, или больные туберкулезом является невысоким.

Рис. 2.2. Категории пациентов, которым оказывались услуги



Структура затрат рабочего времени на оказание ВИЧ-услуг пациентам из ключевых групп риска в разрезе отдельных типов УЗ показала, что медперсонал в основном был занят оказанием услуг пациентам своей специализации (табл. 2.4).

Таблица 2.4. Категории пациентов, которым оказывались услуги, в зависимости от типа УЗ, %

Тип УЗ	Группа риска						
	ЛУИН	РКС	МСМ	Туберкулез	ЛЖВ	Клин. показатели	Другие
Центр СПИДа	10,4	1,0	0,5	5,1	62,8	7,8	12,5
ПТД	2,4	0,2	0,4	44,3	5,9	16,5	30,4
КВД	0,1	0,9	0,2	0,2	0,04	2,6	96,0
НД	76,9	0,03	0,0	0,06	0,0	3,4	19,6
Центр ПМСП	9,8	0,02	0,0	0,0	0,3	0,2	89,7
Кабинет доверия	9,3	1,2	0,29	1,7	57,2	3,3	27,0

Анализ ВИЧ-услуг по целям посещения медучреждения показал, что 67,8% услуг приходилось на повторное посещение, что связано с необходимостью длительного медицинского наблюдения для соответствующих групп пациентов (ЛЖВ, пациенты ЗПТ, пациенты с ТБ).

Это подтверждается более высокой долей первичных посещений в центрах ПМСП. Удельный вес посещений с профилактической целью был незначительным (5,6% услуг, предоставляемых в присутствии пациентов) (табл. 2.5).

Таблица 2.5. Структура услуг в зависимости от цели посещения, % к услугам, предоставляемым в присутствии пациента (N=36059)

	% услуг
Первичное посещение	21,9
Повторное посещение	67,8
Посещение по направлению из другого УЗ	4,5
Посещения с профилактической целью	5,6
Нет ответа	0,2

Анализ затрат рабочего времени в разрезе отдельных УЗ показал, что на оказание услуг в ходе повторного посещения пациентами таких УЗ как ПТД, НД, центры СПИДа и КД, персоналом тратится от 68,7% до 81,3% рабочего времени. В ЦПМСП и КВД – наоборот, больше рабочего времени тратится на обслуживание первичного посещения пациентов (55,5% и 52,3% соответственно) (табл. 2.6).

Существенных отличий относительно оказания услуг в отдельные дни недели в течение периода наблюдения за респондентами не выявлено; услуги распределялись равномерно.

Таблица 2.6. Структура услуг в зависимости от цели посещения в разных типах УЗ, % к услугам, предоставляемым в присутствии пациента (N=36059)

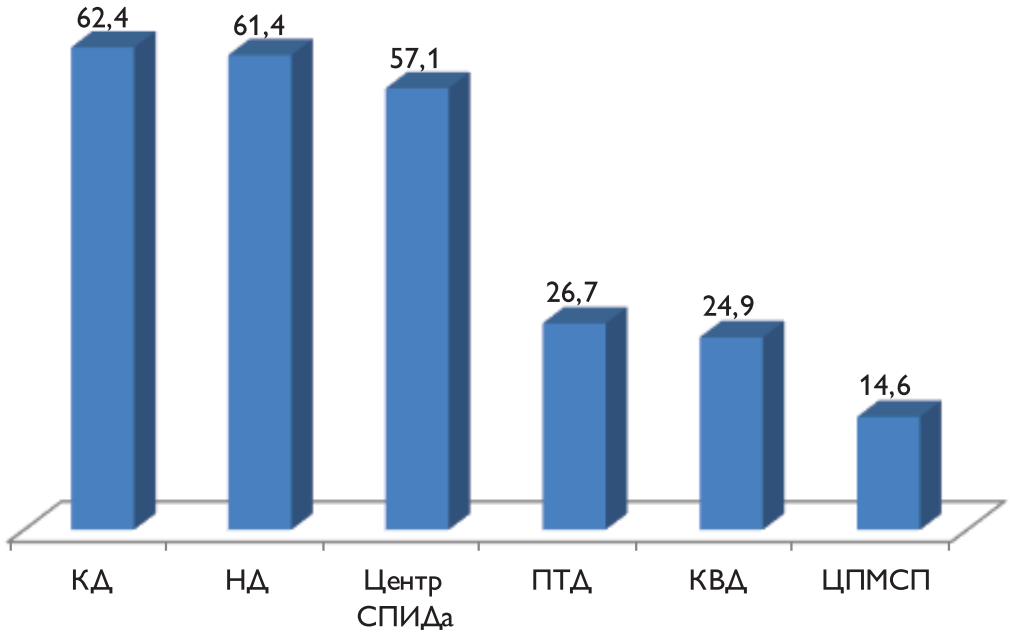
Тип УЗ	Первичное посещение	Повторное посещение	Посещение по направлению из другого УЗ	Посещение с профилактической целью
Центр СПИДа	15,7	73,9	2,6	10,4
ПТД	20,7	68,7	35,5	10,5
КВД	55,5	35,7	3,8	8,8
НД	15,1	81,3	1,8	3,5
Центр ПМСП	52,3	38,6	1,2	9,0
Кабинет доверия	28,5	63,6	8,7	7,8

В данном исследовании понятие «ВИЧ-услуги» использовалось в широком и узком смыслах. В широком значении под ВИЧ-услугами понимались все услуги, включенные в классификатор подвидов деятельности (начиная от непосредственно КиТ на ВИЧ и АРТ и заканчивая профилактикой и выявлением туберкулеза, консультированием по ИППП и гепатитам и предоставлением ЗПТ). ВИЧ-услуги в узком понимании этого слова определялись в разных случаях по-разному, что обязательно описывалось в каждом конкретном случае. Это зависело от перечня ВИЧ-услуг, предоставляемых в УЗ конкретного типа.

Итак, если исключить такие общие для всех УЗ подкоды как опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение повторного осмотра, назначение анализов и постановка пациента на диспансерный учет, и рассчитать долю рабочего времени в структуре основной деятельности, затрачиваемого на предоставление ВИЧ-услуг в широком смысле, то мы увидим, что больше всего времени на них затрачивается в таких УЗ, как КД, центр СПИДа и НД (рис. 2.3). При этом следует учитывать, что в центре СПИДа и КД, в отличие от остальных УЗ, исключенные из расчета подкоды также относятся к ВИЧ-услугам и занимают соответственно 33,9% и 31,4% времени основной деятельности.

Таким образом, медицинский персонал профильных по ВИЧ УЗ был занят оказанием ВИЧ-услуг 91% времени основной деятельности в центре СПИДа и 93,8% - в КД; персонал смежных УЗ – от 24,9% в КВД до 61,4% в НД с учетом услуг сайтов ЗПТ; сотрудники ЦПМСП – 14,6% (с учетом затрат времени на оказание услуги ЗПТ).

Рис. 2.3. Удельный вес затрат рабочего времени на оказание ВИЧ-услуг по типам УЗ,
% времени от основной деятельности



Столь высокий показатель в НД, сравнимый даже с центрами СПИДа связан с интенсивным предоставлением услуги ЗПТ для ЛУИН, налаженным алгоритмом предоставления данной услуги, а также слаженной и четкой работой мультидисциплинарных команд сайтов ЗПТ. Сотрудники ЦПМСП чаще всего предоставляют такие ВИЧ-сервисные услуги как услуги по профилактике и лечению туберкулеза (3,7% времени основной деятельности), 8,0% времени основной деятельности занимают услуги ЗПТ. Последнее связано с особенностями выборки, а именно – включением в нее нескольких сайтов ЗПТ, функционирующих на базе центров ПМСП. Случаи предоставления остальных ВИЧ-услуг в ЦПМСП за время наблюдения встречались нечасто – на все остальные услуги, кроме услуг по профилактике и лечению ТБ и ЗПТ, персоналом было потрачено лишь 2,9% времени основной деятельности.

Медперсоналом центров ПМСП было оказано всего 6 услуг КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов. Средняя длительность КиТ (начиная от получения информированного согласия и заканчивая оформлением необходимой документации) составляет 18 минут. При этом согласно Типового положения о враче семейной медицины[15] расчетная норма обслуживания для врачей ОП-СМ при приеме в поликлинике составляет 5 пациентов в час, т.е. 12 минут на 1 пациента.

15 Приказ Минздрава Украины от 23.02.2001 № 72 "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини"

Относительно КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА), то в основном реализовывались лишь отдельные компоненты этой услуги: забор крови с оформлением соответствующей документации или направление для прохождения тестирования в другие УЗ, что нарушает комплексность и требуемый стандарт по КиТ на ВИЧ. Доля услуг, связанных с консультированием и тестированием на ВИЧ в основной деятельности медперсонала центров ПМСП составила лишь 1,8% (или 1,4% времени основной деятельности).

При оказании услуг по профилактике туберкулеза среди обслуживаемого населения основная деятельность на уровне ПМСП была направлена на переадресацию пациентов для оказания услуг в другие УЗ или диагностические исследования (рентгенография/ флюорография). 2,4% времени основной деятельности было потрачено медицинским персоналом на оказание перечисленных выше услуг.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточной интеграции оказания ВИЧ-услуг в деятельность разных типов УЗ, особенно учреждений ПМСП.

Таким образом, в целом на оказание ВИЧ-услуг медперсоналом и специалистами разных типов УЗ тратилось от 62% (КД, где оказывался широкий спектр профилактических, лечебных и социально-

психологических услуг) до 15% (центры ПМСП) рабочего времени, затрачиваемого на основную деятельность.

Относительно оказания ВИЧ-услуг смежными УЗ следует отметить высокий удельный вес затрат рабочего времени на их оказание медицинским персоналом НД (61% времени основной деятельности), что сравнимо с аналогичными показателями специализированных УЗ (центры СПИДа и КД). Это обусловлено высокой интенсивностью работы сайтов ЗПТ, функционирующих на базе наркодиспансеров.

2.1. Центры профилактики и борьбы со СПИДом

В центрах оказывался достаточно широкий спектр услуг, который включает: диагностику, лечение и профилактику ВИЧ, вирусных гепатитов, ИППП и других оппортунистических инфекций, услуги в сфере репродуктивного здоровья, в т.ч. для дискордантных пар, антиретровирусную терапию, заместительную поддерживающую терапию, а также социально-психологическую помощь. Наиболее широкий спектр услуг оказывается врачами-инфекционистами и фтизиатрами, более ограниченный (преимущественно услуги по ЗПТ и отдельные услуги по профилактике туберкулеза) – наркологами сайтов ЗПТ.

Установлено, что врач-инфекционист тратил в 1,5 раза больше времени на такие рутинные операции как опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного физикального обследования, заполнение медицинской документации, чем врач-фтизиатр, что связано с делегированием последним части работы по оформлению медицинской документации среднему медицинскому персоналу (табл. 2.7).

Таблица 2.7. Затраты рабочего времени на рутинные операции отдельными категориями медперсонала центров СПИДа, средняя длительность, минут

	Врач-инфекционист (n=152)	**Медсестра, ассистирующая инфекционисту** (n=627)	**Врач-фтизиатр** (n=242)	**Медсестра, ассистирующая фтизиатру** (n=333)
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного физикального обследования, заполнение документации	7,7±0,3	7,6±0,2	4,6±0,2	12,4±0,4

Относительно затрат рабочего времени на отдельные услуги, то врач-инфекционист тратил в среднем 8±1,03 мин. – на консультирование по планированию семьи, 19,1±0,6 мин. тратилось на консультирование по вопросам гепатитов В и С (включая вопросы профилактики, направление на обследование и назначение лечения), 16,9±0,5 мин. – на консультирование по вопросам ИППП (включая вопросы профилактики, направление на обследование и назначение лечения), 13,2±0,4 мин. – на консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и их осложнениям (включая вопросы профилактики, направление на обследование и назначение лечения). При этом затраты времени на назначение лечения почти вдвое превышали затраты на профилактику соответствующих заболеваний, за исключением консультирования по вопросам ИППП (7,4±1,5 мин. против 5,0±0,3 мин.) (табл. 2.8).

Медсестры более активно задействованы в консультировании по вопросам направления на обследования, реже – в консультировании по вопросам профилактики. Вопросы лечения ими, как правило, не затрагиваются.

Таблица 2.8. Затраты рабочего времени на разные виды консультирования врачами-инфекционистами центров СПИДа и медсестрами, которые им ассистируют

Виды консультирования и их составляющие	Затраты рабочего времени			
	Врач-инфекционист		Медсестра инфекциониста	
	Средняя длительность, минут	%	Средняя длительность, минут	%
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	19,1±0,61	100	11,6±0,5	100
Профилактика	5,1±0,43	26,7	4,7±0,33	10,3
Направление на обследование	3,1±0,39	16,2	6,9±0,54	89,7
Назначение лечения	10,9±2,49	57,1	-	0
Консультирование по вопросам ИППП	16,9±0,54	100	12,3±0,53	100
Профилактика	7,4±1,48	43,8	5,6±0,83	44
Направление на обследование	4,5±1,28	26,6	6,7±0,68	56
Назначение лечения	5,0±0,27	29,6	-	0
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям (кроме гепатитов В и С, ИППП)	13,2±0,42	100	13,5±0,62	100
Профилактика	3,4±0,28	25,8	7,3±1,1	22,2
Направление на обследование	3,6±0,43	27,3	6,2±0,74	77,8
Назначение лечения	6,2±0,96	47,0	-	0

Временные затраты врача-инфекциониста на оказание отдельных услуг, связанных с назначением и выдачей АРТ, находятся в пределах 5-7 мин.; максимальное время зафиксировано при выборе и подготовке пациентов к АРТ (7±0,7 мин.), назначении АРТ дискордантным парам (7±1,1 мин.) и для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (7,2±0,7 мин.); минимальное – при выборе схемы для назначения АРТ (4,9±0,6 мин.). Учитывая весомый объем действий, необходимых для полноценного предоставлении услуги АРТ, полученные данные могут свидетельствовать о снижении качества подготовки пациента к АРТ, либо о переадресации ряда вопросов в рамках информирования и консультирования по приверженности медицинским сестрам (табл. 2.9), психологам либо социальным работникам. Тем не менее следует обратить внимание на более четкое соблюдение требований нормативных документов при назначении АРТ и обеспечение понимания пациентом объяснений медперсонала.

При этом следует отметить, что врачом-инфекционистом тратилось в среднем 4,9±0,3мин. на выдачу АРВ-препаратов, что вполне можно было бы делегировать среднему медицинскому работнику, как это происходит в ряде УЗ. Врачом-терапевтом также уделяется больше времени консультированию по вопросам приверженности и выбору схемы АРТ (рис. 9). Поскольку в одном из центров СПИДа, включенных в исследование, не было врачей-инфекционистов, а их функции выполняли терапевты (тогда как во всех остальных центрах, наоборот, не было терапевтов), то полученные данные свидетельствуют об особенностях работы в одном конкретном центре СПИДа по сравнению с остальными.

Таблица 2.9. Затраты времени на оказание услуг по назначению и выдаче АРТ медсестрами центра СПИДа, среднее значение, минут

	М/с инфекциониста	М/с фтизиатра
Консультирование по вопросам АРТ	8,6+/-0,83	2,8+/-0,2
Консультирование по формированию приверженности	5,2+/-0,5	3,4+/-0,2
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	6,9+/-0,61	-
Выдача АРВ-препаратов	7,3+/-0,26	3,8+/-0,3

Рис. 2.4. Затраты времени на оказание услуг по назначению и выдаче АРТ врачами центра СПИДа, среднее значение, минут

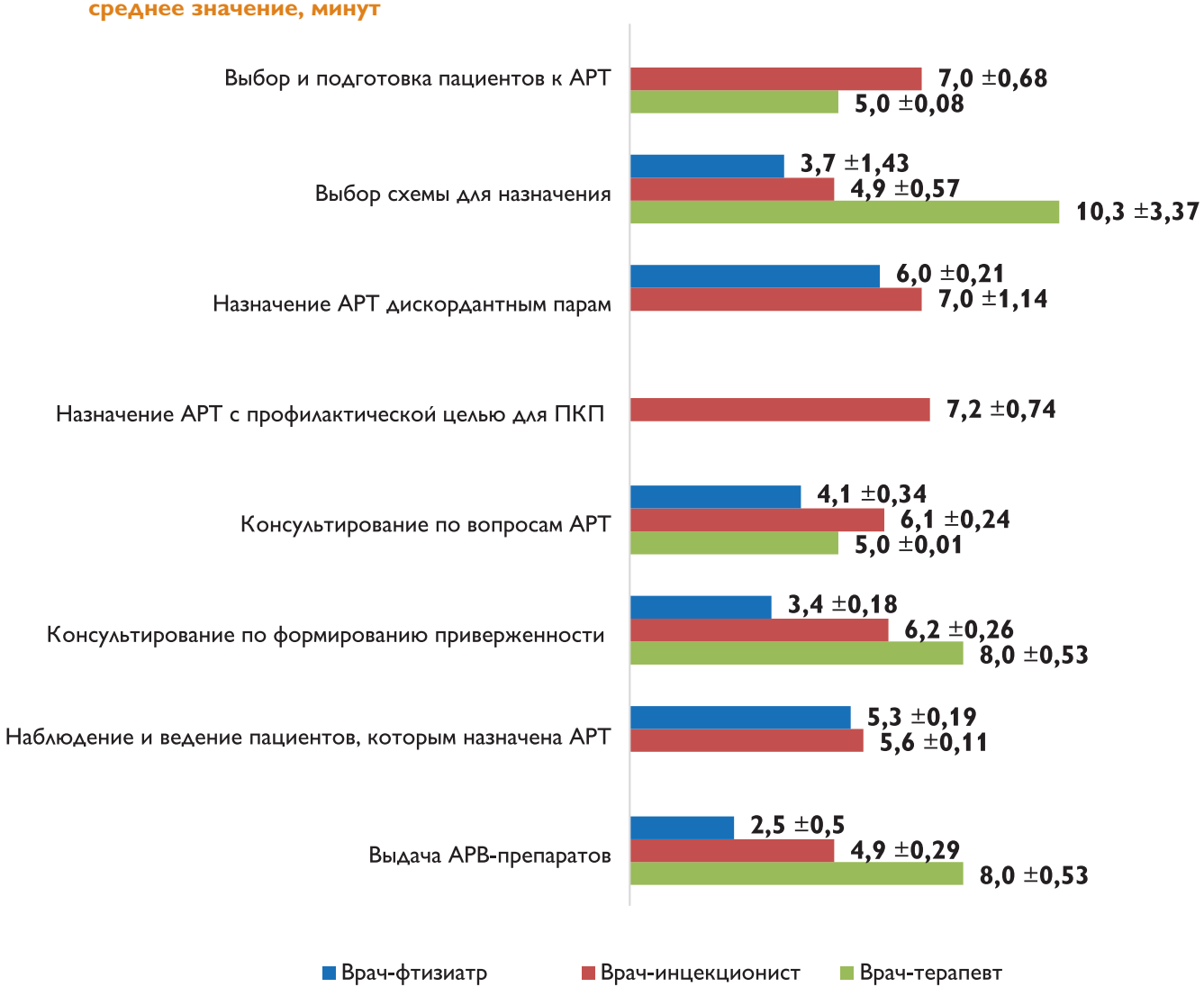
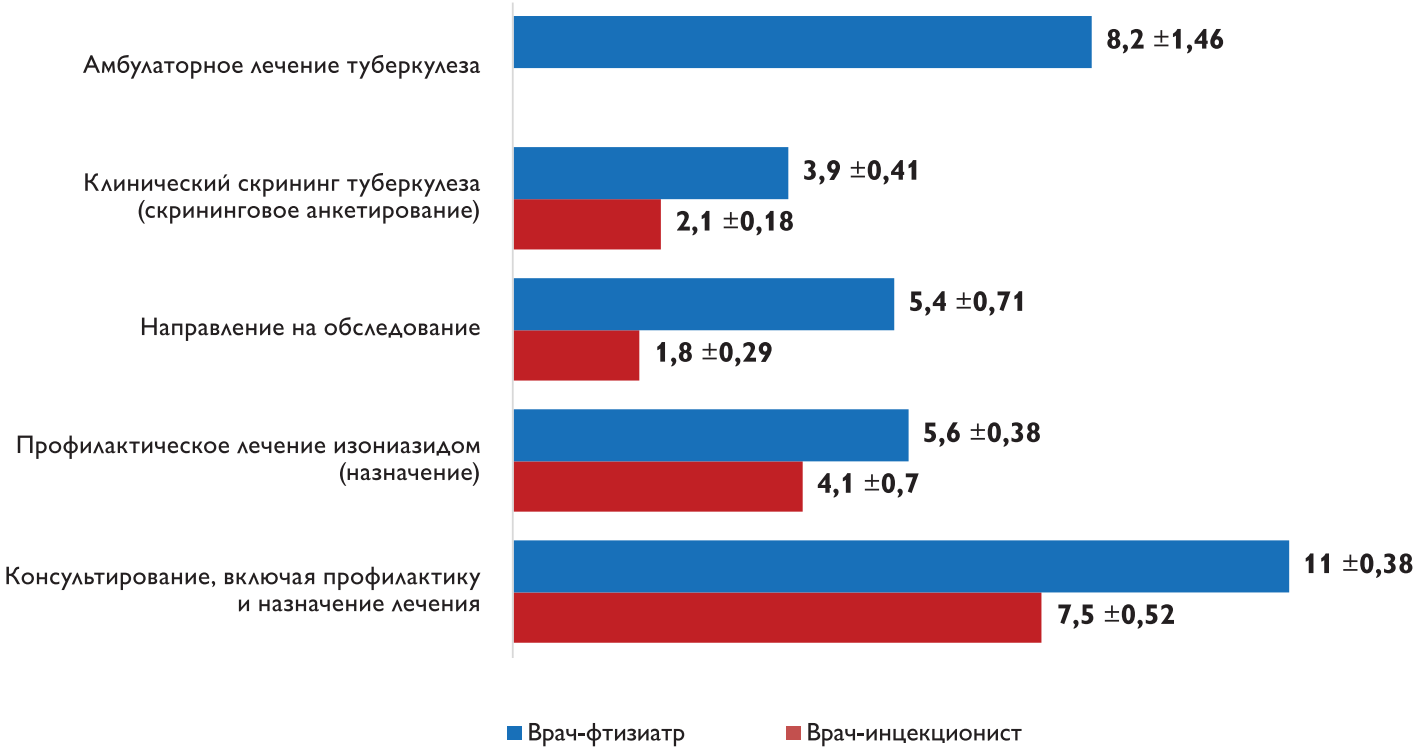


Рис. 2.5. Затраты времени на оказание услуг по профилактике и лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в центре СПИДа, среднее значение, минут



На оказание услуг по профилактике и лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов **врачом-инфекционистом** в среднем затрачивалось:

- на консультирование по вопросам ТБ, включая разъяснение мер профилактики этого заболевания – 7,5±0,5 мин.;
- на профилактическое лечение изониазидом (назначение) – 4,1±0,7 мин.;
- на проведение скринингового анкетирования – 2,1±0,2 мин.;
- на выписку направления на обследование в другие УЗ – 1,8±0,3 мин.

Врачом-фтизиатром на аналогичные услуги тратилось в 1,4-2 раза больше времени по сравнению с инфекционистом (рис. 2.5).

Медсестры из всего перечня услуг, связанных с профилактикой и лечением ТБ у ВИЧ-инфицированных, наиболее активно занимаются направлением на обследования и проведением клинического скрининга на ТБ (табл. 2.10). Медсестры, ассистирующие врачам-фтизиатрам центров СПИДа, также иногда проводят профилактическое лечение изониазидом.

Таблица 2.10. Затраты времени на оказание услуг по профилактике и лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных медсестрами центра СПИДа, среднее значение, минут

	М/с инфекциониста	М/с фтизиатра
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	-	7,7+/-0,8
Направление на обследование	5,2+/-0,8	3,4+/-0,3
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	6,0+/-1,4	6,1+/-0,4

2.2. Кабинеты доверия (КД)

Медперсоналом и специалистами кабинетов доверия также оказывался достаточно широкий спектр ВИЧ-услуг, включая социально-психологическую помощь.

Существенной разницы в затратах рабочего времени на проведение опроса жалоб и сбора анамнеза, первичного физикального обследования, заполнение медицинской документации врачом-инфекционистом и медсестрой, которая ему ассистирует, по сравнению с аналогичным медперсоналом центров профилактики и борьбы со СПИДом не выявлено (табл. 2.11).

На услуги по профилактике и лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных врачом-инфекционистом КД тратилось: на консультирование, включая профилактику и назначение лечения – 10,5±2,5 мин.; профилактическое лечение изониазидом (назначение) – 5,9±1,1 мин.; направление на обследование – 4,7±0,5мин.

При оказании услуг по профилактике туберкулеза время, в основном, тратилось на рутинные процедуры, например, направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости (4,6±1,1мин.), направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру (7,7±1,5 мин.).

Также этим специалистом тратилось в среднем 7,6±0,4мин. на выдачу АРВ-препаратов, что вполне можно было бы делегировать медсестре.

Таблица 2.11. Затраты рабочего времени на рутинные операции отдельными категориями медперсонала кабинетов доверия, средняя длительность, минут

	Врач-инфекционист (n=197)	**Медсестра, ассистирующая инфекционисту** (n=291)
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного физикального обследования, заполнение документации	6,9±0,3	8,7±0,3

Медсестрой, которая ассистирует врачу-инфекционисту, на рутинные процедуры, связанные в т.ч. с заполнением медицинской документации, тратилось в среднем от 5,6±0,3 мин. (назначение анализов/выписка направлений на обследование) до 12,8±1,5 мин. (постановка на диспансерный учет) (табл. 2.12).

Таблица 2.12. Затраты рабочего времени на рутинные операции медсестрами кабинетов доверия, средняя длительность, минут

Проведение повторного осмотра (n=11)	**Назначение анализов/ направление на обследование** (n=124)	**Постановка пациента на диспансерный учет** (n=9)
9,5±1,2	5,6±0,3	12,8±1,5

Обращает на себя внимание, что медсестры кабинетов доверия в некоторых случаях выполняют функции, которые традиционно считаются врачебными (выбор и подготовка пациентов к АРТ, консультирование по вопросам АРТ и т.п.) (рис. 2.6). Согласно результатов ФГД с медработниками, это объясняется тем, что в большинстве КД работает по 1 врачу, соответственно, когда врач в отпуске/на курсах/на больничном и т.п., медсестра вынуждена брать на себя большинство функций врача, чтобы кабинет доверия продолжал функционировать.

Рис. 2.6. Затраты времени медицинской сестрой кабинета доверия на оказание услуг по АРТ, средняя длительность, минут

Кроме того, средним медперсоналом КД тратилось в среднем 15±2,1 мин. на подготовку направлений на обследование при консультировании пациентов по вопросам вирусных гепатитов В и С.

Существенных различий относительно затрат времени на разные составляющие при проведении КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов врачом-инфекционистом и медсестрой, которая ему ассистирует, не выявлено (табл. 2.13).

Таблица 2.13. Затраты рабочего времени на КиТ разными категориями персонала кабинетов доверия, средняя длительность, минут

Составляющие КиТ	Врач	Медсестра	Психолог
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов			
Получение информированного согласия	4,4±,08	4,7±0,5	3,0±0,3
Предтестовое консультирование	5,0±0,7	6,7±1,4	2,8±0,6
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	11,1±1,3	10,8±0,8	2,9±0,3
Послетестовое консультирование	4,7±0,7	4,2±1,2	4,1±1,1
Оформление необходимой медицинской документации	6,0±0,9	5,4±0,6	7,3±2,8
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)			
Получение информированного согласия	5,6±0,4	6,6±1,1	3,2±0,2
Предтестовое консультирование	11,3±1,0	5,4±1,1	3,3±0,5
Забор крови	7,9±1,9	5,3±0,7	-
Организация доставки анализа	5,4±1,8	8,6±1,5	6,5±3,5
Послетестовое консультирование	14,3±2,8	4,5±1,5	3,3±0,5
Оформление необходимой медицинской документации	7,0±0,6	6,4±0,7	7,6±1,0

Что касается проведения КИТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА), зафиксированы отличия в затратах времени врача-инфекциониста и медсестры на проведение предтестового консультирования (табл. 2.13). Случаи проведения послетестового консультирования медсестрой были единичными, что не позволяет считать выводы по этому виду деятельности статистически достоверными. Указанные факты свидетельствуют о необходимости усовершенствования подготовки медсестер КД по вопросам проведения пред- и послетестового консультирования.

Психологом КД по сравнению с другим медперсоналом тратилось меньше времени на предтестовое и послетестовое консультирование и непосредственно тестирование. При этом больше времени тратилось на оформление документации при проведении КиТ с использованием быстрых тестов (табл. 2.13).

Установлено, что психолог тратил в 2-3 раза меньше времени на предтестовое и послетестовое консультирование при проведении КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА), чем врачи-инфекционисты, хотя учитывая их квалификацию, логично было бы разгрузить психологов от вспомогательной работы (например, заполнения документации) и освободить их время для проведения качественного пред- и послетестового консультирования.

Значительными были затраты рабочего времени психолога КД на мероприятия по первичной профилактике (до 60 мин), вторичной профилактике (тренинги по снижению рискованного поведении) и разного рода консультирование, в том числе кризисное и поддерживающее при оглашении положительного ВИЧ-статуса (рис. 2.7). Хотя учитывая незначительное количество наблюдений, указанные выводы нельзя считать статистически достоверными.

Рис. 2.7. Затраты времени психолога кабинета доверия на разные виды консультирования и профилактические мероприятия, средняя длительность, минут

2.3. Противотуберкулезные диспансеры (ПТД)

Медперсоналом **ПТД**, в основном, оказывались такие ВИЧ-услуги, как проведение КиТ на ВИЧ с использованием быстрых и традиционных тестов, консультирование по вопросам ВИЧ, постконтактная профилактика, консультирование по вопросам планирования семьи, а также профилактика вирусных гепатитов В и С, ИППП, других оппортунистических инфекций, услуги, связанные с АРТ, профилактика и лечение туберкулеза, в том числе у ВИЧ-инфицированных. Кроме этого, в единичных случаях **врачами-фтизиатрами** проводилось психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п., затраты времени на которое составили 7,5±2,5 мин. На разработку индивидуального плана выздоровления (что тоже делалось нечасто) тратилось в среднем 9±1,9 мин.

В целом на опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного физикального обследования, заполнение медицинской документации врачом тратилось 8,5±0,2 мин., медсестрой – 9,8±0,3 мин; на проведение повторного осмотра – соответственно 6,1±0,2 мин. и 3,5±0,4 мин.; на назначение анализов/направление на обследование – 3,1±0,1 мин. и 4,2±0,2 мин. Постановка пациента на диспансерный учет занимала у врача 7,8±0,7 мин., а у медсестры –10,1±1,6 мин.

Зафиксировано, что пред- и послетестовым консультированием как при проведении КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов, так и при традиционном тестировании, занимается в основном **врач-фтизиатр. Медсестра, которая ему ассистирует,** занята, в основном, оформлением необходимой медицинской документации, а также проведением непосредственно тестирования быстрыми тестами (табл. 2.14).

Исследование затрат времени персонала ПТД на предоставление услуги КиТ на ВИЧ как с помощью быстрых тестов, так и традиционных тестов (ИФА) свидетельствует, что они не соответствуют стандарту ни по одному из этапов (пред- и послетестовое консультирование, непосредственно тестирование). Время, необходимое для получения результата по образцу крови, не соответствовало рекомендованному согласно инструкции производителя (10-20 минут в зависимости от конкретного производителя тест-систем).

Таблица 2.14. Затраты рабочего времени на КиТ разными категориями персонала ПТД, средняя длительность, минут

Составляющие КиТ	Врач	Медсестра
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов		
Получение информированного согласия	4,2±0,9	-
Предтестовое консультирование	5,3±0,9	-
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	1,7±0,3*	7,6±1,1
Послетестовое консультирование	10,9±2,8	-
Оформление необходимой медицинской документации	2,6±1,1	4,7±0,6
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)		
Получение информированного согласия	2,0±1,1	-
Предтестовое консультирование	3,4±1,1	-
Забор крови	-	-
Организация доставки анализа	3,0±0,6	-
Послетестовое консультирование	5,6±06*	-
Оформление необходимой медицинской документации	-	9,2±1,7
Направление для прохождения тестирования в другие учреждения здравоохранения	3,6±1,4	-

*Из-за малого количества наблюдений полученные данные нельзя считать достоверными

Врачом-фтизиатром проводилось консультирование по вопросам АРТ (4,9±0,7 мин.), наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ (4,8±0,8 мин.).

В ПТД оказывался практически весь спектр услуг по профилактике и лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных: в среднем на одну услугу врачами тратилось от 3 до 6 мин, медсестрами – от 4 до 15 мин (табл. 2.15).

Следует подчеркнуть очевидное: основной вектор деятельности ПТД был направлен на оказание услуг по профилактике и лечению туберкулеза (среди общего населения), что соответствует специализации этого типа УЗ. При этом врачом на одну услугу тратилось в среднем 3-4 мин., за исключением проведения ДОТ-лечения (6±1,2 мин.), а медсестрой – от 3 до 15 мин. Самые затратные с точки зрения рабочего времени медсестры услуги: сбор мокроты для отправки в лабораторию (9,6±1,1мин.), проведение ДОТ лечения (7,4±0,5 мин.),отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции (5,4±0,4 мин.). Непосредственно на профилактику туберкулеза врачом тратилось в среднем до 5 мин. (табл. 2.16). Обращает на себя внимание отсутствие примеров проведения клинического скрининга на туберкулез медсестрой, что могло бы уменьшить нагрузку на врача при минимально необходимом уровне подготовки среднего медперсонала.

Таблица 2.15. Затраты рабочего времени на профилактику и лечение ТБ у ЛЖВ разными категориями персонала ПТД, средняя длительность, минут

	Врач-фтизиатр	Медсестра
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	6,3±0,5	9,2±2,2
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	1,4±0,9	-
Направление на обследование	3,1±0,3	4,5±0,3
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	5,9±0,4	
Амбулаторное лечение туберкулеза	5,4±0,8	14,8±3,4

Таблица 2.16. Затраты рабочего времени на профилактику и лечение ТБ среди общего населения разными категориями персонала ПТД, средняя длительность, минут

	Врач-фтизиатр	Медсестра
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	3,1±0,5	-
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	1,8±0,2	7,4±1,5
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	2,1±0,1	5,0±0,6
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	2,1±0,1	5,0±0,6
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня (пункт микроскопии мокроты) для исследования на КУБ методом микроскопии мазка (при наличии кашля).	2,1±0,3	9,6±1,1
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	6,0±1,2	7,4±0,6
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	3,9±0,3	5,4±0,5
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции	4,1±0,4	12,4±3,3
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	3,8±0,3	-

Если вынести за скобки объем услуг, касающихся непосредственно профильного заболевания пациентов ПТД и высчитать объем трудозатрат на оказание услуг по профилактике и лечению ТБ среди ЛЖВ, а также на предоставление ЗПТ, АРТ и КиТ, то доля ВИЧ-услуг составляет около 24% в общей структуре деятельности противотуберкулезных диспансеров, участвовавших в данном исследовании, в частности КиТ и консультирование по вопросам ВИЧ составляют около 3% услуг.

2.4. Кожно-венерологические диспансеры (КВД)

Медперсоналом КВД оказывались преимущественно услуги по предоставлению КиТ, консультированию по вопросам вирусных гепатитов В и С, ИППП, другим оппортунистическим инфекциям, постконтактной профилактике ВИЧ, проведению скринингового анкетирования на туберкулез.

На рутинную работу, связанную с опросом жалоб и сбором анамнеза, проведение первичного физикального обследования, заполнение медицинской документации сотрудниками тратилось в среднем до 10 мин., выписку назначений/направлений – до 6 мин. (табл. 2.17).

Таблица 2.17. Затраты рабочего времени на рутинные операции медперсоналом КВД, средняя длительность, минут

	Врач-дерматовенеролог	Медсестра, ассистирующая врачу-дерматовенерологу
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного физикального обследования, заполнение медицинской документации	7,9±0,1	10,2±0,24
Проведение повторного осмотра	6,2±0,21	6,7±0,8
Назначение анализов /направление на обследование	2,8±0,1	5,7±0,4
Постановка пациента на диспансерный учет	4,6±0,6	6,5±1,0

Установлено, что так же как в ПТД, консультирование по вопросам ВИЧ проводил исключительно врач. В то же время при проведении КиТ врач тратил гораздо меньше времени, чем медсестра как на консультирование, так и на само тестирование (длительность последнего занижена по сравнению с необходимой по стандарту). Обращает на себя внимание тот факт, что оформлением документации по КиТ с использованием быстрых тестов в КВД чаще занимался врач, хотя в других УЗ эта функция преимущественно делегирована медсестре.

Обращает на себя внимание, что медсестра, ассистирующая врачу-дерматовенерологу, уделяла больше времени консультированию и тестированию, чем врач (табл. 2.18).

Таблица 2.18. Затраты рабочего времени на КиТ разными категориями персонала КВД, средняя длительность, минут

Составляющие КиТ	Врач-дерматовенеролог	Медсестра
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов		
Получение информированного согласия	3,1±0,2	12,3±2,3
Предтестовое консультирование	3,9±0,3	10,9±2,3
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	6,4±0,6	10,3±1,2
Послетестовое консультирование	3,8±1,2	-

Составляющие КиТ	Врач-дерматовенеролог	Медсестра
Оформление необходимой медицинской документации	3,0±0,2	4,4±0,3
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)		
Получение информированного согласия	2,5±0,3	9,0±1,0*
Предтестовое консультирование	3,0±0,6	5,0±0,0*
Забор крови		13,3±2,0
Послетестовое консультирование	4,0±0,0*	7,5±2,5*
Оформление необходимой медицинской документации	6,0±0,0*	6,6±1,1

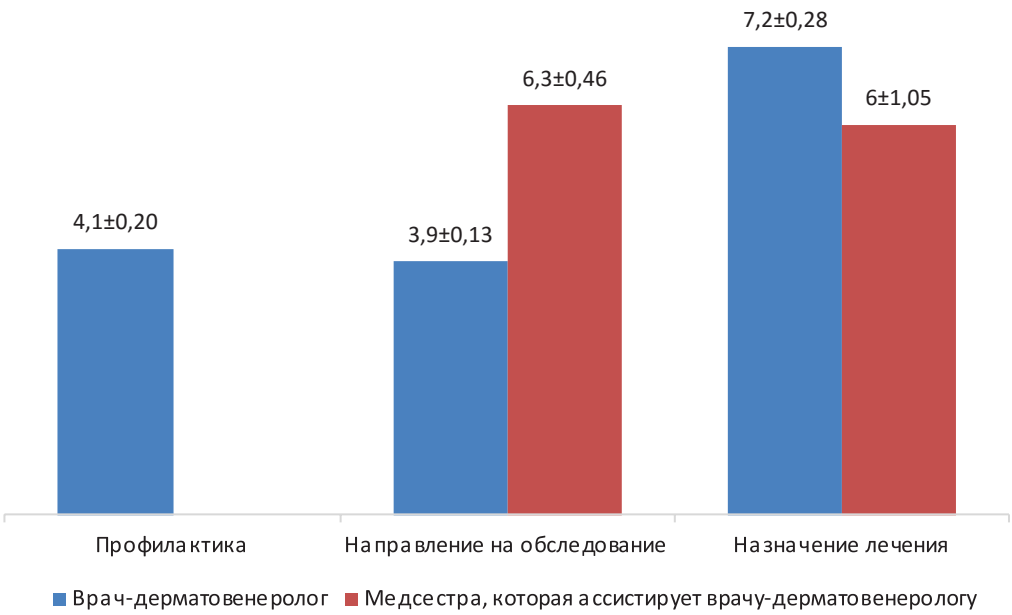
* Из-за малого количества наблюдений полученные данные нельзя считать достоверными

Врачом-дерматовенерологом оказывался весь спектр услуг по консультированию относительно профилактики и лечения ИППП. Например, на назначение лечения врачом тратилось 7,2±0,3 мин., профилактику – 4,1±0,2 мин. В среднем 5 мин. уходило на направление на обследование (рис. 2.8).

Также врачом оказывались единичные услуги по профилактике туберкулеза, в основном это касалось скринингового анкетирования, на которое тратилось 2,9±0,3мин.

Если вычленить услуги, непосредственно касающиеся ВИЧ (консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, а также КиТ на ВИЧ), из общего объема трудозатрат КВД, то доля ВИЧ-услуг составит около 12%.

Рис. 2.8. Затраты времени персоналом КВД на разные виды консультирования по вопросам ИППП, средняя длительность, минут



2.5. Наркологические диспансеры (НД)

По данному типу УЗ оценивались затраты рабочего времени медперсонала сайтов ЗПТ, а также врачей-наркологов и ассистирующих им медсестер, которые ведут основной прием в НД.

Медперсоналом сайтов ЗПТ оказывался полный спектр услуг по ЗПТ и КиТ на ВИЧ, а также единичные услуги по профилактике туберкулеза (в частности, выписка направлений на рентгенографию/флюорографию (1,5±0,2мин.), консультирование по формированию приверженности к АРТ (2,8±0,3 мин.).

Врач-нарколог НД также оказывал услуги по ЗПТ, КиТ на ВИЧ с использованием быстрых и традиционных тестов, проводил консультирование по вопросам АРТ, а также по решению социально-психологических проблем пациентов и членов их семей.

Врач-нарколог сайта ЗПТ на отдельные элементы КиТ на ВИЧ тратил от 5 до 19 мин., медсестра сайта ЗПТ практически не занимается его проведением; врач-нарколог НД — от 3 до 8 мин., медсестра НД – от 5 до 13 мин (табл. 2.19).

Персоналом сайтов ЗПТ КиТ на ВИЧ проводилось только с использованием быстрых тестов. Тогда как врачами и медсестрами, ведущими основной прием в НД, проводится как традиционное, так и «быстрое» тестирование на ВИЧ. При этом следует отметить, что оказание отдельных составляющих КиТ (проведение тестирования быстрыми тестами, забор крови для ИФА и организация доставки анализа) четко разграничено между врачами и медсестрами.

В целом КиТ и консультирование по вопросам ВИЧ составляет около 5% услуг сотрудников НД (включая персонал сайтов ЗПТ).

Таблица 2.19. Затраты рабочего времени на КиТ разными категориями персонала НД, средняя длительность, минут

Составляющие КиТ на ВИЧ	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог НД	Медсестра, которая ассистирует врачу-наркологу НД
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов			
Получение информированного согласия	5,3±0,3	3,9±0,3	5,1±0,5
Предтестовое консультирование	18,8±0,5	7,8±1,4	5,2±1,8
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	-	-	13,5±0,8
Послетестовое консультирование	-	4,1±0,3	5,1±0,9
Оформление необходимой документации	6,0±0,6	3,0±0,3	4,9±0,4
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)			
Получение информированного согласия	-	3,7±,06	2,8±0,6
Предтестовое консультирование	-	6,3±0,7	7, 9±1,7
Забор крови	-	-	3,2±0,9
Послетестовое консультирование	-	-	9,3±1,7
Оформление необходимой документации	-	5,2±0,4	8,9±1,4
Направление для прохождения тестирования в другие УЗ		3,4±0,5	4,4±0,8

На предоставление отдельных услуг по ЗПТ в среднем тратилось от 1 до 8 мин. При этом разные составляющие ЗПТ четко распределены между врачами и медсестрами сайтов ЗПТ (табл. 2.20).

Таблица 2.20. Затраты рабочего времени на ЗПТ разными категориями персонала сайтов ЗПТ (при НД), средняя длительность, минут

	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Медсестра сайта ЗПТ
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	2,8±0,1	1,4±0,4
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	3,2±0,3	1,0±0,0
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	1,2±0,1	-
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	3,9±0,4	-
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или возможности приема препарата, полученного по рецепту	8,2±0,7	-
Контроль состояния пациента	1,3±0,3	6,0±1,5
Направление в другие профильные УЗ	2,5±0,3	-
Направление на обследования	1,9±0,3	-
Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	2,5±0,1	1,4±0,9
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	2,9±0,3	1,9±0,0

2.6. Центры ПМСП

Врачи учреждений ПМСП (врач ОП-СМ, терапевт) оказывали следующие ВИЧ-услуги: консультирование по вопросам ВИЧ, вирусных гепатитов В и С, ИППП (в основном это касалось профилактики и перенаправления к другим специалистам или на обследование), профилактика туберкулеза, а также услуги по ЗПТ. Услуга КиТ на первичном уровне еще не внедрена повсеместно. Лишь немногие медработники осуществляли отдельные технологические этапы этой услуги: забор крови (2,6±0,4 мин.), направление для прохождения тестирования в другие УЗ (8,0±2,8 мин.), предтестовое консультирование (5,3±0,5мин.). Полученные данные свидетельствуют о незначительной роли медицинских работников первичного звена в оказании ВИЧ-услуг. Так, доля КиТ и консультирования по вопросам ВИЧ составляет чуть более 1% от всех услуг, предоставляемых пациентам в ЦПМСП.

Более заметной является роль ЦПМСП в профилактике ТБ среди населения (табл. 2.21).

Таблица 2.21. Затраты рабочего времени на профилактику ТБ разными категориями персонала ЦПМСП, средняя длительность, минут

	Врач ОП-СМ	Врач-терапевт	Медсестра ОП-СМ	Медсестра, ассистирующая терапевту
Направление на рентгенографию/ флюорографию органов грудной полости	2,1±0,2	1,3±0,1	1,1±0,8	2,6±0,2
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	5,0±1,2	-	-	-

	Врач ОП-СМ	Врач-терапевт	Медсестра ОП-СМ	Медсестра, ассистирующая терапевту
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	4,1±0,3	-	-	-
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	3,4±0,2	-	-	-

На базе двух ЦПМСП, включенных в исследование, функционируют сайты ЗПТ, однако на этих сайтах проводилось наблюдение только за работой медсестры (врачи заняты частично). Установлено, что затраты рабочего времени медсестры сайта составили: на консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ, – 3,0±0,4 мин., контроль состояния пациента – 3,2±0,5 мин. На выдачу и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ тратилось в среднем 3,7±0,2 мин.

Таким образом, преимущественно комплексно ВИЧ-услуги оказываются в специализированных УЗ. На уровне первичного звена достаточно активно реализуются услуги по профилактике и выявлению ТБ среди общего населения. Остальные ВИЧ-услуги, включая консультирование по вопросам ВИЧ, вирусных гепатитов В и С, а также ИППП оказываются нечасто. Также в ЦПМСП реализуются отдельные технологические элементы КиТ на ВИЧ. На базе некоторых центров функционируют сайты ЗПТ. Случаев предоставления услуг ЗПТ (хотя бы консультирования по вопросам ЗПТ либо предоставления рецептурной формы) вне этих сайтов в ходе исследования зафиксировано не было.

3. Региональный анализ затрат рабочего времени на предоставление ВИЧ-услуг

Результаты регионального анализа свидетельствуют о наличии значительных различий по доле основной деятельности в общей структуре рабочего времени между регионами. Этот показатель варьирует от 99% до 37%. При этом прослеживается значительный разброс по доле основной деятельности в структуре рабочего времени одних и тех же специалистов одного и того же типа УЗ, представляющих разные регионы. Также отличается доля основной деятельности в структуре рабочего времени специалистов, представляющих один и тот же регион (табл. 3.1). Очевидно, указанные различия обусловлены спецификой каждого конкретного УЗ, включая интенсивность потока пациентов и особенности организации работы в УЗ. Например, на некоторых сайтах ЗПТ работает по 2 медсестры, одна из которых занимается непосредственно обслуживанием пациентов (выдача и контроль приема препарата и т.п.), а вторая – заполнением необходимой документации. В некоторых КВД одна медсестра одновременно ассистирует двум врачам-дерматовенерологам, а в Одесском КВД – даже трем.

Таблица 3.1. Доля основной деятельности в структуре рабочего времени сотрудников по специальностям, типам УЗ и регионам, % времени

Тип УЗ	Должность	Основная деятельность													
		г. Киев		Днепропетровская область		Полтавская область		Черкасская область		Одесская область		Николаевская область		Херсонская область	
		Т*	%	Т	%	Т	%	Т	%	Т	%	Т	%	Т	%
Центр СПИДа	Врач-инфекционист	1404	91,4	4407	89,7	1338	74,4	1529	77,3	1705	74,4	1727	91,5	—	—
	Врач-нарколог (сайта ЗПТ)	—	—	1108	93,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Врач-фтизиатр	1387	92,2	—	—	1375	76,4	—	—	1970	93,0	1445	86,6	1521	88,3
	Врач-терапевт	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1780	91
	Медсестра, которая ассистирует врачу-инфекционисту	979	77	3388	77,8	1622	70,0	1051	37,4	1763	65,1	1547	84,9	1505	82,2
	Медсестра сайта ЗПТ	—	—	1062	94,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Медсестра, которая ассистирует врачу-фтизиатру	1261	84,6	—	—	1423	67,7	—	—	1991	93,1	—	—	1565	63,4
	Психолог	—	—	753	74,1	1352	68,7	1490	65,6	—	—	2131	89,2	2132	94,8
	Соцработник	—	—	—	—	1183	56,3	—	—	—	—	—	—	—	—
	Итого	**5031**	**85,6**	**10718**	**87,8**	**8293**	**70**	**4070**	**62,9**	**7429**	**76,6**	**6850**	**88,3**	**8503**	**86,1**
ПТД	Врач-фтизиатр	1284	93,2	2580	77,1	1332	63,1	1181	66,1	3721	67,1	1188	90,0	609	77,7
	Медсестра, которая ассистирует врачу-фтизиатру	1207	88,1	2354	65,2	1156	55,2	925	46,8	3975	58,3	—	—	411	64,7
	Медсестра участковая	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	779	70,5	—	—
	Итого	**2491**	**91,6**	**4934**	**71,4**	**2488**	**59,1**	**2106**	**58,1**	**7696**	**63,1**	**1967**	**81,6**	**1020**	**72,4**
КВД	Врач-дерматовенеролог	1811	96,2	2452	79,4	1238	97,4	4212	—	3039	90,9	2019	93,8	1732	64,4
	Медсестра, которая ассистирует врачу-дерматовенерологу	1691	84,4	1833	55,1	1278	80,9	3017	94,9	1503	84,3	1276	46,4	1406	53,0
	Медсестра участковая	—	—	—	—	—	—	—	—	1197	52,9	—	—	—	—
	Итого	**3502**	**92,9**	**4285**	**69,4**	**2516**	**90,4**	**7229**	**94,9**	**5739**	**84,9**	**3295**	**73,8**	**3138**	**58,6**

Тип УЗ	Должность	Основная деятельность													
		г. Киев		Днепропетровская область		Полтавская область		Черкасская область		Одесская область		Николаевская область		Херсонская область	
		Т*	%	Т	%	Т	%	Т	%	Т	%	Т	%	Т	%
НД	Врач-нарколог (сайт ЗПТ)	666	73,2	3683	98,1	—	—	1329	95,7	—	—	2415	96,8	—	—
	Врач-нарколог	1556	85,5	943	60,9	1419	52,4	1675	82,7	1273	88,2	1375	90,2	1311	65,5
	Медсестра сайта ЗПТ	1308	94,7	3578	97,1	—	—	1281	96,9	—	—	1901	94,8	—	—
	Медсестра, которая ассистирует врачу-наркологу	1577	96,5	812	42,0	—	—	1609	75,9	1302	80,5	1684	83,6	1485	52,5
	Итого	**5107**	**93,4**	**9016**	**92,0**	**1419**	**52,4**	**5894**	**93,9**	**2575**	**84,5**	**7375**	**94,1**	**2796**	**59,7**
ЦПМСП	Врач общей практики - семейный врач	—	—	1981	76,4	745	70,7	1739	64,9	701	93,0	1105	82,2	1162	93,5
	Врач-терапевт	631	66,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	810	76,6
	Медсестра сайта ЗПТ	—	—	—	—	805	97,8	—	—	—	—	—	—	—	—
	Медсестра общей практики - семейной медицины	455	52,4	316	47,9	544	59,8	1586	59,5	487	75,3	—	—	1169	95,3
	Медсестра участковая	—	—	995	70,2	—	—	—	—	—	—	—	—	181	45,7
	Итого	**1086**	**59,6**	**3292**	**67,7**	**2094**	**82**	**3325**	**62,4**	**1188**	**86,3**	**1105**	**82,2**	**3322**	**84,9**
Кабинет доверия	Врач-инфекционист	—	—	2098	86,5	—	—	1689	84,1	1377	88,8	1871	93,0	1270	99,1
	Медсестра, которая ассистирует врачу-инфекционисту	—	—	2721	74,2	—	—	1810	59,5	1366	81,2	1922	92,7	641	48,5
	Психолог	1408	79,4	—	—	—	—	809	75,6	—	—	—	—	—	—
	Итого	**1408**	**79,4**	**4819**	**78,5**	**—**	**—**	**4308**	**70,5**	**2743**	**85,3**	**3793**	**92,8**	**1911**	**74,8**

Тип УЗ	Должность	Основная деятельность													
		г. Киев		Днепропетровская область		Полтавская область		Черкасская область		Одесская область		Николаевская область		Херсонская область	
		Т*	%	Т	%	Т	%	Т	%	Т	%	Т	%	Т	%
Другое	Врач-дерматовенеролог	—	—	—	—	—	—	1283	43,9	—	—	—	—	—	—
	Врач-нарколог (сайта ЗПТ)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1109	97,0	779	86,9
	Врач-нарколог	—	—	—	—	—	—	1203	68,1	1191	84,8	—	—	—	—
	Врач-фтизиатр	—	—	—	—	—	—	—	—	1387	93,4	—	—	—	—
	Врач общей практики – семейный врач	—	—	—	—	—	—	—	—	908	95,7	940	82,5	—	—
	Медсестра, которая ассистирует врачу-дерматовенерологу	—	—	—	—	—	—	1082	37,4	—	—	—	—	—	—
	Медсестра сайта ЗПТ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1144	97,2	675	83,6
	Медсестра, которая ассистирует врачу-наркологу	—	—	—	—	—	—	1408	47	1087	80,9	—	—	—	—
	Медсестра, которая ассистирует врачу-фтизиатру	—	—	—	—	—	—	—	—	1213	88,2	—	—	—	—
	Медсестра общей практики - семейной медицины	—	—	—	—	—	—	—	—	874	92,5	700	76,3	—	—
	Итого	**—**	**—**	**—**	**—**	**—**	**—**	**4976**	**50,6**	**6660**	**89,2**	**3893**	**92,1**	**1454**	**85,1**

* Временные затраты на основную деятельность, минут

Чтобы определить особенности каждого УЗ в плане структуры рабочего времени и выявить возможные резервы для повышения эффективности работы медперсонала, был проведен анализ структуры рабочего времени по каждому УЗ. Выявленные резервы для повышения эффективности работы медперсонала (увеличения доли основной деятельности в структуре рабочего времени) представлены в табл. 3.2.

Недостаток этого вида анализа заключается в том, что выводы фактически делаются по результатам наблюдения за 1-2 специалистами одного профиля. Однако учитывая значительную длительность наблюдения (по 5 рабочих дней за каждым специалистом) и количество предоставленных за это время услуг, такой анализ является допустимым со статистической точки зрения.

В качестве резервов мы выделили случаи, когда затраты на те или иные виды деятельности превышали 10%, что соответствует примерно 0,5 часа времени (24 минуты при длительности приема 4 часа и 36 минут – при длительности 6 часов). Такого количества времени достаточно для проведения, например, качественного консультирования и тестирования быстрыми тестами на ВИЧ одного пациента.

В целом только у сотрудников Черкасского центра ПМСП выявлены резервы свободного времени в виде окон между входом/выходом пациента (11% у врача и 14% у медсестры). В этом случае можно говорить об усовершенствовании организации потока пациентов.

В остальных УЗ доля незанятого времени (включая «окна») у сотрудников незначительная, однако существует возможность повышения эффективности деятельности за счет снижения доли времени, затрачиваемого на вспомогательную деятельность и работу с документацией. Например, доля вспомогательной деятельности в некоторых случаях достигает 30%, а доля «бумажной» работы – 65%. При чем это касается не только среднего медперсонала, но и в некоторых случаях – врачей.

С этой целью имеет смысл провести дальнейшее изучение особенностей организации работы в разных УЗ, чтобы выяснить, почему доля временных затрат на эти виды деятельности различается в несколько (иногда до 10) раз. Особенно интересны для дальнейшего изучения и перспективны с точки зрения повышения эффективности деятельности случаи, где высокими являются затраты на вспомогательную деятельность или работу с документацией и у врача, и у медсестры.

Таблица 3.2. Резервы для повышения эффективности работы сотрудников в отдельно взятых УЗ

УЗ	Должность	Резерв времени
Вспомогательная деятельность		
Центр ПМСП (г. Днепр)	Медсестра ОП-СМ	30%
КВД (г. Николаев)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	24%
КВД (г. Херсон)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	20%
Центр СПИДа (г. Киев)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	20%
ПТД (г. Кривой Рог)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	19%
КВД (г. Кривой Рог)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	19%
НД (г. Кривой Рог)	Медсестра, которая ассистирует наркологу	17%
ПТД (г. Николаев)	Медсестра участковая	17%
ПТД (г. Одесса)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	17%
	Врач-фтизиатр	14%
ПТД (г. Полтава)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	16%
	Врач-фтизиатр	10%
НД (г.Киев)	Медсестра сайта ЗПТ	16%
НД (г. Киев)	Медсестра, которая ассистирует наркологу	16%
	Врач-нарколог	11%
ЦРБ (г. Олешки)	Медсестра сайта ЗПТ	15%
Центр ПМСП (г. Киев)	Медсестра ОП-СМ	14%
КВД (г. Одесса)	Медсестра участковая	13%
ПТД (г. Киев)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	13%
	Врач-фтизиатр	10%
Центр ПМСП (г. Кременчуг)	Медсестра ОП-СМ	12%
ПТД (г.Черкассы)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	12%
Кабинет доверия (г. Канев)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	12%
ЦРБ (г. Канев)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	12%
Кабинет доверия (г. Днепр)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	10%
КВД (г. Белгород-Днестровский)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	10%
Городская больница (г. Белгород-Днестровский)	Врач ОП-СМ	10%
Центр СПИДа (г. Киев)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	10%
Работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью		
Центр ПМСП (г. Херсон)	Медсестра участковая	65%
Кабинет доверия (г. Херсон)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	47%
Центр ПМСП (г. Канев)	Медсестра ОП-СМ	44%
	Врач ОП-СМ	26%
КВД (г. Кривой Рог)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	43%
	Врач-дерматовенеролог	16%

УЗ	Должность	Резерв времени
Центр СПИДа (г. Киев)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	41%
ПТД (г. Херсон)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	38%
	Врач-фтизиатр	24%
Центр ПМСП (г. Днепр)	Медсестра ОП-СМ	35%
	Врач ОП-СМ	15%
Центр СПИДа (г. Днепр)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	34%
	Врач-инфекционист	10%
Многопрофильная больница (г. Первомайск)	Медсестра сайта ЗПТ	34%
ПТД (г. Белгород-Днестровский)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	34%
	Врач-фтизиатр	23%
Кабинет доверия (г. Белгород-Днестровский)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	33%
	Врач-инфекционист	31%
НД (г. Кривой Рог)	Медсестра, которая ассистирует наркологу	32%
Центр ПМСП (г. Одесса)	Медсестра ОП-СМ	32%
	Врач ОП-СМ	20%
НД (г. Черкассы)	Медсестра сайта ЗПТ	31%
	Врач-нарколог (сайта ЗПТ)	27%
Центр ПМСП (г. Киев)	Медсестра ОП-СМ	31%
	Врач-терапевт	19%
Кабинет доверия (г. Днепр)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	30%
Центр СПИДа (г. Кривой Рог)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	30%

УЗ	Должность	Резерв времени
Центр ПМСП (г. Первомайск)	Медсестра ОП-СМ	26%
ПТД (г. Черкассы)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	26%
	Врач-фтизиатр	14%
КВД (г. Белгород-Днестровский)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	25%
Центр ПМСП (г. Кременчуг)	Медсестра ОП-СМ	25%
	Врач ОП-СМ	15%
КВД (г. Днепр)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	23%
	Врач-дерматовенеролог	20%
Многопрофильная больница (г. Белгород-Днестровский)	Медсестра, которая ассистирует наркологу	23%
НД (г. Черкассы)	Медсестра, которая ассистирует наркологу	23%
	Врач-нарколог	14%
ПТД (г. Николаев)	Медсестра участковая	22%
КВД (г. Одесса)	Медсестра участковая	21%
	Врач-дерматовенеролог	19%
Центр СПИДа (г. Киев)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	20%
Центр СПИДа (г. Херсон)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	19%
	Врач-фтизиатр	15%
ПТД (г. Кривой Рог)	Врач-фтизиатр	18%
	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	14%
Центр СПИДа (г. Николаев)	Врач-фтизиатр	18%

УЗ	Должность	Резерв времени
Центр СПИДа (г. Полтава)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	18%
	Врач-фтизиатр	12%
Центр СПИДа (г. Киев)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	18%
	Врач-фтизиатр	10%
КВД (г. Николаев)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	17%
Центр ПМСП (г. Николаев)	Врач ОП-СМ	17%
Центр СПИДа (г. Днепр)	Медсестра сайта ЗПТ	16%
	Врач-нарколог (сайта ЗПТ)	12%
ПТД (г. Полтава)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	16%
	Врач-фтизиатр	15%
Центр СПИДа (г. Черкассы)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	16%
Центр СПИДа (г. Николаев)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	15%
Многопрофильная больница (г. Белгород-Днестровский)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	15%
Центр СПИДа (г. Полтава)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	15%
Центр ПМСП (г. Кривой Рог)	Медсестра участковая	14%
Многопрофильная больница (г. Первомайск)	Медсестра, которая ассистирует наркологу	14%
Центр психического здоровья (г. Одесса)	Медсестра, которая ассистирует наркологу	14%
Кабинет доверия (г. Канев)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	14%
ПТД (г. Одесса)	Врач-фтизиатр	13%
Центр СПИДа (г. Херсон)	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	13%
Кабинет доверия (г. Черкассы)	Врач-инфекционист	13%
	Медсестра, которая ассистирует инфекционисту	13%
КВД (г. Полтава)	Медсестра, которая ассистирует дерматовенерологу	12%
ПТД (г. Днепр)	Медсестра, которая ассистирует фтизиатру	10%
Центр СПИДа (г. Одесса)	Врач-инфекционист	10%

«Окна» между входом/уходом пациента

Центр ПМСП (г. Черкассы)	Медсестра ОП-СМ	14%
	Врач ОП-СМ	11%

4. Дифференциация и анализ популярных ВИЧ-услуг по затратам рабочего времени на их предоставление, структуре затрат

4.1. Консультирование и тестирование на ВИЧ

На предоставление КиТ с использованием быстрых тестов тратилось 39,9±0,6 мин.; максимальные затраты рабочего времени приходились на предтестовое консультирование (7,1±0,1 или 22,7% в структуре затрат времени на услугу в целом) и само тестирование (9,5±0,1 или 20,3%), минимальные – на получение информированного согласия (4,3±0,1 мин. или 10,3%). Установлено, что медперсоналом центров СПИДа в среднем тратилось на эту услугу 43,3±0,8 мин., в КД – 37,7 ±0,6 мин.; минимальные затраты зафиксированы в центрах ПМСП – 17,9±0,02 мин, в других УЗ – в среднем до 30 мин (ПТД – 31,5±0,6 мин., НД – 38,3±0,6 мин., КВД – 24,9±0,6 мин., других УЗ – 19,5± 0,3 мин.).

Обращают на себя внимание слишком низкие затраты рабочего времени на уровне первичного звена на оказание одной услуги по КиТ на ВИЧ. Особую озабоченность вызывает слишком быстрое получение результата медработниками по средним замерам хронометражных наблюдений. Рекомендуемая длительность ожидания результата зависит от вида тест-системы, чувствительности и специфичности, а также от производителя. В Украине в большинстве случаев используются тест-системы, рассчитанные на длительность получения результата от 10 до 20 минут. Однако средняя длительность процесса тестирования в ЦПМСП составляет 2,3 минуты. Эти же опасения распространяются и на консультирование – как предтестовое, так и послетестовое (табл. 4.1). Контроль качества ВИЧ-услуг не является предметом данного исследования, но в то же время может послужить в дальнейшем материалом для обоснования улучшения системы качества услуги КиТ, подготовки и повышения квалификации кадров.

Таблица 4.1. Продолжительность составляющих КиТс использованием быстрых тестов на ВИЧ, среднее значение, минут

Составляющие КиТ	Все УЗ	Центры СПИДа	КД	ПТД	КВД	НД	ЦПМСП
Получение информированного согласия	4,3	4,6	4,3	4,2	4,2	4,6	2,7
Предтестовое консультирование	7,1	11,0	4,9	5,3	4,8	10,9	3,8
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	9,5	13,0	9,4	6,8	8,5	13,5	2,3
Повторное тестирование (при необходимости)	8,5	13,0*	8,9	6,0*	-	-	-
Послетестовое консультирование	5,9	10,8	4,3	10,9	3,8	4,4	2,8
Оформление медицинской документации	4,6	3,9	5,9	4,3	3,6	4,9	6,3

* Из-за малого количества наблюдений полученные данные нельзя считать достоверными

По результатам данного исследования, как врачи, так и средний медицинский персонал были задействованы (в разной степени) на всех этапах проведения КиТ. Это позволяет в условиях перераспределения функциональных обязанностей использовать опыт уже имеющихся удачных моделей работы.

Данные о длительности пред- и послетестового консультирования при предоставлении КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА) также дают основания для опасений относительно качества предоставления данной услуги. Хотя в общей сложности на нее в среднем тратилось 47,9 мин., обращает на себя внимание неоправданно длительная процедура получения информированного согласия и широкий разброс по разным регионам и типам УЗ. Так, на предтестовое консультирование персоналом тратилось от 3,0 мин в КВД до 9,0 в центрах СПИДа, послетестовое – в пределах 3,0 мин в ПТД до 9,4 мин в НД. На оформление документации тратилось от 6 до 8 мин, получение информированного согласия – более 4.4 мин (табл. 4.2).

Таблица 4.2 Продолжительность составляющих КиТ с использованием традиционных тестов (ИФА), среднее значение, минут

Составляющие КиТ	Все УЗ	Центры СПИДа	ПТД	КВД	НД
Предтестовое консультирование	7,2	9,0	3,6	3,0	7,0
Забор крови	6,5	6,5	-	13,3	2,2
Послетестовое консультирование	7,7	8,7	3,0*	4,3*	9,4
Оформление медицинской документации	6,4	5,9	7,1	5,7	7,5
Направление для прохождения тестирования в другие УЗ	5,1	0	3,6	-	3,8

* Из-за малого количества наблюдений полученные данные нельзя считать достоверными

Полученные данные было бы целесообразно использовать не только для обучения по вопросам КиТ, но и для доработки раздела «Контроль качества оказания услуги КиТ» протокола по ДКТ, утвержденного Приказом МЗ №415 от 19.08. 2005 г. Сегодня он не включает параметры по длительности, а также критерии по полноте изложения требуемой информации и удовлетворенности пациента.

4.2. Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции

При оказании услуг по АРТ закономерно максимальные затраты времени приходились на выбор и подготовку пациентов к АРТ, а также, в случае КД – на выбор схемы для назначения.

В большей степени вовлечены в предоставление услуг, связанных с консультированием по вопросам АРТ, врачи, выдачу препаратов – медицинские сестры. Сравнение затрат времени на основные виды консультирования по вопросам АРТ между центрами СПИДа и КД позволяет сделать вывод о более внимательном и терпеливом отношении к пациентам со стороны сотрудников последних, поскольку их затраты времени в более чем 1,5 раза больше, чем в центрах СПИДа. В то же время в центрах из-за большого потока пациентов налажена и отработана рутинная процедура выдачи препаратов, которая занимает существенно меньше времени (на 25%), чем в КД.

Таблица 4.3 Затраты рабочего времени в расчете на одну услугу, связанную с АРТ, мин.

Виды услуг	Все УЗ	Центры СПИДа	Кабинеты доверия	ПТД
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	8,1	7,0	11,7	-
Выбор схемы для назначения	6,5	5,2	10,9	-
Назначение АРТ дискордантным парам	6,7	6,8	-	-
Назначение АРТ с профилактической целью для ПКП	6,8	7,2	-	-
Консультирование по вопросам АРТ	6,3	5,6	8,8	4,9
Консультирование по формированию приверженности	6,0	5,9	7,3	-
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	5,7	5,6	6,5	4,8
Выдача АРВ-препаратов	7,3	6,3	8,4	-

4.3. Заместительная поддерживающая терапия

При оказании услуг по ЗПТ максимальные затраты времени зафиксированы во всех типах УЗ при решении вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения (в среднем 10 мин.), подготовке предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту (8 мин); минимальные затраты – менее 2 мин. – при выдаче и контроле приема необходимой дозы препарата.

Таблица 4.4 Затраты рабочего времени в расчете на одну услугу, связанную с ЗПТ, среднее значение, минут

Виды услуг	Все УЗ	НД	Центры СПИДа	Центры ПМСП
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	3,1	3,4	3,8*	2,8
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	3,5	3,7	2,9	-
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	1,4	1,3	1,7*	2,5
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	4,7	5,1	1,8	5,0*
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	8,5	8,6	-	-
Контроль состояния пациента	2,0	1,6	3,0	3,1
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	4,2	5,0	1,7*	5,0*
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	10,5	10,6	10,0*	-
Направление на обследования	3,0	4,1	2,0	1,7
Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации, выдача и контроль приема препарата (осмотр ротовой полости)	3,8	3,7	2,5	3,7

* Из-за малого количества наблюдений полученные данные нельзя считать достоверными

Полученные данные еще раз подтверждают, что организация работы сайтов ЗПТ - наиболее четкий и алгоритмизированный процесс распределения функций между персоналом сайта и предоставления ВИЧ-услуги среди исследуемых. Чем больше сайт – тем более четко налажена его работа. Например, одной из локаций исследования был сайт при Криворожском психоневрологическом диспансере. Каждый день на сайте получают услуги почти 180 наркозависмых пациентов. Учитывая, что официальное время работы сайта с 8.00 до 14.00, т.е. 6 часов, на обслуживание одного пациента в среднем уходит около 2 мин. Персонал сайта включает трех специалистов: врача-нарколога и двух медсестер. Судя по данным наблюдения и интервью с ними, команда обычно успевает обслужить всех пациентов в часы работы сайта.

В то же время увеличение доли пациентов, получающих ЗПТ в рецептурной форме, является более оптимальным с точки зрения расходов времени не только самих пациентов, но и медицинских работников.

4.4. Консультирование по вирусным гепатитам В и С, ИППП, другим оппортунистическим инфекциям

Максимальные затраты рабочего времени медперсонала на консультирование по вирусным гепатитам В и С зафиксированы в КД (в среднем от 10 до 12 мин.), минимальные (в пределах 3-3,5 мин.) – в КВД и других УЗ.

Затраты времени на профилактику ИППП в разных типах УЗ зафиксированы в диапазоне от 3 мин. в ПТД до 6,5-7 мин. в центрах СПИДа, центрах ПМСП и других УЗ; услуги по лечению ИППП оказывались в основном в КВД, в среднем, на это уходило 7, 0 мин.

Относительно других оппортунистических инфекций, то в среднем на предоставление связанных с ними услуг медперсоналом тратилось от 2 до 6 мин.

Таблица 4.5 Затраты рабочего времени на услуги, связанные с консультированием и лечением оппортунистических заболеваний, среднее значение, минут

Виды услуг	Все УЗ	Центры СПИДа	ПТД	КВД	Центры ПМСП	КД
Консультирование по вопросам гепатитов В и С						
Профилактика	6,1	4,6	3,9	3,3*	4,4	11,8
Направление на обследование	5,6	5,0	2,5	6,3*	2,3	10,1
Назначение лечения	10,3	10,9	-	-	5,3*	11,8
Консультирование по вопросам ИППП						
Профилактика	1,6	6,5	3,0*	4,1	6,7*	4,0
Направление на обследование	4,2	5,6	2,0*	4,5	2,5*	4,5
Назначение лечения	7,0	5,0*	-	7,1	3,0*	-
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям, кроме гепатитов В и С, ИППП						
Профилактика	4,0	4,0	3,5	-	-	5,7*
Направление на обследование	4,3	4,5	-	-	2,0*	4,5
Назначение лечения	5,6	5,8	-	-	4,0*	5,0*

* Из-за малого количества наблюдений полученные данные нельзя считать достоверными

4.5. Консультирование по ТБ

Предоставление услуг в сфере ТБ связано с проблемой ВИЧ-инфекции, и регулируется унифицированным клиническим протоколом по ко-инфекции, утвержденным приказом МЗ Украины от 3.12.2014 № 1039.

Максимальные затраты времени медперсонала на проведение консультирования, включая профилактику и назначение лечения, зафиксированы в специализированных УЗ (около 11 мин.); затраты на выписку направлений на обследование практически не отличались в зависимости от типа УЗ (4-5 мин.). На проведение клинического скрининга медперсоналом разных типов УЗ тратилось от 3 до 11 мин.

Таблица 4.6 Затраты рабочего времени на услуги, связанные с профилактикой и лечением туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, среднее значение, минут

Виды услуг	Центры СПИДа	ПТД	КД
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	10,5	6,6	10,7
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	5,4	4,3	6,2
Направление на обследование	4,0	4,1	4,7
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	5,2	6,0	10,6
Амбулаторное лечение туберкулеза	8,2	6,1	-

4.6. Профилактика ТБ

Анализ затрат времени на оказание услуг по профилактике туберкулеза показал, что на активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения флюорографического обследования тратилось от 2 до 8,5 мин. в зависимости от типа УЗ.

Медперсонал центров ПМСП тратил практически в 2 раза больше времени на сбор мокроты для отправки в лабораторию, чем в других исследуемых УЗ. На многие другие услуги (оформление различных видов направлений и проведение опроса пациента по скрининговой анкете) значительно больше (в 2-3 раза) расходуют времени сотрудники КД, что может быть хорошим резервом для оптимизации работы КД.

Таблица 4.7 Затраты рабочего времени на услуги, связанные с профилактикой туберкулеза, среднее значение, минут

Виды услуг	Все УЗ	Центры СПИДа	ПТД	НД	Центры ПМСП	КД
Активное выявление ТБ среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	3,9	-	3,8	-	-	-
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	2,6	-	2,8	-	-	-
Направление на рентгенорафию/ флюорографию органов грудной полости	2,6	3,1	2,8	2,3	1,7	4,3
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	4,5	3,9	-	4,5*	4,4	7,1

Виды услуг	Все УЗ	Центры СПИДа	ПТД	НД	Центры ПМСП	КД
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня для исследования на КУБ методом микроскопии мазка	4,6	3,4	5,4	-	10,0*	4,0*
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	5,3	6,5	1,5	-	-	-
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	5,4	-	7,3	1,0	-	-
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	4,9	-	4,5	-	4,4	-
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	5,4	-	5,2	-	-	-
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	3,2	3,1	3,8	6,4	3,4	-

* Из-за малого количества наблюдений полученные данные нельзя считать достоверными

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

На основную деятельность в большинстве УЗ в целом тратилось в пределах 70-75% рабочего времени. Несколько ниже этот показатель в ПТД (61%) и ЦПМСП (67%) за счет больших затрат на вспомогательную деятельность в ПТД (10%) и на работу с документацией – в обоих типах УЗ (15% - ПТД, 17% - ЦПМСП). Незагруженного времени у сотрудников разных типов УЗ практически нет (менее 3% включая «окна» между входом/уходом пациентов).

Врачи в большинстве случаев более загружены основной деятельностью, чем медсестры, которые тратят довольно много времени на работу с документацией и, в некоторых случаях, - на вспомогательную деятельность. Например, доля основной деятельности в структуре затрат рабочего времени врачей-инфекционистов кабинетов доверия составляет 86%, инфекционистов центров СПИДа – 80%. У медсестер, ассистирующих инфекционисту, этот показатель ниже (64% - в КД и 63% - в центре СПИДа) за счет значительных затрат на работу с документацией (19% - в центре СПИДа и 13% - в КД).

Имеется резерв для оптимизации и более рационального использования рабочего времени медсестер, которые ассистируют врачу-дерматовенерологу в КВД, фтизиатру в ПТД и наркологу в НД. В КВД и ПТД речь идет об уменьшении временных затрат на вспомогательную деятельность и работу с документацией, а в НД – только на работу с документами. В ЦПМСП значительную долю рабочего времени на работу с документацией тратят и врачи (12%), и медсестры (23-36%).

Таким образом, большие возможности для повышения эффективности работы медицинского персонала заключаются в оптимизации документирования и работы с информацией и данными. Включение в команду документаторов или даже операторов ввода данных, не говоря уже об автоматизации и информатизации работы сферы здравоохранения, высвободит значительный объем времени для квалифицированной работы персонала по своему прямому профилю в соответствии с функциональными обязанностями и уровнем квалификации.

ВИЧ-услуги в широком контексте (к ним были отнесены различные виды КиТ, консультирования по вопросам ВИЧ, ТБ, ИППП, других оппортунистических заболеваний, направление на диагностику, наблюдение и лечение пациентов, принимающих АРТ, ЗПТ, ведение пациентов с ко-инфекцией, социально-психологическая поддержка ЛЖВ, первичная профилактика и ряд других услуг) на амбулаторном уровне предоставляются медработниками (врачами, медсестрами, а где есть и социальными работниками, психологами) всех типов учреждений здравоохранения, включенных в исследование. Максимальный пакет ВИЧ-услуг (и по номенклатуре, и по временным затратам) оказывается на уровне высоко специализированных УЗ: в центрах СПИДа (91% основной деятельности) и КД (94%). Аналогичные показатели для остальных УЗ составляют: 61% - для НД (за счет высокой доли услуги ЗПТ), 27% - ПТД, 25% - КВД и 15% – ЦПМСП. Сотрудники ЦПМСП чаще всего предоставляют такие ВИЧ-сервисные услуги как услуги по профилактике и лечению туберкулеза (3,7% времени основной деятельности) и услуги ЗПТ (8,0% времени основной деятельности). Последнее связано с особенностями выборки. Случаи предоставления остальных ВИЧ-услуг в ЦПМСП за время наблюдения встречались нечасто.

Значительную долю ВИЧ-сервиса, предоставляемого в специализированных УЗ, составляют услуги, которые соответствуют профилю УЗ. Так, в центрах СПИДа предоставляется весь спектр ВИЧ-услуг, однако больше всего времени тратится на АРТ (14% всего рабочего времени). В кабинетах доверия лидируют по временным затратам АРТ (18%) и КиТ (19%). В ПТД доминируют ВИЧ-услуги, связанные с профилактикой, выявлением и лечением ТБ, в т.ч. у ВИЧ-инфицированных (13%), а в КВД достаточно активно проводится КиТ (10%). В ЦПМСП ВИЧ-услуги предоставляются нечасто. Наиболее высокие показатели по ЗПТ (5% всего рабочего времени) и услугам в сфере ТБ (3%).

Остальные ВИЧ-услуги предоставляются в каждом из типов УЗ значительно реже. Так, если вынести за скобки объем услуг, касающихся непосредственно профильного заболевания пациентов ПТД, и рассчитать объем трудозатрат на оказание услуг по профилактике и лечению ТБ среди ЛЖВ, а также на предоставление ЗПТ, АРТ и КиТ, то доля ВИЧ-услуг составляет около 24% в общей структуре деятельности противотуберкулезных диспансеров, участвовавших в данном исследовании, в том числе доля КиТ и

консультирования по вопросам ВИЧ составляет около 3%. Если вычленить услуги, непосредственно касающиеся ВИЧ (консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции и КиТ на ВИЧ), из общего объема трудозатрат КВД, то доля ВИЧ-услуг составит около 12%. В НД аналогичный показатель составляет около 5%, а в ЦПМСП – чуть более 1% от предоставляемых услуг.

В учреждениях здравоохранения, где проводилось наблюдение, сохранен вектор, направленный на услуги, связанные с диагностикой, диспансерным наблюдением и лечением, а не профилактику ВИЧ, на которую в среднем тратилось 3,2-1,5% рабочего времени медперсонала и специалистов, что является крайне недостаточным, исходя из задач противодействия эпидемии.

Представленность ВИЧ-услуг на вторичном уровне оказания медицинской помощи достаточно высокая, в то же время остается низкой приверженность соблюдению стандартов и отсутствует контроль качества оказания ВИЧ-услуг.

Выявлена зависимость между загруженностью основной работой медперсонала и специалистов, которые оказывали ВИЧ-услуги, и типом УЗ. Максимальная загрузка по основной деятельности зафиксирована у медработников сайтов ЗПТ (удельный вес рабочего времени на основную деятельность 94-96%). Интенсивность труда медицинского персонала, скорее всего, связана не только со спецификой самой услуги, но и с тем, что распределение функций на сайте ЗПТ формировалось при поддержке международных проектов. Это требовало соблюдения современных технологий предоставления услуги и отслеживания ее эффективности и результативности, что, как доказано, стимулирует производительность труда и качество предоставления услуг.

В высокоспециализированных УЗ средним медицеским персоналом тратилось 5-6,3% рабочего времени на вспомогательную деятельность. У медсестер, которые ассистировали врачам дерматовенерологу, наркологу, фтизиатру, а также у психолога КД, затраты на этот вид деятельности были максимальными (11,8-13,8%); на первичном уровне – 6,7% (медсестра ОП-СМ). Это дает основания для вывода о том, что на медсестер, психологов и социальных работников возлагают несущественные функции, а также функции, выходящие за рамки их функциональных обязанностей.

В структуре затрат у среднего медперсонала от 6-8% (среди высоко специализированных УЗ) до 9-13% (среди специализированных УЗ и ЦПМСП) рабочего времени уходило на работу с документацией, которая не совмещена с основной деятельностью. Это корреспондирует с данными других исследований и еще раз подтверждает наличие значительных резервов рабочего времени для оказания ВИЧ-услуг, в первую очередь среди среднего медицинского персонала специализированных УЗ (второго уровня) и ЦПМСП.

Выявлены некоторые различия по номенклатуре услуг и затратам рабочего времени на их оказание врачами разных типов УЗ. Наиболее затратным по времени оказалось предоставление услуги, по которой у медработника не было достаточно опыта. Например, консультирование по вопросам планирования семьи врачом-фтизиатром центра СПИДа составило 19,3±4,71 мин. против 8±1,03 мин. у врача-инфекциониста.

Как врачи, так и медицинские сестры в разной степени вовлечены во все этапы оказания КиТ, что служит хорошим полем для интеграции уже существующих лучших практик по перераспределению функций при оказании этой услуги.

Анализ структуры затрат рабочего времени медработников при предоставлении КиТ с использованием быстрых тестов зафиксировал недостаточное время для оказания качественной услуги. Наблюдались случаи, когда время, потраченное на получение результата теста, было меньше, чем это предполагалось по инструкции к тест-системе быстрых тестов на ВИЧ. Наибольшую состоятельность по соответствию длительности собственно тестирования на ВИЧ при помощи быстрых тестов – на уровне больше 10 минут продемонстрировали НД, что, скорее, связано с лучшей подготовкой их кадров, проводящих КиТ.

Выявлена необходимость в укреплении потенциала УЗ по оптимизации затрат рабочего времени при КиТ с использованием быстрых тестов, особенно на уровне ПМСП, где на эту услугу в среднем тратилось 14,5±0,02 мин. Что, по сути, является нарушением положений национального протокола. При этом наибольшее количество времени медперсоналом этого уровня тратилось на оформление необходимой документации (в среднем 6,3 мин) и в среднем по 1,5-2 мин на каждую из остальных составляющих.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в течение одного часа врачом амбулаторного приема может быть качественно оказано не более 2 услуг КиТ с использованием быстрых тестов, что необходимо учитывать при разработке нормативов нагрузки, в т.ч. и для врача первичного звена.

Выявлена необходимость в оптимизации затрат рабочего времени при предоставлении КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА). Затраты на оформление необходимой медицинской документации, забор крови и решение вопросов по доставке анализа в 1,5 и больше раз превышают затраты времени на такие важные элементы как предтестовое и послетестовое консультирование, особенно в специализированных (2 уровня) УЗ, где не соблюдается рекомендуемая длительность консультирования. Возможно, в этих случаях можно говорить об отсутствии/недостаточности навыков и опыта оказания КиТ в целом, а также о нарушении комплексности в оказании услуги. Это актуализирует задачу налаживания системы контроля качества, обучения на рабочих местах и курирования с наставничеством со стороны ВИЧ-службы (центров профилактики и борьбы со СПИДом и КД).

Обращает на себя внимание, что многие услуги выполняются параллельно как врачами, так и медицинскими сестрами. Так, с одной стороны, врачи в некоторых случаях выполняют медсестринские функции (к примеру, выдают АРВ-препараты, что составляет 3% услуг в структуре основной деятельности врача-инфекциониста центра СПИДа и 9% услуг – у врача кабинета доверия, или проводят забор крови для анализа – 1% в структуре услуг врача КД). С другой стороны, медсестры зачастую реализуют функции врача, например, проводят разные виды консультирования. Так, медсестра инфекциониста центра СПИДа проводит консультирование по вопросам ВИЧ в 2% случаев, по вопросам АРТ – в 1% случаев, по формированию приверженности – в 2% случаев. Намного активнее консультирует медсестра кабинета доверия, которая проводит большинство из указанных в классификаторе видов консультирования, например, пред- и послетестовое консультирование при тестировании на ВИЧ (2,5% и 1% соответственно), консультирование по вопросам ВИЧ (0,5%) и АРТ (3%), и занимается наблюдением и ведением пациентов на АРТ (6%).

С одной стороны, это часто обусловлено необходимостью взаимозаменяемости, особенно в небольших коллективах, например КД, для обеспечения актуального мониторинга здоровья сложных пациентов и непрерывности лечения (АРТ, ЗПТ). С другой, свидетельствует о проблеме дефицита средних медицинских кадров во многих УЗ, что приводит к необходимости фактического совмещения врачами своих и сестринских обязанностей, что снижает эффективность использования высококвалифицированной рабочей силы. Однако с точки зрения потенциального перераспределения обязанностей опыт проведения консультирования, наблюдения и ведения пациентов на АРТ медсестрами является позитивным, так как свидетельствует о возможности передачи этих функций среднему медперсоналу при условии проведения соответствующего обучения.

Нет стандартного распределения функций между врачами и средним медперсоналом и среди специализированных учреждений вторичного уровня – так, например, в одних УЗ направлением в другие учреждения на обследование занимается исключительно врач (КД), в других только медсестра (КВД), а в ряде учреждений и те, и другие медработники.

Результаты регионального анализа свидетельствуют о наличии значительных различий по доле основной деятельности в общей структуре рабочего времени между регионами. Этот показатель варьирует от 99% до 37%. При этом прослеживается значительный разброс по доле основной деятельности в структуре рабочего времени одних и тех же специалистов одного и того же типа УЗ, представляющих разные регионы. Также отличается доля основной деятельности в структуре рабочего времени специалистов, представляющих один и тот же регион. Очевидно, указанные различия обусловлены спецификой каждого конкретного УЗ, включая интенсивность потока пациентов и особенности организации работы в УЗ (например, количеством врачей, которых обслуживает одна медсестра). Однако для более детальных выводов по регионам нужны дальнейшие исследования, поскольку в данном исследовании выводы делались на основании наблюдения за 1-2 специалистами одного профиля, представляющими конкретное УЗ.

Ключевыми для планирования перераспределения ВИЧ-услуг являются консультирование по вопросам ВИЧ (первичная профилактика), КиТ, ЗПТ, АРТ, включая непосредственно медицинское наблюдение за пациентами. Последнее следует учитывать при

планировании кадров, так как первичный осмотр и тщательный сбор данных о пациенте для дальнейшего оказания медицинской помощи и грамотного наблюдения занимают закономерно самую высокую долю в уровне трудозатрат.

Следует также обратить внимание, что для успешного перераспределения функциональных обязанностей в ВИЧ-сервисе:

1) Требуется четкая алгоритмизация и четкое распределение функций между персоналом. Например, выдача препаратов для АРТ – сестринский уровень, а в идеале – функционал фармацевта.
2) Необходимо разработать систему контроля качества предоставления всех делегированных услуг.
3) Более четко определить функции психологов и социальных работников, что является одним из существенных резервов для разгрузки медицинского персонала от не свойственных ему функций.
4) Необходима организация обучения для новичков в ВИЧ-сервисе и сотрудников, которые уже имеют опыт его предоставления.

Помимо выше представленных, по результатам проведенного исследования предлагаются следующие **рекомендации**:

- Пересмотреть действующие (при наличии их в действующих нормативных документах) или разработать ориентировочные нормы нагрузки и обслуживания для врачей, которые ведут амбулаторный прием, касаемо как рутинных интервенций, так и оказания отдельных ВИЧ-сервисных услуг, алгоритмы передачи должностных функций от высококвалифицированных специалистов центров СПИДа врачам и средним медицинским работникам других УЗ при предоставлении ВИЧ-услуг.
- Разработать предложения по разграничению профилактических и лечебных ВИЧ-услуг на разных уровнях их предоставления, а также ориентировочные перечни таких услуг с учетом специфики УЗ для усиления комплексности и интегрированности их предоставления.
- Подготовить пакет документов, который позволил бы усилить интеграцию ВИЧ-сервиса, в частности разработать перечень услуг, оказание которых может быть делегировано на первичный уровень, механизм финансирования и мотивационный пакет (с акцентом на системе оплаты труда медперсонала), который стимулировал бы медработников к оказанию таких услуг, а также индикаторы качества, которые характеризуют деятельность центров ПМСП по профилактике ВИЧ-инфекции.
- Разработать алгоритмы обмена необходимой информацией между УЗ первичного уровня, специализированными и высоко специализированными УЗ для обеспечения комплексности и преемственности в оказании ВИЧ-услуг.
- Подготовить рекомендации по проведению фотохронометражных исследований при оказании ВИЧ-услуг, мониторингу затрат рабочего времени на их оказание в УЗ.
- Определить потребности в оргтехнике и автоматизированных рабочих местах для внедрения современных информационных технологий в разных типах УЗ, которые оказывают ВИЧ-услуги; внедрить должность документатора в УЗ, что позволит сократить затраты времени медицинского персонала на ведение документации.
- Подготовить предложения относительно обеспечения качества оказания ВИЧ-услуг, в т.ч. консультирования и тестирования на ВИЧ, с учетом особенностей деятельности УЗ.
- Определить потребности в обучении медицинских работников по вопросам, связанным с оказанием ВИЧ-услуг в разных типах УЗ, подготовить адаптированные для каждой категории персонала соответствующие информационные и учебные материалы с целью повышения уровня знаний и навыков при оказании стандартных операционных составляющих ВИЧ-услуг.
- Подготовить и провести семинары (тренинги) для медработников ЦПМСП, других УЗ, персонал которых принимал участие в данном исследовании, по вопросам КиТ на ВИЧ при помощи быстрых тестов.

Приложение 1
Структура основной деятельности по типам УЗ

Таблица 1. Структура основной деятельности по типам УЗ – центры СПИДа

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного объективного физикального обследования, заполнение медицинской документации	1460	8,38	0,152	14,3	17,28
Проведение повторного осмотра	224	6,58	0,26	2,2	2,08
Назначение анализов /направление на обследование	676	4,44	0,139	6,6	4,24
Постановка пациента на диспансерный учет	42	8,71	0,758	0,4	0,52
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	19	5,53	1,063	0,2	0,15
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	2	30	0	0,0	0,08
Получение информированного согласия	49	4,55	0,412	0,5	0,31
Предтестовое консультирование	49	11	0,747	0,5	0,76
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	47	12,96	0,524	0,5	0,86
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	1	13	0	0,0	0,02
Послетестовое консультирование	47	10,79	0,943	0,5	0,72
Оформление необходимой медицинской документации	47	3,91	0,305	0,5	0,26
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0	0	0,0	0,00
Получение информированного согласия	154	4,92	0,295	1,5	1,07
Предтестовое консультирование	136	9,02	0,405	1,3	1,73
Забор крови	13	6,54	1,517	0,1	0,12
Организация доставки анализа	6	7,67	1,838	0,1	0,06
Послетестовое консультирование	141	8,67	0,417	1,4	1,73
Оформление необходимой медицинской документации	167	5,95	0,341	1,6	1,40

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Направление для прохождения тестирования в другие учреждения здравоохранения	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по вопросам ВИЧ	267	7,41	0,305	2,6	2,79
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	32	8,09	0,997	0,3	0,37
Консультирование дискордантных пар	20	17,65	1,973	0,2	0,50
Консультирование по планированию семьи	27	8,04	0,994	0,3	0,31
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	12	6	0,826	0,1	0,10
Профилактика	57	5,26	0,289	0,6	0,42
Направление на обследование	79	5,01	0,331	0,8	0,56
Назначение лечения	12	10,92	1,807	0,1	0,19
Консультирование по вопросам ИППП	2	5,5	0,5	0,0	0,02
Профилактика	31	6,55	0,641	0,3	0,29
Направление на обследование	29	5,59	0,755	0,3	0,23
Назначение лечения	2	5	0	0,0	0,01
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям, кроме гепатитов В и С, ИППП	11	5,09	0,707	0,1	0,08
Профилактика	50	3,98	0,295	0,5	0,28
Направление на обследование	60	4,47	0,388	0,6	0,38
Назначение лечения	24	5,79	0,821	0,2	0,20
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0	0	0,0	0,00
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	34	6,88	0,678	0,3	0,33
Выбор схемы для назначения	45	5,16	0,613	0,4	0,33
Назначение АРТ дискордантным парам	6	6,83	0,946	0,1	0,06
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	5	7,2	0,735	0,0	0,05
Консультирование по вопросам АРТ	244	5,64	0,203	2,4	1,94
Консультирование по формированию приверженности	319	5,91	0,201	3,1	2,66
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	726	5,57	0,094	7,1	5,71
Выдача АРВ-препаратов	277	6,27	0,198	2,7	2,45

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	197	10,52	0,345	1,9	2,93
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	110	5,43	0,326	1,1	0,84
Направление на обследование	109	3,95	0,347	1,1	0,61
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	117	5,24	0,391	1,1	0,87
Амбулаторное лечение туберкулеза	9	8,222	1,46	0,1	0,10
Профилактика туберкулеза	1	14	0	0,0	0,02
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	1	1	0	0,0	0,00
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0	0,0	0,00
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	160	3,11	0,192	1,6	0,70
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	30	3,93	0,683	0,3	0,17
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня (пункт микроскопии мокроты) для исследования на КУБ методом микроскопии мазка (при наличии кашля).	55	5,02	0,537	0,5	0,39
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	16	6,69	1,036	0,2	0,15
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	1	2	0	0,0	0,00
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	1	10	0	0,0	0,01
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	0	0	0	0,0	0,00
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	191	3,1	0,214	1,9	0,84
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	4	3,75	0,75	0,0	0,02
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	43	2,88	0,177	0,4	0,18
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	3	1,67	0,333	0,0	0,01
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	18	1,83	0,121	0,2	0,05
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	1	2	0	0,0	0,00
Контроль состояния пациента	282	2,96	0,047	2,8	1,18
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	3	1,67	0,333	0,0	0,01
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	3	10	2,517	0,0	0,04
Направление на обследования	96	2,02	0,11	0,9	0,27
Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0	0,0	0,00
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	566	1,51	0,024	5,5	1,21
Индивидуальное консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	25	13,56	1,792	0,2	0,48
Групповое консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	3	13	6,429	0,0	0,06
Консультирование по социальным вопросам, помощь в трудоустройстве, в решении правовых и жилищных проблем.	13	9,46	1,963	0,1	0,17
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	4	7,25	0,629	0,0	0,04
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	9	14,78	1,869	0,1	0,19
Разработка индивидуального плана выздоровления	1	7	0	0,0	0,01

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	1	30	0	0,0	0,04
Проведение первичной беседы	7	13,29	2,078	0,1	0,13
Проведение повторной беседы	21	16,1	1,412	0,2	0,48
Кризисное консультирование	18	25,39	3,905	0,2	0,65
Другое	417	7,79	0,292	4,1	4,59
Проведение лекций, тренингов, занятий для молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика)	2	52,5	37,5	0,0	0,15

* Сумма по столбцу не равна 100%, так как % рассчитывался по отношению ко всему рабочему времени, а не только ко времени основной деятельности

** Цветом выделены услуги/компоненты услуг с недостаточной статистической наполняемостью (n<5)

Таблица 2. Структура основной деятельности по типам УЗ – противотуберкулезные диспансеры

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного объективного физикального обследования, заполнение медицинской документации	1212	9,15	0,178	22,7	29,47
Проведение повторного осмотра	396	5,43	0,187	7,4	5,71
Назначение анализов /направление на обследование	437	3,49	0,117	8,2	4,05
Постановка пациента на диспансерный учет	54	8,67	0,686	1,0	1,24
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	1	2	0	0,0	0,01
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	1	15	0	0,0	0,04
Получение информированного согласия	26	4,15	0,848	0,5	0,29
Предтестовое консультирование	26	5,27	0,882	0,5	0,36
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	22	6,77	1,026	0,4	0,40
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	3	6	2,646	0,1	0,05
Послетестовое консультирование	7	10,86	2,764	0,1	0,20
Оформление необходимой медицинской документации	25	4,28	0,534	0,5	0,28
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0	0	0,0	0,00
Получение информированного согласия	7	2	0,218	0,1	0,04
Предтестовое консультирование	7	3,57	1,088	0,1	0,07
Забор крови	0	0,0	0	0,0	0,00
Организация доставки анализа	0	0,0	0	0,0	0,00
Послетестовое консультирование	3	3	0,577	0,1	0,02
Оформление необходимой медицинской документации	14	7,14	0,919	0,3	0,27
Направление для прохождения тестирования в другие учреждения здравоохранения	5	3,6	1,4	0,1	0,05
Консультирование по вопросам ВИЧ	13	4,15	0,478	0,2	0,14
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	1	7	0	0,0	0,02

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Консультирование дискордантных пар	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по планированию семьи	1	17	0	0,0	0,05
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	12	4,25	0,629	0,2	0,14
Профилактика	7	3,86	1,01	0,1	0,07
Направление на обследование	6	2,5	0,224	0,1	0,04
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по вопросам ИППП	5	2,4	0,872	0,1	0,03
Профилактика	2	3	1	0,0	0,02
Направление на обследование	2	2	0	0,0	0,01
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям, кроме гепатитов В и С, ИППП	8	3,25	1,221	0,1	0,07
Профилактика	8	3,5	0,681	0,1	0,07
Направление на обследование	0	0	0	0,0	0,00
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0	0	0,0	0,00
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	1	1	0	0,0	0,00
Выбор схемы для назначения	0	0	0	0,0	0,00
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0	0,0	0,00
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по вопросам АРТ	17	4,88	0,706	0,3	0,22
Консультирование по формированию приверженности	1	15	0	0,0	0,04
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	8	4,75	0,84	0,1	0,10
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных	3	5	1,155	0,1	0,04
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	53	5,57	0,503	1,0	0,92

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	12	4,25	0,629	0,2	0,14
Направление на обследование	174	4,11	0,192	3,3	1,90
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	27	5,96	0,352	0,5	0,43
Амбулаторное лечение туберкулеза	189	6,13	0,316	3,5	3,08
Профилактика туберкулеза	1	3	0	0,0	0,01
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	13	3,85	0,898	0,2	0,13
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	57	2,77	0,433	1,1	0,42
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	205	2,58	0,159	3,8	1,41
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0	0	0	0,0	0,00
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня (пункт микроскопии мокроты) для исследования на КУБ методом микроскопии мазка (при наличии кашля).	74	5,42	0,666	1,4	1,07
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	6	1,5	0,342	0,1	0,02
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	94	7,33	0,522	1,8	1,83
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	70	4,54	0,28	1,3	0,84
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	38	5,16	0,68	0,7	0,52
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	35	3,8	0,249	0,7	0,35
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0,0	0,00
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0,0	0,00
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	0	0	0	0,0	0,00
Контроль состояния пациента	0	0	0	0,0	0,00
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0	0	0	0,0	0,00
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	0	0	0	0,0	0,00
Направление на обследования	0	0	0	0,0	0,00
Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0	0,0	0,00
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	0	0	0	0,0	0,00
Индивидуальное консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,0	0,00
Групповое консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по социальным вопросам, помощь в трудоустройстве, в решении правовых и жилищных проблем	0	0	0	0,0	0,00
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0	0,0	0,00
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	4	7,5	2,466	0,1	0,08
Разработка индивидуального плана выздоровления	5	9	1,871	0,1	0,12
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0	0,0	0,00
Проведение первичной беседы	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Проведение повторной беседы	0	0	0	0,0	0,00
Кризисное консультирование	0	0	0	0,0	0,00
Другое	209	6,63	0,369	3,9	3,68
Проведение лекций, тренингов, занятий для молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика)	0	0	0	0,0	0,00

* Сумма по столбцу не равна 100%, так как % рассчитывался по отношению ко всему рабочему времени, а не только ко времени основной деятельности

** Цветом выделены услуги/компоненты услуг с недостаточной статистической наполняемостью (n<5)

Таблица 3. Структура основной деятельности по типам УЗ – КВД

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного объективного физикального обследования, заполнение медицинской документации	1315	9,32	0,147	27,2	37,8
Проведение повторного осмотра	207	6,23	0,204	4,3	4,0
Назначение анализов /направление на обследование	651	3,92	0,178	13,5	7,9
Постановка пациента на диспансерный учет	69	5,38	0,522	1,4	1,1
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0	0	0	0,0	0,0
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	11	14,82	2,381	0,2	0,5
Получение информированного согласия	86	4,24	0,47	1,8	1,1
Предтестовое консультирование	87	4,82	0,451	1,8	1,3
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	85	8,46	0,72	1,8	2,2
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0	0	0	0	0,0
Послетестовое консультирование	76	3,82	0,197	1,6	0,9
Оформление необходимой медицинской документации	88	3,59	0,175	1,8	1,0
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	2	10	5	0,0	0,1
Получение информированного согласия	30	2,93	0,395	0,6	0,3
Предтестовое консультирование	29	3,07	0,559	0,6	0,3
Забор крови	18	13,33	2,002	0,4	0,7
Организация доставки анализа	10	28,4	2,587	0,2	0,9
Послетестовое консультирование	4	5,75	1,436	0,1	0,1
Оформление необходимой медицинской документации	12	6,5	0,909	0,2	0,2
Направление для прохождения тестирования в другие учреждения здравоохранения	1	15	0	0,0	0,0
Консультирование по вопросам ВИЧ	31	4,77	0,524	0,6	0,5
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	9	7,89	2,214	0,2	0,2

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Консультирование дискордантных пар	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование по планированию семьи	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	2	12,5	2,5	0	0,1
Профилактика	3	3,33	1,453	0,1	0,0
Направление на обследование	3	6,33	0,333	0,1	0,1
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование по вопросам ИППП	7	5	0	0,1	0,1
Профилактика	157	4,12	0,203	3,2	2,0
Направление на обследование	220	4,45	0,156	4,6	3,0
Назначение лечения	125	7,13	0,274	2,6	2,7
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям, кроме гепатитов В и С, ИППП	1	15	0	0,0	0,0
Профилактика	0	0	0	0,0	0,0
Направление на обследование	0	0	0	0,0	0,0
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,0
Антиретровирусная терапия (АРТ)	1	15	0	0,0	0,0
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0	0	0	0,0	0,0
Выбор схемы для назначения	0	0	0	0,0	0,0
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0	0,0	0,0
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование по вопросам АРТ	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование по формированию приверженности	0	0	0	0,0	0,0
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	0	0	0	0,0	0,0
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0	0,0	0,0
Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0	0	0	0,0	0,0

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0	0	0	0,0	0,0
Направление на обследование	0	0	0	0,0	0,0
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	0	0	0	0,0	0,0
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0	0,0	0,0
Профилактика туберкулеза	0	0	0	0,0	0,0
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0	0	0	0,0	0,0
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0	0,0	0,0
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	0	0	0	0,0	0,0
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0	0	0	0,0	0,0
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня (пункт микроскопии мокроты) для исследования на КУБ методом микроскопии мазка (при наличии кашля)	0	0	0	0,0	0,0
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	0	0	0	0,0	0,0
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0	0	0	0,0	0,0
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	0	0	0	0,0	0,0
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	0	0	0	0,0	0,0
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	0	0	0	0,4	0,0
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	0	0	0,0	0,0

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0,0	0,0
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0,0	0,0
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	0	0	0	0,0	0,0
Контроль состояния пациента	0	0	0	0,0	0,0
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0	0	0	0,0	0,0
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	0	0	0	0,0	0,0
Направление на обследования	0	0	0	0,0	0,0
Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0	0,0	0,0
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	0	0	0	0,0	0,0
Индивидуальное консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,0	0,0
Групповое консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование по социальным вопросам, помощь в трудоустройстве, в решении правовых и жилищных проблем	0	0	0	0,0	0,0
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0	0,0	0,0
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	0	0	0	0,0	0,0
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0	0,0	0,0
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0	0,0	0,0
Проведение первичной беседы	0	0	0	0,0	0,0

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Проведение повторной беседы	0	0	0	0,0	0,0
Кризисное консультирование	0	0	0	0,0	0,0
Другое	172	8,8	0,44	3,6	4,7
Проведение лекций, тренингов, занятий для молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика)	0	0	0	0,0	0,0

* Сумма по столбцу не равна 100%, так как % рассчитывался по отношению ко всему рабочему времени, а не только ко времени основной деятельности

** Цветом выделены услуги/компоненты услуг с недостаточной статистической наполняемостью (n<5)

Таблица 4. Структура основной деятельности по типам УЗ – НД

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного объективного физикального обследования, заполнение медицинской документации	732	1,66	0,277	6,3	18,30
Проведение повторного осмотра	169	10,48	0,464	1,4	3,79
Назначение анализов /направление на обследование	160	3,8	0,312	1,4	1,30
Постановка пациента на диспансерный учет	61	6,15	0,662	0,5	0,80
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	3	2,67	1,202	0,0	0,02
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	1	7	0	0,0	0,01
Получение информированного согласия	55	4,6	0,216	0,5	0,54
Предтестовое консультирование	63	10,92	1,033	0,5	1,47
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	8	13,5	0,802	0,1	0,23
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0	0	0	0,0	0,00
Послетестовое консультирование	25	4,4	0,316	0,2	0,24
Оформление необходимой медицинской документации	59	4,93	0,312	0,5	0,63
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0	0	0,0	0,00
Получение информированного согласия	20	3,3	0,424	0,2	0,14
Предтестовое консультирование	22	6,95	0,823	0,2	0,33
Забор крови	10	3	0,843	0,1	0,06
Организация доставки анализа	6	11,83	2,023	0,1	0,15
Послетестовое консультирование	7	9,43	1,445	0,1	0,14
Оформление необходимой медицинской документации	16	7,5	0,987	0,1	0,26
Направление для прохождения тестирования в другие учреждения здравоохранения	25	3,8	0,443	0,2	0,20

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Консультирование по вопросам ВИЧ	25	12,52	1,684	0,2	0,67
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	1	1	0	0,0	0,00
Консультирование дискордантных пар	2	3	1	0,0	0,01
Консультирование по планированию семьи	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	9	12,33	2,048	0,1	0,24
Профилактика	12	8,92	0,957	0,1	0,23
Направление на обследование	18	7,5	1,422	0,2	0,29
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по вопросам ИППП	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика	0	0	0	0,0	0,00
Направление на обследование	0	0	0	0,0	0,00
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям, кроме гепатитов В и С, ИППП	1	3	0	0,0	0,01
Профилактика	3	4,33	0,667	0,0	0,03
Направление на обследование	0	0	0	0,0	0,00
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00
Антиретровирусная терапия (АРТ)	1	10	0	0,0	0,02
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0	0	0	0,0	0,00
Выбор схемы для назначения	0	0	0	0,0	0,00
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0	0,0	0,00
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по вопросам АРТ	4	6,25	0,629	0,0	0,05
Консультирование по формированию приверженности	20	3,25	0,369	0,2	0,14
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	0	0	0	0,0	0,00
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0	0	0	0,0	0,00
Направление на обследование	0	0	0	0,0	0,00
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	0	0	0	0,0	0,00
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика туберкулеза	0	0	0	0,0	0,00
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	1	6	0	0,0	0,01
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0	0,0	0,00
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	90	2,33	0,227	0,8	0,45
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	4	4,5	1,658	0,0	0,04
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня (пункт микроскопии мокроты) для исследования на КУБ методом микроскопии мазка (при наличии кашля)	0	0	0	0,0	0,00
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	0	0	0	0,0	0,00
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	50	1,02	0,02	0,4	0,11
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	0	0	0	0,0	0,00
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	0	0	0	0,0	0,00
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	9	6,44	0,626	0,1	0,12
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	511	3	0,086	4,4	3,28

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	131	3,73	0,372	1,1	1,05
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	577	1,29	0,078	4,9	1,59
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	212	5,11	0,404	1,8	2,32
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	76	8,61	0,592	0,7	1,40
Контроль состояния пациента	1735	1,63	0,054	14,9	6,07
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	33	5,03	1,063	0,3	0,36
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	10	10,6	2,306	0,1	0,23
Направление на обследования	82	4,1	0,548	0,7	0,72
Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	878	1,95	0,06	7,5	3,66
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	4430	1,81	0,026	37,9	17,18
Индивидуальное консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,0	0,00
Групповое консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,00	0,00
Консультирование по социальным вопросам, помощь в трудоустройстве, в решении правовых и жилищных проблем.	7	3,57	0,429	0,1	0,05
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0	0,0	0,00
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	1	15	0	0,0	0,03
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0	0,0	0,00
Проведение первичной беседы	4	14,25	1,797	0,0	0,12
Проведение повторной беседы	1	15	0	0,0	0,03
Кризисное консультирование	0	0	0	0,0	0,00
Другое	221	7,67	0,364	1,9	3,63
Проведение лекций, тренингов, занятий для молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика)	0	0	0	0,0	0,00

* Сумма по столбцу не равна 100%, так как % рассчитывался по отношению ко всему рабочему времени, а не только ко времени основной деятельности

** Цветом выделены услуги/компоненты услуг с недостаточной статистической наполняемостью (n<5)

Таблица 5. Структура основной деятельности по типам УЗ – центры ПМСП

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного объективного физикального обследования, заполнение медицинской документации	1482	6,39	0,119	33,6	39,79
Проведение повторного осмотра	282	5,31	0,216	6,4	6,29
Назначение анализов /направление на обследование	535	3,25	0,103	12,1	7,30
Постановка пациента на диспансерный учет	37	4,46	0,5	0,8	0,69
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0	0	0	0,0	0,00
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0	0	0	0,0	0,00
Получение информированного согласия	11	2,73	0,384	0,2	0,13
Предтестовое консультирование	9	3,78	0,662	0,2	0,14
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	6	2,333	0,615	0,1	0,06
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0	0	0	0,0	0,00
Послетестовое консультирование	6	2,83	0,749	0,1	0,07
Оформление необходимой медицинской документации	6	6,33	1,453	0,1	0,16
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0	0	0,0	0,00
Получение информированного согласия	0	0	0	0,0	0,00
Предтестовое консультирование	0	0	0	0,0	0,00
Забор крови	9	2,56	0,412	0,2	0,10
Организация доставки анализа	0	0	0	0,0	0,00
Послетестовое консультирование	0	0	0	0,0	0,00
Оформление необходимой медицинской документации	3	4,33	1,667	0,1	0,05
Направление для прохождения тестирования в другие учреждения здравоохранения	6	8	2,781	0,1	0,20
Консультирование по вопросам ВИЧ	6	6,17	1,74	0,1	0,16
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Консультирование дискордантных пар	1	1	0	0,0	0,00
Консультирование по планированию семьи	5	8,2	1,463	0,1	0,17
Консультирование по вопросам гепатитов B и C	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика	8	4,38	0,46	0,2	0,15
Направление на обследование	11	2,27	0,237	0,2	0,11
Назначение лечения	3	5,333	1,333	0,1	0,07
Консультирование по вопросам ИППП	2	6	3	0,0	0,05
Профилактика	3	6,67	1,202	0,1	0,08
Направление на обследование	2	2,5	0,5	0,0	0,02
Назначение лечения	4	3	0,408	0,1	0,05
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям, кроме гепатитов B и C, ИППП	1	8	0	0,0	0,03
Профилактика	0	0	0	0,0	0,00
Направление на обследование	4	2	0,707	0,1	0,03
Назначение лечения	2	4	1	0,0	0,03
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0	0	0,0	0,00
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0	0	0	0,0	0,00
Выбор схемы для назначения	0	0	0	0,0	0,00
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0	0,0	0,00
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по вопросам АРТ	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по формированию приверженности	0	0	0	0,0	0,00
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	0	0	0	0,0	0,00
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0	0	0	0,0	0,00
Направление на обследование	1	5	0	0,0	0,02
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	0	0	0	0,0	0,00
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика туберкулеза	0	0	0	0,0	0,00
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	2	5,5	4,5	0,0	0,05
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0	0,0	0,00
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	179	1,91	0,13	4,1	1,43
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	7	4,43	1,152	0,2	0,13
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня (пункт микроскопии мокроты) для исследования на КУБ методом микроскопии мазка (при наличии кашля)	2	10	3	0,0	0,08
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	0	0	0	0,0	0,00
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	1	4	0	0,0	0,02
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	25	4,4	0,404	0,6	0,46
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	1	3	0	0,0	0,01
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	17	3,35	0,226	0,4	0,24
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	37	2,811	0,229	0,8	0,44
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	38	2,53	0,266	0,9	0,40
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	5	5	2,258	0,1	0,11
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	0	0	0	0,0	0,00
Контроль состояния пациента	98	3,12	0,162	2,2	1,29
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	4	5	1,08	0,1	0,08
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	0	0	0	0,0	0,00
Направление на обследования	6	1,67	0,3333	0,1	0,04
Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0	0,0	0,00
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	190	3,65	0,166	4,3	2,92
Индивидуальное консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,0	0,00
Групповое консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	1	9	0	0,0	0,04
Консультирование по социальным вопросам, помощь в трудоустройстве, в решении правовых и жилищных проблем	0	0	0	0,0	0,00
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0	0,0	0,00
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	0	0	0	0,0	0,00
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0	0,0	0,00
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0	0,0	0,00
Проведение первичной беседы	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Проведение повторной беседы	0	0	0	0,0	0,00
Кризисное консультирование	0	0	0	0,0	0,00
Другое	81	6,09	0,58	1,8	2,07
Проведение лекций, тренингов, занятий для молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика)	2	17,5	2,5	0,0	0,15

* Сумма по столбцу не равна 100%, так как % рассчитывался по отношению ко всему рабочему времени, а не только ко времени основной деятельности

** Цветом выделены услуги/компоненты услуг с недостаточной статистической наполняемостью (n<5)

Таблица 6. Структура основной деятельности по типам УЗ – кабинеты доверия

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного объективного физикального обследования, заполнение медицинской документации	488	7,99	0,208	15,0	14,9
Проведение повторного осмотра	69	8,86	0,899	2,1	2,3
Назначение анализов /направление на обследование	255	5,17	0,209	7,9	5,0
Постановка пациента на диспансерный учет	21	9,71	1,098	0,6	0,8
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	8	8,88	3,314	0,2	0,3
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	1	5	0	0,0	0,0
Получение информированного согласия	60	4,3	0,375	1,8	1,0
Предтестовое консультирование	52	4,85	0,547	1,6	1,0
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	64	9,42	0,689	2,0	2,3
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	7	8,86	1,58	0,2	0,2
Послетестовое консультирование	29	4,34	0,512	0,9	0,5
Оформление необходимой медицинской документации	60	5,92	0,639	1,8	1,4
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	25	4,24	0,296	0,8	0,4
Получение информированного согласия	107	4,84	0,337	3,3	2,0
Предтестовое консультирование	112	6,79	0,556	3,5	2,9
Забор крови	52	5,85	0,671	1,6	1,2
Организация доставки анализа	31	7,29	0,972	1,0	0,9
Послетестовое консультирование	71	5,83	0,922	2,2	1,6
Оформление необходимой медицинской документации	133	7,14	0,548	4,1	3,6
Направление для прохождения тестирования в другие учреждения здравоохранения	2	6,5	3,5	0,1	0,0
Консультирование по вопросам ВИЧ	23	13	1,441	0,7	1,1
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	2	8	5	0,1	0,1

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Консультирование дискордантных пар	6	16	4,435	0,2	0,4
Консультирование по планированию семьи	7	18,14	2,865	0,2	0,5
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	2	5	1	0,1	0,0
Профилактика	15	9,87	1,579	0,5	0,6
Направление на обследование	26	10,08	1,179	0,8	1,0
Назначение лечения	8	11,75	3,178	0,2	0,4
Консультирование по вопросам ИППП	0	0	0	0,0	0,0
Профилактика	7	4	1,155	0,2	0,1
Направление на обследование	8	4,88	0,666	0,2	0,1
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям, кроме гепатитов В и С, ИППП	6	4	0,258	0,2	0,1
Профилактика	3	5,67	1,202	0,1	0,1
Направление на обследование	15	4,533	0,307	0,5	0,3
Назначение лечения	3	5	1,528	0,1	0,1
Антиретровирусная терапия (АРТ)	9	3,444	0,294	0,3	0,1
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	14	11,71	1,945	0,4	0,6
Выбор схемы для назначения	14	10,93	1,868	0,4	0,6
Назначение АРТ дискордантным парам	1	6	0	0,0	0,0
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	1	5	0	0,0	0,0
Консультирование по вопросам АРТ	80	8,78	0,595	2,5	2,7
Консультирование по формированию приверженности	61	7,26	0,633	1,9	1,7
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	167	6,46	0,345	5,1	4,1
Выдача АРВ-препаратов	255	8,44	0,279	7,9	8,2
Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных	2	4	1	0,1	0,0
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	6	10,67	2,499	0,2	0,2

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	13	6,15	0,966	0,4	0,3
Направление на обследование	18	4,72	0,477	0,6	0,3
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	9	10,56	1,473	0,3	0,4
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0	0,0	0,0
Профилактика туберкулеза	1	3	0	0,0	0,0
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	2	8,5	6,5	0,1	0,1
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	28	4,25	0,644	0,0	0,5
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	0	0	0	0,9	0,0
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	10	7,1	1,418	0,3	0,3
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня (пункт микроскопии мокроты) для исследования на КУБ методом микроскопии мазка (при наличии кашля)	1	4	0	0,0	0,0
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	0	0	0	0,0	0,0
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0	0	0	0,0	0,0
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	1	3	0	0,0	0,0
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	0	0	0	0,0	0,0
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	2	12,5	7,5	0,1	0,1
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	0	0	0,0	0,0

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0,0	0,0
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0,0	0,0
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	0	0	0	0,0	0,0
Контроль состояния пациента	0	0	0	0,0	0,0
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0	0	0	0,0	0,0
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	0	0	0	0,0	0,0
Направление на обследования	0	0	0	0,0	0,0
Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0	0,0	0,0
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	0	0	0	0,0	0,0
Индивидуальное консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	58	7,34	0,927	1,8	1,6
Групповое консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,0	0,0
Консультирование по социальным вопросам, помощь в трудоустройстве, в решении правовых и жилищных проблем	1	15	0	0,0	0,1
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0	0,0	0,0
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	6	17,17	1,621	0,2	0,4
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0	0,0	0,0
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	2	15,5	0,5	0,1	0,1
Проведение первичной беседы	4	13,25	1,181	0,1	0,2

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Проведение повторной беседы	3	10,33	5,044	0,1	0,1
Кризисное консультирование	7	20	2,554	0,2	0,5
Другое	82	9,35	0,823	2,5	2,9
Проведение лекций, тренингов, занятий для молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика)	1	60	0	0,0	0,2

* Сумма по столбцу не равна 100%, так как % рассчитывался по отношению ко всему рабочему времени, а не только ко времени основной деятельности

** Цветом выделены услуги/компоненты услуг с недостаточной статистической наполняемостью (n<5)

Таблица 7. Структура основной деятельности по типам УЗ – другие УЗ

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного объективного физикального обследования, заполнение медицинской документации	1351	6,4	0,134	25,0	27,60
Проведение повторного осмотра	92	4,47	0,152	1,7	1,31
Назначение анализов /направление на обследование	528	4,89	0,155	9,8	8,24
Постановка пациента на диспансерный учет	53	4,08	0,303	1,0	0,69
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0	0	0	0,0	0,00
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0	0	0	0,0	0,00
Получение информированного согласия	25	4,52	0,265	0,5	0,36
Предтестовое консультирование	24	5,25	0,32	0,4	0,40
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	0	0	0	0,0	0,00
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0	0	0	0,0	0,00
Послетестовое консультирование	6	5,5	0,342	0,1	0,11
Оформление необходимой медицинской документации	6	6,17	1,302	0,1	0,12
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	1	5	0	0,0	0,02
Получение информированного согласия	55	3,85	0,173	1,0	0,68
Предтестовое консультирование	53	6,47	0,318	1,0	1,09
Забор крови	1	2	0	0,0	0,01
Организация доставки анализа	7	6,43	0,369	0,1	0,14
Послетестовое консультирование	4	5,5	1,19	0,1	0,07
Оформление необходимой медицинской документации	2	8	0	0,0	0,05
Направление для прохождения тестирования в другие учреждения здравоохранения	3	8,33	1,453	0,1	0,08
Консультирование по вопросам ВИЧ	9	7,67	0,943	0,2	0,22
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	0	0	0	0,0	0,00

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Консультирование дискордантных пар	4	6	1,08	0,1	0,08
Консультирование по планированию семьи	14	6,64	0,76	0,3	0,30
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика	1	4	0	0,0	0,01
Направление на обследование	24	3,46	0,371	0,4	0,26
Назначение лечения	1	5	0	0,0	0,02
Консультирование по вопросам ИППП	2	9	3	0,0	0,06
Профилактика	4	7	1,225	0,1	0,09
Направление на обследование	13	3,15	0,249	0,2	0,13
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям, кроме гепатитов В и С, ИППП	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика	0	0	0	0,0	0,00
Направление на обследование	2	4	0	0,0	0,03
Назначение лечения	0	0	0	0,0	0,00
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0	0	0,0	0,00
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0	0	0	0,0	0,00
Выбор схемы для назначения	0	0	0	0,0	0,00
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0	0,0	0,00
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции (ПКП)	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по вопросам АРТ	1	5	0	0,0	0,02
Консультирование по формированию приверженности	0	0	0	0,0	0,00
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	0	0	0	0,0	0,00
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0	0,0	0,00
Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	16	4,56	0,398	0,3	0,23

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	27	6,7	0,99	0,5	0,58
Направление на обследование	104	3,62	0,103	1,9	1,20
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	37	2,89	0,177	0,7	0,34
Амбулаторное лечение туберкулеза	75	5,55	0,251	1,4	1,33
Профилактика туберкулеза	*0*	*0*	*0*	*0,0*	*0,00*
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	5	1,8	0,2	0,1	0,03
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	8	1,75	0,25	0,1	0,04
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	141	2,99	0,1	2,6	1,35
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	14	3,86	0,533	0,3	0,17
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня (пункт микроскопии мокроты) для исследования на КУБ методом микроскопии мазка (при наличии кашля)	11	3,82	0,807	0,2	0,13
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики ТБ I уровня	9	6,33	0,833	0,2	0,18
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	10	9,5	1,088	0,2	0,30
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	30	6,13	0,331	0,6	0,59
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции под наблюдением фтизиатра и врача-эпидемиолога	2	12	4	0,0	0,08
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	0	0	0	0,0	0,00
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	40	4,5	0,376	0,7	0,57
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	4	4,5	0,866	0,1	0,06

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0,0	0,00
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	40	4	0,291	0,7	0,51
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении возможности приема препарата, полученного по рецепту	2	8	2	0,0	0,05
Контроль состояния пациента	296	2,88	0,055	5,5	2,72
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	1	2	0	0,0	0,01
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания, требующего стационарного режима лечения	3	10,67	4,667	0,1	0,10
Направление на обследования	12	5,5	1,569	0,2	0,21
Ведение учета препарата для ЗПТ в учетной медицинской документации	13	6,62	0,851	0,2	0,27
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ (осмотр ротовой полости)	799	1,86	0,04	14,8	4,73
Индивидуальное консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,0	0,00
Групповое консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ-инфекции	0	0	0	0,0	0,00
Консультирование по социальным вопросам, помощь в трудоустройстве, в решении правовых и жилищных проблем	0	0	0	0,0	0,00
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	3	33	2,309	0,1	0,32
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	2	9	4	0,0	0,06
Разработка индивидуального плана выздоровления	4	29,5	5,252	0,1	0,38
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0	0,0	0,00
Проведение первичной беседы	11	45,27	2,457	0,2	1,59

Основная деятельность	N	Среднее, мин.	Ошибка среднего ± мин.	% услуг в структуре основной деятельности	% затрат раб. времени на услугу*
Проведение повторной беседы	4	40	7,885	0,1	0,51
Кризисное консультирование	4	15,5	6,898	0,1	0,20
Другое	329	6,16	0,248	6,1	6,47
Проведение лекций, тренингов, занятий для молодежи, студентов, других категорий населения по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика)	10	63	8,556	0,2	

* Сумма по столбцу не равна 100%, так как % рассчитывался по отношению ко всему рабочему времени, а не только ко времени основной деятельности

** Цветом выделены услуги/компоненты услуг с недостаточной статистической наполняемостью (n<5)

Приложение 2
Структура основной деятельности по типам УЗ и должностям

Таблица 1. Структура основной деятельности по типам УЗ и должностям – центры СПИДа (% услуг)

	Врач-инфекционист	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-фтизиатр	Врач-терапевт	М/с инфекциониста	М/с сайта ЗПТ	М/с фтизиатра	Психолог	Соцработник
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного обследования	6,9	0	18,2	37,8	35,2	1,6	53,2	0	25,8
Проведение повторного осмотра	7,3	0	4,2	0,6	0,1	0	0,3	0	0
Назначение анализов /направление на обследование	7,6	0	7,4	20,3	18,7	0	5,9	0,2	0,9
Постановка пациента на диспансерный учет	0,6	0	0,3	3,5	0,9	0	0	0,2	0
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0,3	0	0	2,3	0,5	0	0	0	0
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0	0	0	0,6	0,1	0	0	0	0
Получение информированного согласия	0,1	0	0	0	0	0	0	5,3	0
Предтестовое консультирование	0,1	0	0	0	0	0	0	5,3	0
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	0	0	0	0	0,1	0	0	5,1	0
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0
Послетестовое консультирование	0,3	0	0	0	0	0	0	4,4	0
Оформление необходимой медицинской документации	0	0	0	0	0,1	0	0	5	0
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Получение информированного согласия	1	0	0	0	0,6	0	0	13,6	0
Предтестовое консультирование	0,9	0	0	0	0,1	0	0	12,8	0
Забор крови	0	0	0	0	0,5	0	0	0,6	0
Организация доставки анализа	0	0	0	0	0,3	0	0	0	0
Послетестовое консультирование	0,9	0	0	0	0,3	0	0	12,7	0
Оформление необходимой медицинской документации	0,6	0	0,1	0	1,4	0	0	14	0

	Врач-инфекционист	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-фтизиатр	Врач-терапевт	М/с инфекциониста	М/с сайта ЗПТ	М/с фтизиатра	Психолог	Соцработник
Направление для прохождения тестирования в другие УЗ	0	0		0	0	0	0	0	0
Консультирование по вопросам ВИЧ	5,1	0	5,6	0,6	1,8	0	0,2	5,1	0,9
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ	0,7	0	0,2	0	0,1	0	0	1,3	0
Консультирование дискордантных пар	0,1	0	0,1	2,3	0,1	0	0	1,3	0
Консультирование по планированию семьи	0,5	0	0	0	0,1	0	0	1,7	0
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0,1	0	0,7	0,6	0	0	0	0	0
Профилактика	1,3	0	1,9	0	0,2	0	0	0,2	5,1
Направление на обследование	1,1	0	1,7	3,5	1,5	0	0	0	0
Назначение лечения	0,3	0	0,2	1,7	0	0	0	0	0
Консультирование по вопросам ИППП	0	0	0,1	0	0	0	0	0	0
Профилактика	0,4	0	0,2	0	0,6	0	0	0	0
Направление на обследование	0,7	0	0	0	0,8	0	0	0	0
Назначение лечения	0	0	0,1	0	0	0	0	0	0
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям	0,4	0	0,2	0	0	0	0	0	0
Профилактика	1,2	0	1,2	0	0,3	0	0	0,1	0
Направление на обследование	1,5	0	0,5	0	1,2	0	0	0	0
Назначение лечения	0,9	0	0,3	0	0	0	0	0	0
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	1,3	0	0,2	0,6	0,1	0	0	0	0
Выбор схемы для назначения	1,5	0	0,5	2,3	0	0	0	0	0
Назначение АРТ дискордантным парам	0,2	0	0,1	0	0	0	0	0	0
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование по вопросам АРТ	6,5	0	5	1,2	1,2	0	0,8	0,4	0,9
Консультирование по формированию приверженности	5,1	0	6,6	19,2	1,7	0,2	1,1	0,6	36,1

	Врач-инфекционист	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-фтизиатр	Врач-терапевт	М/с инфекциониста	М/с сайта ЗПТ	М/с фтизиатра	Психолог	Соцработник
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	26	0	9,8	0	1,2	0	0	0	0
Выдача АРВ-препаратов	2,9	0	0,2	0,6	9,8	0	5,9	0	0
Профилактика и лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	1,2	0	12,9	0	0	0	0	0	0
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	1	0	6,2	0	0	0	1	0	0
Направление на обследование	1,1	0,5	3,4	0	0,6	0,5	4	0	0
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	1	0	1,7	0	0,7	0	7	0	14,7
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0,7	0	0	0	0	0	0
Профилактика туберкулеза	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Направление на рентгенографию/ флюорографию органов грудной полости	1,3	0	5,1	0	1,5	0	5,9	0	0
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0,9	1	0	0	0,4	0	0	0	0
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	1,7	0	0,1	0	4,8	0	0
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	0,3	0	0	0	1,3	0	0
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0	0	0	0	0,1	0	0	0	0
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	0	0	0	0	0	0	0	0	0,9
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Врач-инфекционист	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-фтизиатр	Врач-терапевт	М/с инфекциониста	М/с сайта ЗПТ	М/с фтизиатра	Психолог	Соцработник
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	1,3	0	0	0	9	0	0	0	3,4
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	10,8	0	0	0	0	0	0	0
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0,7	0	0	0	0	0	0	0
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	4,5	0	0	0	0	0	0	0
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении рецептурной формы ЗПТ	0	0,2	0	0	0	0	0	0	0
Контроль состояния пациента	0	69,9	0	0	0	0	0	0	0
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0	0,7	0	0	0	0	0	0	0
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания	0	0,7	0	0	0	0	0	0	0
Направление на обследования	0	10	0	0	0	8,7	0	0	0
Ведение учета препарата ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0	0	89	0	0	0
Индивидуальное консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0	0	0,1	0	0	2,1	4,3
Групповое консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0
Консультирование по соц. вопросам, помощь в трудоустройстве	0	0	0	0	0	0	0	1,4	0,9

	Врач-инфекционист	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-фтизиатр	Врач-терапевт	М/с инфекциониста	М/с сайта ЗПТ	М/с фтизиатра	Психолог	Соцработник
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0	0	0	0	0	0,4	0
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	0	0	0	0	0	0	0	0,7	2,6
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0	0	0	0	0	0	0,9
Проведение первичной беседы	0	0	0	0	0	0	0	0,8	0
Проведение повторной беседы	0	0	0	0	0	0	0	2,3	0
Кризисное консультирование	0,1	0	0	0	0,1	0	0	1,6	0
Другое	7,5	0	2,4	2,3	7,8	0	8,6	0,4	2,6
ИТОГО	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Таблица 2. Структура основной деятельности по типам УЗ и должностям – противотуберкулезные диспансеры (% услуг)

	Врач-фтизиатр	М/с фтизиатра	М/с участковая
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного обследования	27,6	47,2	3,1
Проведение повторного осмотра	13,6	8,1	0
Назначение анализов /направление на обследование	13,2	11,5	3,9
Постановка пациента на диспансерный учет	1,6	1,2	3,1
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0	0	0
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0	0	0
Получение информированного согласия	1,2	0	0
Предтестовое консультирование	1,2	0	0
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	0,1	1,5	0
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0,1	0,1	0
Послетестовое консультирование	0,3	0	0
Оформление необходимой медицинской документации	0,2	1,5	0
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0	0
Получение информированного согласия	0,3	0	0
Предтестовое консультирование	0,3	0	0
Забор крови	0	0	0
Организация доставки анализа	0	0	0
Послетестовое консультирование	0,1	0	0
Оформление необходимой медицинской документации	0,4	0,5	0
Направление для прохождения тестирования в другие УЗ	0,2	0	0
Консультирование по вопросам ВИЧ	0,6	0	0
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ	0	0	0
Консультирование дискордантных пар	0	0	0
Консультирование по планированию семьи	0	0	0
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0,6	0	0
Профилактика	0,3	0	0
Направление на обследование	0,2	0	0
Назначение лечения	0	0	0
Консультирование по вопросам ИППП	0,2	0	0
Профилактика	0,1	0	0
Направление на обследование	0,1	0	1,6

	Врач-фтизиатр	М/с фтизиатра	М/с участковая
Назначение лечения	0	0	0
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям	0,4	0	0
Профилактика	0,4	0	0
Направление на обследование	0	0	0
Назначение лечения	0	0	0
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0	0
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0	0	0
Выбор схемы для назначения	0	0	0
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики	0	0	0
Консультирование по вопросам АРТ	0,8	0	0
Консультирование по формированию приверженности	0	0	0
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	0,4	0	0
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0
Профилактика и лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных	0,1	0	0
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	2,2	0,4	0
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0,4	0	3,1
Направление на обследование	2,7	5,1	38,6
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	1,3	0	0
Амбулаторное лечение туберкулеза	6,3	0,3	38
Профилактика туберкулеза	0	0	0
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0,5	0,1	1,6
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	2,2	0,8	0
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	7,6	2,6	5,4
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0	0	0
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики	1,9	2,5	0
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики	0,2	0,2	0
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0,2	6,8	1,6

	Врач-фтизиатр	М/с фтизиатра	М/с участковая
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	2	1,9	0
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции	1,5	0,4	0
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	1,6	0	0
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	0	0	0
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	0	0
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении рецептурной формы ЗПТ	0	0	0
Контроль состояния пациента	0	0	0
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0	0	0
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания	0	0	0
Направление на обследования	0	0	0
Ведение учета препарата ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0
Индивидуальное консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0
Групповое консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0
Консультирование по соц. вопросам, помощь в трудоустройстве	0	0	0
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	0,2	0	0
Разработка индивидуального плана выздоровления	0,2	0	0
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0
Проведение первичной беседы	0	0	0
Проведение повторной беседы	0	0	0
Кризисное консультирование		0	0
Другое	4,4	7,3	0
ИТОГО	**100**	**100**	**100**

Таблица 3. Структура основной деятельности по типам УЗ и должностям – КВД (% услуг)

	Врач-дермато-венеролог	М/с дермато-венеролога	М/с участковая
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного обследования	28,9	50,4	83,9
Проведение повторного осмотра	8,3	1,7	0
Назначение анализов /направление на обследование	17,9	20,2	0
Постановка пациента на диспансерный учет	1,8	2,2	0
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0	0	0
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0	0,8	0
Получение информированного согласия	3,4	0,8	0
Предтестовое консультирование	3,4	0,9	0
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	1,8	3,6	0
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0	0	0
Послетестовое консультирование	3,4	0	0
Оформление необходимой медицинской документации	2,3	2,9	0
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0,1	0
Получение информированного согласия	1,3	0,2	0
Предтестовое консультирование	1,3	0,1	0
Забор крови	0	1,5	0
Организация доставки анализа	0	0	16,1
Послетестовое консультирование	0,1	0,1	0
Оформление необходимой медицинской документации	0,1	0,7	0
Направление для прохождения тестирования в другие УЗ	0	0,1	0
Консультирование по вопросам ВИЧ	1,3	0,2	0
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ	0,4	0	0
Консультирование дискордантных пар	0	0	0
Консультирование по планированию семьи	0	0	0
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0	0	0
Профилактика	0,1	0	0
Направление на обследование	0,1	0	0
Назначение лечения	0	0	0
Консультирование по вопросам ИППП	0,3	0	0
Профилактика	7,1	0	0

	Врач-дермато-венеролог	М/с дермато-венеролога	М/с участковая
Направление на обследование	7,8	3,8	0
Назначение лечения	5,4	0,4	0
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям	0	0	0
Профилактика	0	0	0
Направление на обследование	0	0	0
Назначение лечения	0	0	0
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0	0
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0	0	0
Выбор схемы для назначения	0	0	0
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики	0	0	0
Консультирование по вопросам АРТ	0	0	0
Консультирование по формированию приверженности	0	0	0
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	0	0	0
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0
Профилактика и лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных	0	0	0
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0	0	0
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0	0	0
Направление на обследование	0	0	0
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование	0	0	0
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0
Профилактика туберкулеза	0	0	0
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0	0	0
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	0	0	0
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0	0	0
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	0
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	0
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0	0	0

	Врач-дермато-венеролог	М/с дермато-венеролога	М/с участковая
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	0	0	0
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции	0	0	0
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	0,9	0	0
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	0	0	0
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	0	0
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении рецептурной формы ЗПТ	0	0	0
Контроль состояния пациента	0	0	0
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0	0	0
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания	0	0	0
Направление на обследования	0	0	0
Ведение учета препарата ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0
Индивидуальное консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0
Групповое консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0
Консультирование по соц. вопросам, помощь в трудоустройстве	0	0	0
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	0	0	0
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0
Проведение первичной беседы	0	0	0
Проведение повторной беседы	0	0	0
Кризисное консультирование	0	0	0
Другое	2,6	9,3	0
ИТОГО	**100**	**100**	**100**

Таблица 4. Структура основной деятельности по типам УЗ и должностям – НД (% услуг)

	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог (не ЗПТ)	М/с сайта ЗПТ	М/с нарколога (не ЗПТ)
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного обследования	0,1	31,4	0,1	18,8
Проведение повторного осмотра	0,8	8,7	0	2
Назначение анализов /направление на обследование	1,4	6	0,4	1,2
Постановка пациента на диспансерный учет	0	3,1	0	1,3
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0,1	0,1	0	0
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0	0	0	0
Получение информированного согласия	0,6	2,1	0	0,5
Предтестовое консультирование	0,6	2,6	0	0,6
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	0	0	0	0,4
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0	0	0	0
Послетестовое консультирование	0	1,5	0	0,4
Оформление необходимой медицинской документации	0,6	0,9	0	1,4
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0	0	0
Получение информированного согласия	0	1	0	0,4
Предтестовое консультирование	0	1,1	0	0,5
Забор крови	0	0,1	0	0,4
Организация доставки анализа	0	0	0,1	0,1
Послетестовое консультирование	0	0,1	0	0,3
Оформление необходимой медицинской документации	0	0,5	0	0,5
Направление для прохождения тестирования в другие УЗ	0	1,3	0	0,5
Консультирование по вопросам ВИЧ	0	1	0,1	0,4
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ	0	0,1	0	0
Консультирование дискордантных пар	0	0	0,1	0
Консультирование по планированию семьи	0	0	0	0

	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог (не ЗПТ)	М/с сайта ЗПТ	М/с нарколога (не ЗПТ)
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0	0,5	0	0,2
Профилактика	0	0,6	0	0,3
Направление на обследование	0	0,7	0	0,5
Назначение лечения	0	0	0	0
Консультирование по вопросам ИППП	0	0	0	0
Профилактика	0	0	0	0
Направление на обследование	0	0	0	0
Назначение лечения	0	0	0	0
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям	0	0,1	0	0
Профилактика	0	0,3	0	0
Направление на обследование	0	0	0	0
Назначение лечения	0	0	0	0
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0,1	0	0
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0	0	0	0
Выбор схемы для назначения	0	0	0	0
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0	0
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики	0	0	0	0
Консультирование по вопросам АРТ	0	0,3	0	0
Консультирование по формированию приверженности	0,5	0,3	0	0
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	0	0	0	0
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0	0
Профилактика и лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных	0	0	0	0
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0	0	0	0
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0	0	0	0
Направление на обследование	0	0	0	0
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	0	0	0	0
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0	0

	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог (не ЗПТ)	М/с сайта ЗПТ	М/с нарколога (не ЗПТ)
Профилактика туберкулеза	0	0	0	0
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0	0,1	0	0
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0	0
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	1,3	2,2	0,1	0,6
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0	0,3	0	0
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	0	0
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	0	0
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0,7	0	0,6	0
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	0	0	0	0
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции	0	0	0	0
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	0	0,6	0	0,1
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	12,9	4,8	0,1	0
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	2,6	1,8	0,4	0
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	16,2	1,1		0
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	4,3	4,5	0,1	0,1
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении рецептурной формы ЗПТ	1,1	3,1	0	0
Контроль состояния пациента	36,3	4,8	0,1	21,5
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0,7	0,6	0	0,1
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания	0,1	0,5	0	0

	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог (не ЗПТ)	М/с сайта ЗПТ	М/с нарколога (не ЗПТ)
Направление на обследования	1,8	1,7	0	0
Ведение учета препарата ЗПТ в учетной медицинской документации	12	0	11,4	0
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ	5,2	1,5	84,9	43,3
Индивидуальное консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0	0
Групповое консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0	0
Консультирование по соц. вопросам, помощь в трудоустройстве	0	0,6	0	0
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0	0
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	0	0,1	0	0
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0	0
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0	0
Проведение первичной беседы	0	0,3	0	0
Проведение повторной беседы	0	0,1	0	0
Кризисное консультирование	0	0	0	0
Другое	0,1	6,8	1,5	3,6
ИТОГО	**100**	**100**	**100**	**100**

Таблица 5. Структура основной деятельности по типам УЗ и должностям – центры ПМСП (% услуг)

	Врач ОП-СМ	Врач-терапевт	М/с сайта ЗПТ	М/с ОП-СМ	М/с участковая
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного обследования	52,7	54,9	0	64,9	44,2
Проведение повторного осмотра	9,6	15	0	0,1	12
Назначение анализов /направление на обследование	18,9	2,9	0	22,9	33,6
Постановка пациента на диспансерный учет	0,9	0	0	2,8	0
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0	0	0	0	0
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0	0	0	0	0
Получение информированного согласия	0,3	0	0	0	0
Предтестовое консультирование	0,3	0	0	0	0
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	0	0	2,7	0	0
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0	0	0	0	0
Послетестовое консультирование	0	0	0	0	0
Оформление необходимой медицинской документации	0	0	2,7	0	0
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0	0	0	0
Получение информированного согласия	0	0	0	0	0
Предтестовое консультирование	0	0	0	0	0
Забор крови	0	0	0	1,1	0
Организация доставки анализа	0	0	0	0	0
Послетестовое консультирование	0	0	0	0	0
Оформление необходимой медицинской документации	0	0	0	0	0
Направление для прохождения тестирования в другие УЗ	0,1	0	0	0	0
Консультирование по вопросам ВИЧ	0,3	0,6	0	0	0
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ	0	0	0	0	0
Консультирование дискордантных пар	0	0,6	0	0	0
Консультирование по планированию семьи	0,3	0	0	0	0

	Врач ОП-СМ	Врач-терапевт	М/с сайта ЗПТ	М/с ОП-СМ	М/с участковая
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0	0	0	0	0
Профилактика	0,5	0,6	0	0	0
Направление на обследование	0,6	0	0	0	0
Назначение лечения	0	1,7	0	0	0
Консультирование по вопросам ИППП	0,1	0	0	0	0
Профилактика	0,2	0	0	0	0
Направление на обследование	0,1	0	0	0,2	0,5
Назначение лечения	0	1,7	0	0,1	0
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям	0,1	0	0	0	0
Профилактика	0	0	0	0	0
Направление на обследование	0,1	1,7	0	0	0
Назначение лечения	0	1,2	0	0	0
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0	0	0	0
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0	0	0	0	0
Выбор схемы для назначения	0	0	0	0	0
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0	0	0
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики	0	0	0	0	0
Консультирование по вопросам АРТ	0	0	0	0	0
Консультирование по формированию приверженности	0	0	0	0	0
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	0	0	0	0	0
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0	0	0
Профилактика и лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных	0	0	0	0	0
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0	0	0	0	0
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0	0	0	0	0
Направление на обследование	0	0,6	0	0	0
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	0	0	0	0	0
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0	0	0

	Врач ОП-СМ	Врач-терапевт	М/с сайта ЗПТ	М/с ОП-СМ	М/с участковая
Профилактика туберкулеза	0	0	0	0	0
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0,1	0,6	0	0	0
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0	0	0
Направление на рентгенографию/ флюорографию органов грудной полости	8	9,2	0	3,8	7,7
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0,4	0	0	0,1	0
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики	0,1	0	0	0	0,5
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	0	0	0
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0	0	0	0	0,5
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	1,5	0,6	0	0,1	1
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции	0,1	0	0	0	0
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	1,2	0	0	0	0
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0	0
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	0	0	4,5	0	0
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	0	0	0	0
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0,1	0	0	0	0
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0	0
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении рецептурной формы ЗПТ	0	0	0	0	0
Контроль состояния пациента	0,1	0	4,1	0	0
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0	2,3	0	0	0

	Врач ОП-СМ	Врач-терапевт	М/с сайта ЗПТ	М/с ОП-СМ	М/с участковая
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания	0	0	0	0	0
Направление на обследования	0	3,5	0	0	0
Ведение учета препарата ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0	0	0
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	86	0	0
Индивидуальное консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0	0	0
Групповое консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0,1	0	0	0	0
Консультирование по соц. вопросам, помощь в трудоустройстве	0	0	0	0	0
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0	0	0
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	0	0	0	0	0
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0	0	0
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0	0	0
Проведение первичной беседы	0	0	0	0	0
Проведение повторной беседы	0	0	0	0	0
Кризисное консультирование	0	0	0	0	0
Другое	3,2	2,3	0	3,9	0
ИТОГО	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Таблица 6. Структура основной деятельности по типам УЗ и должностям – кабинеты доверия (% услуг)

	Врач-инфекционист	М/с инфекциониста	Психолог
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного обследования	17	26,6	0
Проведение повторного осмотра	5	1	0
Назначение анализов /направление на обследование	11,3	11,3	0
Постановка пациента на диспансерный учет	1	0,8	0
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0,6	0,1	0
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0,1	0	0
Получение информированного согласия	1,6	2,9	2,7
Предтестовое консультирование	2	1,3	4
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	1,6	3	3,2
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0,3	0,2	0,5
Послетестовое консультирование	1	0,6	2,9
Оформление необходимой медицинской документации	1,3	3,1	2,9
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0,6	1,2	0
Получение информированного согласия	3,1	2,4	12
Предтестовое консультирование	3,5	1,2	15,6
Забор крови	1	3,5	0
Организация доставки анализа	1	1,5	0,5
Послетестовое консультирование	1,4	0,2	14,1
Оформление необходимой медицинской документации	2,9	3,1	17,1
Направление для прохождения тестирования в другие УЗ	0,1	0	0,3
Консультирование по вопросам ВИЧ	1,5	0,5	0,3
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ	0	0	0,3
Консультирование дискордантных пар	0,3	0,1	0,3
Консультирование по планированию семьи	0,3	0,3	0
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0,2	0	0
Профилактика	0,9	0,4	0,3
Направление на обследование	1,5	0,8	0
Назначение лечения	0,7	0	0

	Врач-инфекционист	М/с инфекциониста	Психолог
Консультирование по вопросам ИППП	0	0	0
Профилактика	0,4	0,2	0
Направление на обследование	0,3	0,4	0
Назначение лечения	0	0	0
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям	0,5	0	0
Профилактика	0,3	0	0
Направление на обследование	1,1	0,2	0
Назначение лечения	0,3	0	0
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0,5	0,3	0
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	1	0,3	0
Выбор схемы для назначения	0,9	0,4	0
Назначение АРТ дискордантным парам	0,1	0	0
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики	0,1	0	0
Консультирование по вопросам АРТ	4,3	2,6	0,3
Консультирование по формированию приверженности	2,9	2	1,1
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	9,1	5,7	0
Выдача АРВ-препаратов	9,2	13,7	0
Профилактика и лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных	0,2	0,2	0
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0,5	0	0
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0,9	0	0
Направление на обследование	1	0,6	0
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	0,6	0,1	0,3
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0
Профилактика туберкулеза	0,1	0	0
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0,2	0	0
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0
Направление на рентгенографию/флюорографию органов грудной полости	1,4	1,1	0

	Врач-инфекционист	М/с инфекциониста	Психолог
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0,5	0,4	0
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики	0,1	0	0
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	0
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0	0	0
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	0,1	0	0
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции	0	0	0
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	0	0,2	0
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	0	0	0
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	0	0
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении рецептурной формы ЗПТ	0	0	0
Контроль состояния пациента	0	0	0
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0	0	0
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания	0	0	0
Направление на обследования	0	0	0
Ведение учета препарата ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0
Индивидуальное консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0,1	15,2
Групповое консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0
Консультирование по соц. вопросам, помощь в трудоустройстве	0	0	0,3

	Врач-инфекционист	М/с инфекциониста	Психолог
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	0,1	0	1,3
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0,5
Проведение первичной беседы	0	0	1,1
Проведение повторной беседы	0	0	0,8
Кризисное консультирование	0	0,2	1,3
Другое	1,5	5,2	0,8
ИТОГО	**100**	**100**	**100**

Таблица 7. Структура основной деятельности по типам УЗ и должностям – «другие» УЗ (% услуг)

	Врач-дерматовенеролог	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог (не ЗПТ)	Врач-фтизиатр	Врач ОП-СМ	М/с дерматовенеролога	М/с сайта ЗПТ	М/с нарколога (не ЗПТ)	М/с фтизиатра	М/с ОП-СМ
Опрос жалоб и сбор анамнеза, проведение первичного обследования	95,6	10,7	48,6	30,6	29,9	95,6	0,8	40,5	36,4	43,2
Проведение повторного осмотра	0	0,4	1,5	2,2	11,9	0	0	0,3	0	5,4
Назначение анализов/направление на обследование	4,4	4,9	5,4	2,2	27,2	4,4	4,9	6,6	2,2	30,4
Постановка пациента на диспансерный учет	0	0	0,9	0	4,9	0	0	0,9	0	3,3
Установление причины постановки ВИЧ-инфицированного лица на учет	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
КиТ на ВИЧ с использованием быстрых тестов	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Получение информированного согласия	0	0	0	0,6	0,2	0	0	2,8	3,7	0
Предтестовое консультирование	0	0	2	3,5	0,2	0	0	0	0	0
Тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Повторное тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (при необходимости)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Послетестовое консультирование	0	0	0,4	0,6	0,2	0	0	0	0	0
Оформление необходимой медицинской документации	0	0,2	0	0	0	0	0	0,6	1,5	0
КиТ на ВИЧ с использованием традиционных тестов (ИФА)	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0	0
Получение информированного согласия	0	0	3,5	0	0,2	0	0	2,2	0	0
Предтестовое консультирование	0	0	3,3	0	0	0	0	2,2	0	0
Забор крови	0	0	0	0,3	0	0	0	0	0	0
Организация доставки анализа	0	0	0	0	0	0	0	2,2	0	0
Послетестовое консультирование	0	0	0	0	0	0	0	0,6	0	0
Оформление необходимой медицинской документации	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0	0

	Врач-дерматовенеролог	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог (не ЗПТ)	Врач-фтизиатр	Врач ОП-СМ	М/с дерматовенеролога	М/с сайта ЗПТ	М/с нарколога (не ЗПТ)	М/с фтизиатра	М/с ОП-СМ
Направление для прохождения тестирования в другие УЗ	0	0,2	0,2	0	0	0	0	0,3	0	0
Консультирование по вопросам ВИЧ	0	0,4	1,3	0	0,2	0	0	0	0	0
Консультирование по вопросам постконтактной профилактики ВИЧ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование дискордантных пар	0	0	0,9	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование по планированию семьи	0	0,2	1,3	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование по вопросам гепатитов В и С	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Профилактика	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0	0
Направление на обследование	0		1,7	0	1,1	0	0	0	0	0,9
Назначение лечения	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0	0
Консультирование по вопросам ИППП	0	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Профилактика	0	0	0	0	0,9	0	0	0	0	0
Направление на обследование	0	0	0	0	0,4	0	0,7	2,5	0	0
Назначение лечения	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование по другим оппортунистическим инфекциям и осложнениям	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Профилактика	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Направление на обследование	0	0,2	0	0	0,4	0	0	1,6	0	0
Назначение лечения	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Антиретровирусная терапия (АРТ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Выбор и подготовка пациентов к АРТ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Выбор схемы для назначения	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Назначение АРТ дискордантным парам	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Назначение АРТ с профилактической целью для постконтактной профилактики	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование по вопросам АРТ	0	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0

	Врач-дерматовенеролог	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог (не ЗПТ)	Врач-фтизиатр	Врач ОП-СМ	М/с дерматовенеролога	М/с сайта ЗПТ	М/с нарколога (не ЗПТ)	М/с фтизиатра	М/с ОП-СМ
Консультирование по формированию приверженности	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Наблюдение и ведение пациентов, которым назначена АРТ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Выдача АРВ-препаратов	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Профилактика и лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных	0	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование, включая профилактику и назначение лечения	0	0	0	3,2	0	0	0	0	1,5	0
Профилактическое лечение изониазидом (назначение)	0	0	0	3,5	0,4	0	0	0	3	1,8
Направление на обследование	0	0	1,1	16,4	0,2	0	0	0	18,7	0,6
Клинический скрининг туберкулеза (скрининговое анкетирование)	0	0	0	0,3	7,1	0	0	0	0	1,2
Амбулаторное лечение туберкулеза	0	0	0	11,4	1,1	0	0	0	12,7	0,3
Профилактика туберкулеза	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Активное выявление туберкулеза среди групп риска путем назначения скринингового флюорографического обследования	0	0	0	0	0,7	0	0	0	0	0,6
Направление пациента на тестирование на ВИЧ	0	0	0	0,6	0,9	0	0	0	0,4	0,3
Направление на рентгенографию/ флюорографию органов грудной полости	0	0,2	3,7	5,4	10	0	0	5,4	6	8,4
Направление пациентов с подозрением на ТБ к врачу-фтизиатру	0	0	1,1	0	0,4	0	0	1,6	0	0
Сбор мокроты для отправки в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	0	2,9	0	0	0	0	0,7	0
Организация транспортировки мокроты в лабораторию микробиологической диагностики	0	0	0	0	0	0	0	0	3,4	0
Проведение ДОТ-лечения и выполнение рекомендаций участкового фтизиатра	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

	Врач-дерматовенеролог	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог (не ЗПТ)	Врач-фтизиатр	Врач ОП-СМ	М/с дерматовенеролога	М/с сайта ЗПТ	М/с нарколога (не ЗПТ)	М/с фтизиатра	М/с ОП-СМ
Информирование населения по вопросам профилактики, выявления и лечения ТБ	0	0	0	8	0,7	0	0	0	0,4	0,3
Отслеживание контактов в очагах туберкулезной инфекции	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0	0,3
Проведение скринингового анкетирования на ТБ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование пациентов, которым назначена ЗПТ	0	8,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование и лечение по поводу других заболеваний и состояний	0	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0
Определение необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Корректировка необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	8,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Подготовка предложений о начале и прекращении ЗПТ или предоставлении рецептурной формы ЗПТ	0	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Контроль состояния пациента	0	59,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Направление в другие профильные учреждения здравоохранения	0	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Решение вопросов о продолжении ЗПТ в случае травмы или соматического заболевания	0	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Направление на обследования	0	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Ведение учета препарата ЗПТ в учетной медицинской документации	0	0	0	0	0	0	1,5	0	0	0
Выдача и контроль приема необходимой дозы препарата для ЗПТ	0	1,8	0	0	0	0	92,1	0	0	0
Индивидуальное консультирование психологом/социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Врач-дерматовенеролог	Врач-нарколог сайта ЗПТ	Врач-нарколог (не ЗПТ)	Врач-фтизиатр	Врач ОП-СМ	М/с дерматовенеролога	М/с сайта ЗПТ	М/с нарколога (не ЗПТ)	М/с фтизиатра	М/с ОП-СМ
Групповое консультирование психологом/ социальным работником по профилактике ВИЧ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Консультирование по соц. вопросам, помощь в трудоустройстве	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Психологическое консультирование членов семьи пациентов, опекунов и т.п.	0	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Разработка индивидуального плана выздоровления	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Проведение тренинга по профилактике рискованного поведения	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Проведение первичной беседы	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Проведение повторной беседы	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Кризисное консультирование	0	0	0,4	0,3	0	0	0	0	0	0
Другое	0	0	22,7	8	0	0	0	29,4	9,4	0
ИТОГО	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Приложение 3

Список иллюстративного материала к разделу «РЕЗУЛЬТАТЫ ХРОНОМЕТРАЖА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ»

Таблица 1

РИСУНКИ

Номер	Название	Страница
Рис. 1.	Распределение респондентов по стажу работы и уровню квалификации, %	35
Рис. 2.1.	Доля времени, затрачиваемого на подкоды 1-4, по типам УЗ, %	47
Рис. 2.2.	Категории пациентов, которым оказывались услуги	49
Рис. 2.3.	Удельный вес затрат рабочего времени на оказание ВИЧ-услуг по типам УЗ, % времени от основной деятельности	51
Рис. 2.4.	Затраты времени на оказание услуг по назначению и выдаче АРТ врачами центра СПИДа, среднее значение, минут	54
Рис. 2.5.	Затраты времени на оказание услуг по профилактики и лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в центре СПИДа, среднее значение, минут	55
Рис. 2.6.	Затраты времени медицинской сестры кабинета доверия на оказание услуг по АРТ, средняя длительность, минут	57
Рис. 2.7.	Затраты времени психолога кабинета доверия на разные виды консультирования и профилактические мероприятия, средняя длительность, минут	58
Рис. 2.8.	Затраты времени персоналом КВД на разные виды консультирования по вопросам ИППП, средняя длительность, минут	62

Таблица 2

ТАБЛИЦЫ

Номер	Название	Страница
Таблица 1.	Категории медицинских работников и специалистов	34
Таблица 1.1.	Структура затрат рабочего времени в разрезе видов деятельности, % времени	36
Таблица 1.2.	Структура затрат рабочего времени в разрезе отдельных категорий медицинских работников и специалистов, по типам УЗ, % времени и сумма времени (минут)	38
Таблица 2.1.	Временные характеристики услуг, оказанных медработниками в присутствии пациентов, по типам УЗ	42
Таблица 2.2.	Временные затраты на ВИЧ-услуги и их составляющие, по кодам (N=36059)	43
Таблица 2.3.	Доля рабочего времени, затрачиваемого на предоставление ВИЧ-услуг, по типам УЗ, %	48
Таблица 2.4.	Категории пациентов, которым оказывались услуги, в зависимости от типа УЗ, %	49

Номер	Название	Страница
Таблица 2.5.	Структура услуг в зависимости от цели посещения, % к услугам, предоставляемым в присутствии пациента (N=36059)	50
Таблица 2.6.	Структура услуг в зависимости от цели посещения в разных типах УЗ, % к услугам, предоставляемым в присутствии пациента (N=36059)	50
Таблица 2.7.	Затраты рабочего времени на рутинные операции отдельными категориями медперсонала центров СПИДа, средняя длительность, минут	52
Таблица 2.8.	Затраты рабочего времени на разные виды консультирования врачами-инфекционистами центров СПИДа и медсестрами, которые им ассистируют	53
Таблица 2.9.	Затраты времени на оказание услуг по назначению и выдаче АРТ медсестрами центра СПИДа, среднее значение, минут	54
Таблица 2.10.	Затраты времени на оказание услуг по профилактике туберкулеза у ВИЧ-инфицированных медсестрами центра СПИДа, среднее значение, минут	55
Таблица 2.11.	Затраты рабочего времени на рутинные операции отдельными категориями медперсонала кабинетов доверия, средняя длительность, минут	56
Таблица 2.12.	Затраты рабочего времени на рутинные операции медсестрами кабинетов доверия, средняя длительность, минут	56
Таблица 2.13.	Затраты рабочего времени на КиТ разными категориями персонала кабинетов доверия, средняя длительность, минут	57
Таблица 2.14.	Затраты рабочего времени на КиТ разными категориями персонала ПТД, средняя длительность, минут	59
Таблица 2.15.	Затраты рабочего времени на профилактику и лечение ТБ у ЛЖВ разными категориями персонала ПТД, средняя длительность, минут	60
Таблица 2.16.	Затраты рабочего времени на профилактику и лечение ТБ среди общего населения разными категориями персонала ПТД, средняя длительность, минут	60
Таблица 2.17.	Затраты рабочего времени на рутинные операции медперсоналом КВД, средняя длительность, минут	61
Таблица 2.18.	Затраты рабочего времени на КиТ разными категориями персонала КВД, средняя длительность, минут	61
Таблица 2.19.	Затраты рабочего времени на КиТ разными категориями персонала НД, средняя длительность, минут	63
Таблица 2.20.	Затраты рабочего времени на ЗПТ разными категориями персонала сайтов ЗПТ (при НД), средняя длительность, минут	64
Таблица 2.21.	Затраты рабочего времени на профилактику ТБ разными категориями персонала ЦПМСП, средняя длительность, минут	64
Таблица 3.1.	Доля основной деятельности в структуре рабочего времени сотрудников по специальностям, типам УЗ и регионам, % времени	66
Таблица 3.2.	Резервы для повышения эффективности работы сотрудников в отдельно взятых УЗ	70
Таблица 4.1.	Продолжительность составляющих КиТ с использованием быстрых тестов на ВИЧ, среднее значение, минут	73

Номер	Название	Страница
Таблица 4.2.	Продолжительность составляющих КиТ с использованием традиционных тестов (ИФА), среднее значение, минут	74
Таблица 4.3.	Затраты рабочего времени в расчете на одну услугу, связанную с АРТ, мин.	75
Таблица 4.4.	Затраты рабочего времени в расчете на одну услугу, связанную с ЗПТ, среднее значение, минут	75
Таблица 4.5.	Затраты рабочего времени на услуги, связанные с консультированием и лечением оппортунистических заболеваний, среднее значение, минут	76
Таблица 4.6.	Затраты рабочего времени на услуги, связанные с профилактикой и лечением туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, среднее значение, минут	77
Таблица 4.7.	Затраты рабочего времени на услуги, связанные с профилактикой туберкулеза, среднее значение, минут	77

АНАЛИЗ МОТИВАТОРОВ И СТИМУЛОВ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

АНАЛИЗ МОТИВАТОРОВ И СТИМУЛОВ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Формативное исследование мотиваторов и стимулов труда медработников проводилось в рамках гранта **«Формативное исследование и разработка схем стимулирования для создания эффективного перераспределения обязанностей на уровне первичной медико-санитарной помощи и специализированных учреждений здравоохранения (ВИЧ-служба, противотуберкулезная, наркологическая и кожно-венерологическая службы) на местном уровне».**

Цели проекта:

1. Определение потребностей в перераспределении обязанностей медицинских работников, занятых в сфере ВИЧ-сервиса, и сбор информации для принятия решений.
2. Изучение мотиваторов и стимулов, которые уже используются, либо могут использоваться для медицинских работников в сфере предоставления ВИЧ-услуг.
3. Разработка механизма перераспределения обязанностей для пилотирования на районном уровне как компонента усиления и оптимизации кадрового потенциала в сфере ВИЧ-сервиса.

Проект включал в себя **три основных компонента**, каждый из которых соотносится с его целями:

1) Анализ рабочей нагрузки на выбранных сайтах в семи приоритетных регионах (цель 1).

2) Формативное исследование мотиваторов и стимулов труда медработников в сфере ВИЧ-сервиса (цель 2).

3) Разработка и презентация механизма перераспределения обязанностей в сфере предоставления ВИЧ-услуг (цель 3).

Результаты анализа по каждой из исследовательских целей представлены в отдельных разделах обобщенного аналитического документа. Данный раздел отражает результаты исследования в соответствии с Целью 2 - **Формативное исследование мотиваторов и стимулов труда** медработников по предоставлению ВИЧ-услуг.

Для достижения цели формативного исследования была собрана и проанализирована информация об:

- особенностях предоставления ВИЧ-сервиса, включая КиТ на ВИЧ, консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции с фокусом на первичную профилактику, ПКП, планирование семьи, антиретровирусную терапию, профилактику и лечение туберкулеза, вирусных гепатитов В и С, ИППП у ВИЧ-инфицированных пациентов, ЗПТ в различных типах УЗ;
- мотиваторах и стимулах (финансовых и нефинансовых), которые используются или могут использоваться с целью стимулировать медперсонал взять на себя дополнительную рабочую нагрузку и новые обязанности по предоставлению ВИЧ-услуг;
- желании/ готовности медработников передать некоторые из предоставляемых ими ВИЧ-услуг другим специалистам и условиях, при которых это возможно;
- подходах к обучению и повышению квалификации различных групп персонала (врачей, медсестер и т.п.) в сфере предоставления ВИЧ-услуг как необходимой предпосылке эффективного перераспределения обязанностей по предоставлению ВИЧ-услуг;
- других условиях (например, организационно-правовых), необходимых для эффективного перераспределения обязанностей в сфере предоставления ВИЧ-услуг.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Было применено формативное исследование, поскольку оно проводилось с операционной целью перед началом проектной деятельности по пилотированию новых схем перераспределения ВИЧ-сервиса между различными типами учреждений здравоохранения. Данная интервенция инициирована проектом USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии», а ее реализация предполагается в партнерстве с региональными управлениями здравоохранения на базе отдельных лечебных учреждений. Формативное исследование нацелено на получение необходимых данных о стимулах, мотивации, других условиях, при которых возможно перераспределение обязанностей, препятствиях для планируемой интервенции и возможных путях их **преодоления**, т.е. сбора и анализа **верифицированной информации для принятия корректных управленческих решений.**

Формативное исследование базировалось на комплексной методологии, объединяющей использование количественных (полуструктурированные интервью с медработниками) и качественных социологических методов (глубинные интервью и фокус-группы с медработниками).

Объект исследования – медицинский персонал (администраторы, врачи и медицинские сестры, ведущие амбулаторный прием пациентов) УЗ, где могут предоставляться ВИЧ-услуги.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Количественный компонент исследования

Полуструктурированные интервью с медработниками проводились методом face-to-face по специально разработанной для данного опроса анкете. Ее основными блоками стали:

- социально-демографические характеристики респондентов;
- характеристика занятости и условий труда опрошенных медработников;
- оценка респондентами своей трудовой нагрузки по основному месту работы и в целом, с учетом совместительства и других видов занятости;
- источники дохода респондента и их роль в благосостоянии домохозяйств, представляемых респондентами;
- мотиваторы и стимулы, удерживающие респондентов в бюджетной медицине;
- вовлеченность респондентов в предоставление ВИЧ-услуг и оценка потребностей пациентов в этих услугах;
- готовность опрошенных медработников предоставлять различные виды ВИЧ-услуг и предпочтительные для этого условия;
- заинтересованность респондентов в передаче части функциональных обязанностей, их виды, в т.ч. ВИЧ-сервис, условия передачи.

К участию в опросе привлекались только врачи и медсестры, ведущие амбулаторный прием пациентов. Участие в полуструктурированных интервью руководства УЗ (главврача, начмеда и т.п.) не предполагалось. Эти категории специалистов стали объектом качественного компонента исследования (глубинных интервью).

Выборка

Особенностью исследования было то, что его география была определена донором, исходя из эпидемиологического бремени ВИЧ-инфекции в стране. Таким образом, в выборку были включены 6 областей (Днепропетровская, Полтавская, Одесская, Николаевская, Херсонская и Черкасская), а также г. Киев. В этих регионах ведется деятельность Проекта USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии» и осуществляется реализация пилотов.

Выборка стратифицированная по двум признакам: тип населенного пункта и тип учреждения здравоохранения.

А **Тип населенного пункта** (по численности населения):

- ✓ областной центр,
- ✓ город больше 100 тыс. населения, но не областной центр,
- ✓ город меньше 100 тыс. населения.

Этот признак использовался как аппроксимация количества обслуживаемых ВИЧ-пациентов за год. Кроме этого, использование типа населенного пункта в качестве одного из признаков при построении выборки обусловлено тем, что организационная структура системы здравоохранения в Украине во многом определяется административным статусом населенного пункта (областной центр или нет) и численностью населения. Таким образом, жителям областных центров доступен максимальный набор ВИЧ-услуг, примерно одинаковый во всех областных центрах, жителям крупных городов – относительно меньший, а жителям небольших городов – минимальный по объему.

В целом в выборку включены 13 населенных пунктов. Кроме 6 областных центров и г. Киева, а также пилотных городов, определенных Проектом (гг. Кривой Рог, Белгород-Днестровский, Первомайск и Канев), в выборку был добавлен один крупный город – Кременчуг (Полтавская обл.) и один малый – Олешки (Херсонская обл.) (табл. 1.1.).

Таблица 1.1. География исследования

Регион	Больше 100 тыс. чел.	Меньше 100 тыс. чел.
Днепропетровская обл.	Днепр(опетровск) Кривой Рог	-
Полтавская обл.	Полтава Кременчуг	-
Одесская обл.	Одесса	Белгород-Днестровский
Николаевская обл.	Николаев	Первомайск
Черкасская обл.	Черкассы	Канев
Херсонская обл.	Херсон	Олешки (Цюрупинск)
г. Киев	Киев	-
Всего городов – 13	9	4

Б **Тип медучреждения**.

Перечень типов учреждений включает в себя:

- центры СПИДа;
- кабинеты доверия;
- тубдиспансеры;
- кожвендиспансеры;
- наркодиспансеры;
- медучреждения, предоставляющие первичную медико-санитарную помощь;
- в некоторых городах были включены другие типы УЗ (например, психоневрологический диспансер, центр психического здоровья или многопрофильная больница). Это обусловлено тем, что в ряде городов отсутствуют специализированные УЗ (например, нарко- или тубдиспансер), а его функции возложены на другое лечебное учреждение.

Тип выборки – представительская для указанных типов медучреждений. Это – своего рода промежуточный вариант между целевой выборкой, когда мы выбираем только конкретные учреждения, которые являются объектом исследования, в результате экстраполируя данные только на них, и репрезентативной выборкой, для построения которой необходимы точные абсолютные данные по многим составляющим генеральной совокупности, что в условиях данного исследования было крайне сложно обеспечить. Прежде всего, речь идет о дефиците времени и организационных трудностях.

Всего было проведено 600 полуструктурированных интервью (табл. 1.2).

Таблица 1.2. Реализованная выборка по типам медучреждений

	Центры СПИДа	ПТД	КВД	НД	КД	ЦПМСП	Другие УЗ	Всего
Киев (Оболонский + Подольский районы)	12	11	10	12	9	8	0	**62**
Днепропетровская область								
Днепр(опетровск)	12	12	10	12	17	6	0	**69**
Кривой Рог + район	12	11	10	0	6	8	6	**53**
Николаевская область								
Николаев	12	11	10	12	15	8	0	**68**
Первомайск + район	0	0	0	0	5	8	6	**19**
Одесская область								
Одесса	7	12	14	12	19	8	0	**72**
Белгород-Днестровский + район	0	0	5	0	2	9	11	**27**
Полтавская область								
Полтава + район	13	11	9	12	2	9	0	**56**
Кременчуг	0	0	0	12	3	8	0	**23**
Херсонская область								
Херсон	10	11	10	12	9	10	0	**62**
Олешки (Цюрупинск)	0	0	0	0	3	8	0	**11**
Черкасская область								
Черкассы	12	11	10	12	9	8	0	**62**
Канев + район	0	0	0	0	3	8	5	**16**
ВСЕГО, сотрудников	**90**	**90**	**88**	**96**	**102**	**106**	**28**	**600**
ИТОГО					**600**			

Таким образом, в выборке примерно одинаково представлены разные типы УЗ, а количество опрошенных в каждом из них (наполняемость групп) позволяет делать статистически корректные выводы.

2. Качественный компонент исследования

Данный компонент исследования предусматривал два основных метода сбора данных.

1 **Проведение фокус-групп с медработниками.** Всего было проведено 13 ФГД, в том числе 6 – с сотрудниками центров СПИДа и 7 – с сотрудниками других УЗ (в каждой из фокус-групп принимали участие сотрудники разных типов учреждений). Фокус-группы прошли в пяти регионах, в больших (Киев, Днепр, Кривой Рог, Одесса, Херсон, Черкассы) и малых (Белгород-Днестровский, Канев) городах.

2 **Проведение глубинных интервью с представителями руководства УЗ** (главными врачами, заместителями главного врача по лечебной работе), включенных в выборку для проведения количественного компонента исследования. Всего было проведено 26 глубинных интервью, которые равномерно распределились между регионами (по 3-4 интервью в регионе) и типами УЗ, включенными в выборку.

Методы анализа данных

Для анализа данных **количественного компонента исследования** использовались следующие методы:

1. Расчет описательных статистик – одномерных и двухмерных распределений ответов респондентов на вопросы анкеты. Основные признаки, по которым формировались двухмерные распределения: тип УЗ, в котором работают респонденты, должность респондента (врач/медсестра) и некоторые другие в случае, если это обуславливалось логикой анализируемых данных.

   Из-за большого числа степеней свободы (количества ячеек) в большинстве двухмерных таблиц применение статистических критериев значимости различий (например, χ^2) затруднено. Чтобы избежать необходимости рассчета значимости различий для каждой пары значений, была применена формула для определения ошибки выборки, а именно:

   $$\Delta = \sqrt{((N - n) \div N \times n)}$$ [1]

   Где Δ – ошибка выборки, N – объем всей выборки (в данном случае N=600), n – объем подвыборки.

   По этой формуле рассчитывалась погрешность для каждой группы (подвыборки), включенной в двухмерную таблицу, и в качестве общей погрешности для таблицы выбиралась наибольшее значение.

   Ограничением данного метода оценки значимости различий является то, что такая оценка является приблизительной и несколько смещена в сторону увеличения. В то же время такое смещение является незначительным и им можно пренебречь.

2. Расчет интегральных показателей в случаях, когда это обуславливалось логикой данных (например, доля респондентов, выбравших хотя бы один материальный фактор мотивации труда).

3. Бинарная логистическая регрессия была применена для углубленного анализа значительного числа факторов, связанных с готовностью медработников взять на себя дополнительные ВИЧ-услуги, а также передать их часть персоналу других учреждений, либо учреждения, в котором работает респондент.

Анализ количественных данных осуществлялся при помощи пакета статистических программ IBM SPSS Statistics.

Результаты анализа количественных данных верифицировались при помощи результатов качественных методов исследования – данных, собранных в ходе фокус-групп с медработниками и глубинных интервью с представителями руководства УЗ.

1 Паниотто В.И., Максименко В.С. Количественные методы в социологических исследованиях. – Киев , 2003 –с.169.

Ограничения исследования

Главным ограничением исследования является невозможность построить полностью репрезентативную выборку. Это связано как с целенаправленным отбором населенных пунктов и УЗ, для включения в выборку, что определяется задачами Проекта, так и с отсутствием достоверных статистических данных о генеральной совокупности – УЗ, интересующих нас типов и распределении в них отдельных категорий персонала. В частности, отсутствует информация о количестве обслуживаемых ВИЧ-инфицированных пациентов и предоставляемых ВИЧ-услуг в разных типах УЗ. В связи с этим в ходе исследования использовалась представительская выборка. Однако значительный объем реализованной выборки и представленность в ней всех интересующих нас типов УЗ позволяет рассматривать полученные данные как достоверные и надежные.

Анализируя как количественные, так и качественные данные, следует учитывать, недостаточную искренность респондентов. По свидетельству интервьюеров, участники полуструктурированных интервью опасались отвечать на вопросы об источниках дохода и рабочей нагрузке, так как боялись, что эта информация будет использована против них. Руководители УЗ во время интервью постоянно подчеркивали, что они все делают «в рамках существующей нормативно-правовой базы» и крайне редко рассказывали о том, что может считаться (хотя бы косвенно) ее нарушением. Не до конца откровенными были и участники ФГД, многие из них с настороженностью отнеслись к приглашению участвовать в исследовании и его теме.

Этика исследования

Перед началом сбора данных было получено заключение Комиссии по профессиональной этике Социологической ассоциации Украины о соответствии протокола и инструментария исследования этическим нормам.

Сбор, хранение и анализ эмпирических данных исследования базировался на реализации этических стандартов и защите права участников исследования на добровольность, анонимность и конфиденциальность. В частности, анкета для опроса медработников не содержала никаких персональных данных, позволяющих идентифицировать личность респондента, заполнившего ее.

Все интервьюеры и модераторы АЦ «Социоконсалтинг», проводившие интервью и фокус-группы с медработниками, перед началом исследования подписали соглашение о конфиденциальности. Согласно этому документу, они обязуются не разглашать и иным образом не передавать посторонним лицам любую информацию (о респондентах, пациентах или медработниках), полученную ими в ходе проведения исследования.

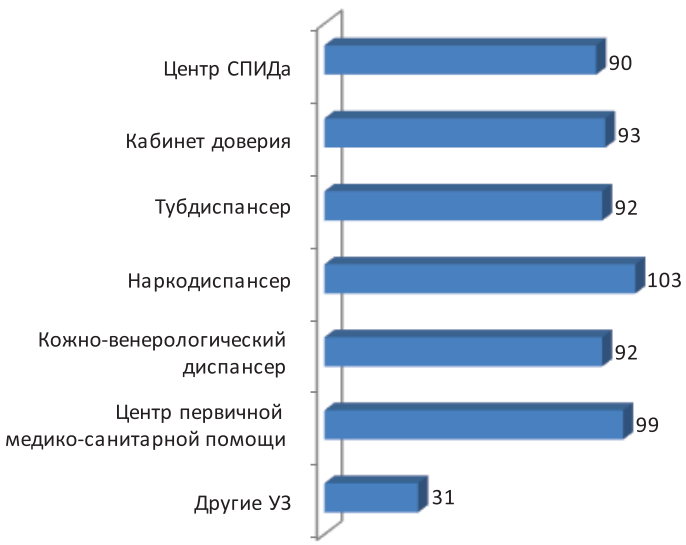
Перед началом исследования все потенциальные участники (респонденты и участники ФГД) были проинформированы о целях и задачах исследования, особенностях его проведения, а также о гарантиях анонимности и конфиденциальности для респондентов, их праве на добровольное участие в исследовании. После этого было получено устное информированное согласие каждого из медработников на участие в исследовании.

1. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ РЕСПОНДЕНТОВ

Всего было опрошено 600 медработников, которые примерно поровну распределились на средний медицинский персонал (медсестры/акушерки) – 49% и врачей (51%). При этом 10% опрошенных врачей занимают должность заведующего отделением и 2% – заведующего кабинетом доверия.

Респонденты примерно поровну распределились между разными типами УЗ: центрами СПИДа, кабинетами доверия, кожно-венерологическими, наркологическими и противотуберкулезными диспансерами, а также центрами ПМСП. Доля представителей каждого из типов УЗ в выборке составляет 15–17%, за исключением так называемых «других» УЗ (например, ЦРБ, многопрофильная больница), которые включались в выборку в качестве замены при отсутствии в населенном пункте специализированных медучреждений (рис. 1.1). Такая наполняемость подгрупп допускает проведение корректного сравнительного анализа мнений опрошенных на уровне типов УЗ (погрешность составляет +/-10%).

Рис. 1.1. Количество респондентов, по типам УЗ



Медработники, опрошенные в каждом из типов УЗ, примерно поровну распределились на врачей и средний медперсонал: указанное соотношение в каждом из типов УЗ варьирует от 45–55% до 49–51%. Это свидетельствует о точном выполнении квот в процессе сбора данных и позволяет говорить о качестве собранных данных.

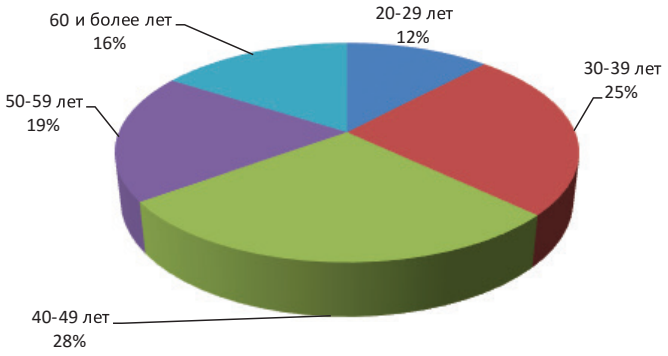
Большинство опрошенных врачей примерно поровну (по 17–20%) распределились между такими специализациями, как инфекционист, фтизиатр, нарколог, дерматовенеролог и терапевт/врач ОП-СМ, что соотносится с профилем УЗ, включенных в выборку. Кроме этого было опрошено небольшое количество гинекологов/урологов, эпидемиологов и врачей других специализаций (рис. 1.2).

Рис. 1.2. Специализация опрошенных врачей, % *(n=303)*

Подавляющее большинство опрошенных медработников составляют женщины (83% против 17% мужчин). При этом указанный гендерный дисбаланс еще больше усиливается в зависимости от должности: среди врачей мужчины составляют почти треть (31%), тогда как среди среднего медперсонала их лишь немногим более 2% (или 7 человек из 295).

В целом опрошенные медработники достаточно равномерно распределены по возрастным группам (рис. 1.3). При этом медсестры в среднем моложе (средний возраст 43,1+/-0,7), чем врачи (средний возраст 47,3+/-0,7 лет), что, в принципе, естественно, так как должность медсестры не требует получения высшего образования, следовательно, медсестры начинают трудовую деятельность раньше. Значительная доля представителей старших возрастных групп среди медработников является одним из рисков для кадрового потенциала государственной системы здравоохранения.

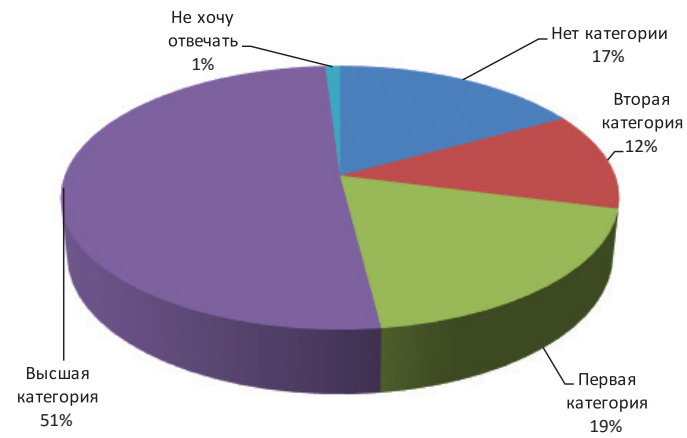
Рис. 1.3. Возраст респондентов, %



Почти у половины опрошенных (47%) – среднее специальное образование, у остальных (53%) – высшее, а у 2 человек есть ученая степень. При этом интересно, что высшее образование есть у 6% опрошенных из числа среднего медицинского персонала (18 человек).

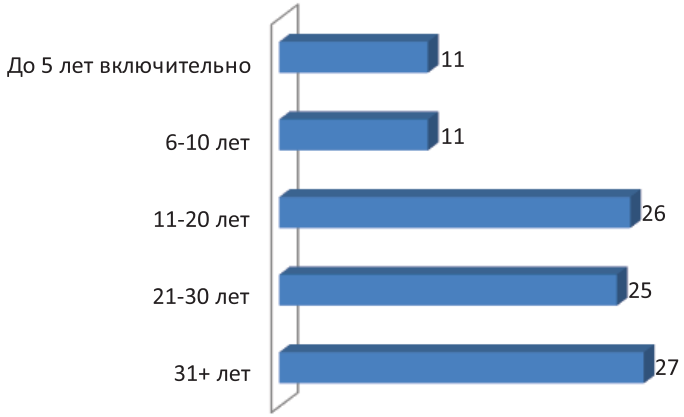
У большинства опрошенных медработников (82%) есть квалификационная категория, в т.ч. у половины респондентов – высшая (рис. 1.4). Это в равной мере касается и врачей, и медсестер.

Рис. 1.4. Квалификационная категория респондентов, %



Высокий квалификационный уровень опрошенных определяется длительным (более 10 лет) стажем работы в медицине большинства респондентов (рис. 1.5). Среди тех, кто работает в этой сфере менее 5 лет, категорию имеют лишь 5%, среди медработников со стажем 6-10 лет – 58%, а среди более «опытных» респондентов – более 90%.

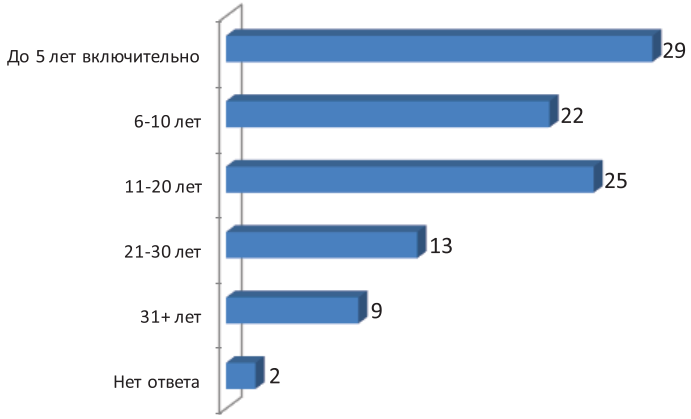
Рис. 1.5. Медицинский стаж респондентов, %



Средний стаж 22,5+/-0,5 лет

Значительной является также и длительность работы медработников на одном рабочем месте. В частности, почти половина (47%) опрошенных работают в УЗ, на базе которого их опросили, более 10 лет (рис. 1.6). Это в одинаковой мере касается и врачей, и среднего медперсонала.

Рис. 1.6. Стаж работы респондентов в УЗ, на базе которого их опрашивали, %



Средний стаж 13,3+/-0,5 лет

Таким образом, социально-демографические характеристики респондентов (равномерное распределение их между типами УЗ и типами медперсонала, включая врачей и медсестер) свидетельствуют о точном выполнении квот в процессе сбора данных и обеспечивают возможности для статистически корректного анализа ответов респондентов в зависимости от типа УЗ.

2. ТРУДОВАЯ МОТИВАЦИЯ МЕДРАБОТНИКОВ

2.1. Условия труда и особенности ведения амбулаторного приема пациентов

Респонденты в целом удовлетворены условиями своей работы, за исключением оплаты труда. Так, состояние кабинета и других помещений, техническую оснащенность медучреждения в целом они оценили в среднем на уровне 3,8-4,0 балла (табл. 2.1). При этом, согласно отчетам интервьюеров, в некоторых случаях респонденты оценивали на 4-5 баллов даже спартанские условия (например, помещение с протекающей крышей и туалетом на улице). Это может свидетельствовать как о непритязательности респондентов, так и о том, что ключевое значение для них имеют другие факторы, например, оплата труда.

Что касается последней, то удовлетворены ею (оценили на уровне 4-5 баллов) только 20% опрошенных, тогда как 46% - не удовлетворены (оценили на 1-2 балла). При этом респонденты жаловались на то, что им приходится обслуживать большое количество пациентов (именно такой смысл вкладывали респонденты в свои ответы, оценивая нагрузку на 4-5 баллов), получая за это невысокую зарплату.

Таблица 2.1 Оценка респондентами условий своей работы в УЗ по 5-балльной шкале, *%, средний балл*

	1 (очень плохо)		2		3		4		5 (очень хорошо)		Ср. балл
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Состояние кабинета (n=591)	2	14	3	20	19	111	44	258	32	188	**4,0**
Состояние других помещений (например, санузла) (n=590)	3	19	5	30	25	148	44	258	23	135	**3,8**
Техническая оснащенность кабинета (наличие всего необходимого оборудования) (n=590)	3	17	8	46	26	151	35	209	28	167	**3,8**
Техническая оснащенность медучреждения (возможность направить пациентов на все необходимые виды обследования и анализы в данном учреждении) (n=589)	2	14	5	32	29	169	40	233	24	141	**3,8**
Нагрузка (количество пациентов, которые приходят на прием) (n=582)	1	8	4	21	11	66	34	199	50	288	**4,3**
Уровень оплаты труда (n=569)	19	105	27	156	34	191	14	81	6	36	**2,6**

* Отличия значимы, если превышают 4%

Так, почти три четверти (71%) опрошенных указали, что в течение последних лет количество пациентов, приходящих к ним на амбулаторный прием, увеличилось, при чем в большинстве случаев – значительно (рис. 2.1).

Рис. 2.1. Распределение ответов на вопрос: «Изменилось ли в течение нескольких последних лет количество пациентов, которые приходят к Вам на прием?», %

Преимущественно об увеличении потока пациентов сообщали сотрудники КД и центров СПИДа, а также центров ПМСП и тубдиспансеров. Больший разброс мнений наблюдается среди работников НД и КВД: около половины считают, что количество пациентов возросло, соответственно треть (НД) и четверть (КВД) респондентов – что уменьшилось (табл. 2.2).

В качестве основных причин увеличения количества пациентов респонденты указывали рост уровня заболеваемости и уровня сознательности пациентов – более ответственное отношение к своему здоровью. В качестве причин уменьшения количества пациентов медработники называли тяжелое материальное положение населения (отсутствие у пациентов денег и страх того, что за диагностику и лечение придется платить), и также менее ответственное отношение к своему здоровью (табл. 2.3).

Таблица 2.2 Динамика количества амбулаторных пациентов в зависимости от типа УЗ, %

Тип УЗ	Увеличилось**		Уменьшилось***		НЕ изменилось		З/о, т.к. работаю недавно	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Центр СПИДа *(n=90)*	86	77	3	3	4	4	7	6
Кабинет доверия*(n=93)*	94	87	1	1	3	3	2	2
Тубдиспансер*(n=92)*	74	68	11	10	14	13	1	1
Наркодиспансер*(n=103)*	50	52	32	33	8	8	10	10
КВД*(n=92)*	48	44	23	21	27	25	2	2
Центр ПМСП*(n=99)*	71	70	11	11	14	14	4	4

* Отличия значимы, если превышают 10%

** Объединены варианты ответа «значительно увеличилось» и «незначительно увеличилось»

*** Объединены варианты ответа «значительно уменьшилось» и «незначительно уменьшилось»

Таблица 2.3 Причины изменения количества пациентов, *% к тем, кто сказал, что оно изменилось*

Увеличилось *(n=426)*	%	n	Уменьшилось *(n=79)*	%	n
Вырос уровень заболеваемости	68	288	Пациенты боятся, что за диагностику/ лечение нужно платить	39	31
			У пациентов нет денег	20	16
Пациенты стали более ответственно относиться к своему здоровью	35	148	Пациенты стали менее ответственно относиться к своему здоровью	30	24
Другое	7	28	Другое	14	11
Реструктуризация медучреждений, перераспределение обязанностей, перенаправление пациентов из др. УЗ	3	12	Наличие частных медучреждений	9	7
			Пациенты не доверяют врачам	5	4
Затрудняюсь ответить	1	3	Затрудняюсь ответить	1	1

* Сумма по столбцу превышает 100%, так как респонденты могли выбирать несколько вариантов ответа

Среди «других» причин медработники называли следующие факторы.

(1) Если речь идет об увеличении количества пациентов: расширение спектра или объема предоставляемых услуг (открытие сайта АРТ/ЗПТ, увеличение количества мест на ЗПТ), улучшение выявляемости заболеваний, миграция пациентов из зоны АТО, а также необходимость прохождения профосмотров военнослужащими-контрактниками. Помимо этого, из-за нарушения графика государственных закупок многие сайты АРТ не имеют достаточного количества АРВ-препаратов. В связи с чем их выдают пациентам на срок, значительно меньший, чем это рекомендовано Клиническим протоколом[2] (например, КД г. Одессы - на 10 дней, в ряде центров СПИДа – не более месяца). Это приводит к регулярным очередям под кабинетами и существенно увеличивает нагрузку на инфекционистов.

К увеличению нагрузки на врачей приводит и увеличение числа пациентов, которые несвоевременно обращаются в лечебные учреждения, практикуют самолечение, в т.ч. по схемам и рекомендациям, найденным в интернете. В связи с этим возрастает степень «тяжести» нездоровья пациентов: все чаще врачам приходится лечить запущенные формы заболеваний, очень часто – с наличием сопутствующих заболеваний и осложнений, такое лечение имеет худший прогноз, требует больше времени и усилий.

(2) Если речь идет об уменьшении количества пациентов: сокращение количества профосмотров, более адресные обращения вследствие медицинской реформы, склонность пациентов к самолечению.

Согласно ответов медработников, большинство обратившихся к ним пациентов доводят лечение до конца. По мнению 87% респондентов, доля пациентов, которые «теряются» после установления диагноза, является незначительной. Лишь 8% опрошенных указали, что значительная часть их пациентов не завершают лечение. Остальные (5%) затруднились ответить на данный вопрос.

2 Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків / Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. – К., 2004. – С.55. [Электронный документ]. – Режим доступа: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/clprotocol/pdf/arv-adult.pdf

2.2. Рабочая нагрузка медработников

Для абсолютного большинства опрошенных медработников (97%) учреждение, на базе которого их опрашивали, является единственным или основным местом работы (рис. 2.2). Врачи чаще практикуют совместительство, особенно внешнее, чем медсестры. Из числа опрошенных 67% врачей и 85% медсестер имели единственное место работы.

Руководители УЗ также подтвердили, что абсолютное большинство их персонала НЕ совмещают занятость в других УЗ. Совместителями из числа опрошенных чаще всего являются врачи, чья специализация не соответствует профилю медучреждения: например, врач ультразвуковой диагностики, нарколог или эндоскопист – в центре СПИДа, фтизиатр в наркодиспансере и т.п.

Ответы респондентов на вопрос о совместительстве в некоторых случаях противоречат их ответам о дополнительных источниках дохода. В целом об их наличии сообщили 24% опрошенных, отрицали их 72% и 4% отказались отвечать на данный вопрос. Значительно чаще говорили о наличии дополнительных источников дохода сотрудники НД (42%), тогда как во всех остальных УЗ таких было на уровне 15-25%.

При этом 14% респондентов, ответивших, что они работают только в данном медучреждении, указали дополнительные источники дохода. И если наличие некоторых из них (например, пенсии) является вполне логичным, то о «работе в другом УЗ» этого не скажешь (табл. 2.4).

Рис. 2.2. Распределение ответов на вопрос: «Это медучреждение для Вас является…?», %

Таблица 2.4 Дополнительные источники дохода, в зависимости от наличия внешнего совместительства, *% к тем, кто сказал, что они есть*

	Не-совместители (n=63)		Совместители (n=79)		Значимость различий (по критерию Фишера)
	%	n	%	n	
Работаю в другом государственном лечебном учреждении	5	3	35	28	значимы при p=0,01
Работаю в частном лечебном учреждении	0	0	10	8	значимы при p=0,01
Работаю в другой структуре	0	0	9	7	значимы при p=0,05
Сотрудничаю с общественными организациями и международными проектами	16	10	10	8	НЕ значимы при p=0,05
Распространяю медицинские препараты (медпредставитель)	0	0	1	1	НЕ значимы при p=0,05
Преподаю в учебном заведении	0	0	8	6	значимы при p=0,05
Занимаюсь клиническими исследованиями	2	1	0	0	НЕ значимы при p=0,05
Занимаюсь частной практикой (включая официальное и неофициальное предоставление услуг)	5	3	6	5	НЕ значимы при p=0,05
Пенсия	67	43	8	6	значимы при p=0,01
Другое	0	0	3	2	НЕ значимы при p=0,05
З/о, не хочу отвечать	5	3	13	10	НЕ значимы при p=0,05

* Сумма по столбцу превышает 100%, так как респонденты могли выбирать несколько вариантов ответа

45% респондентов (или 65 человек из 144), охарактеризовавших УЗ, на базе которого их опрашивали, в качестве основного или дополнительного места работы (то есть совместителей), сказали, что они не имеют других источников дохода, кроме зарплаты в этом УЗ (40%) или отказались отвечать на указанный вопрос (5%). Остальные перечислили широкий спектр возможных источников дополнительного дохода, однако чаще всего речь шла о работе в других УЗ, в том числе государственных или частных, а также о сотрудничестве с НПО и работе в других структурах (например, в учреждениях исполнения наказаний, ДЮСШ и т.п.).

В качестве «другого» респонденты называли занятость в сетевом маркетинге (распространение косметики «Орифлэйм»), литературную деятельность и выращивание овощей на даче.

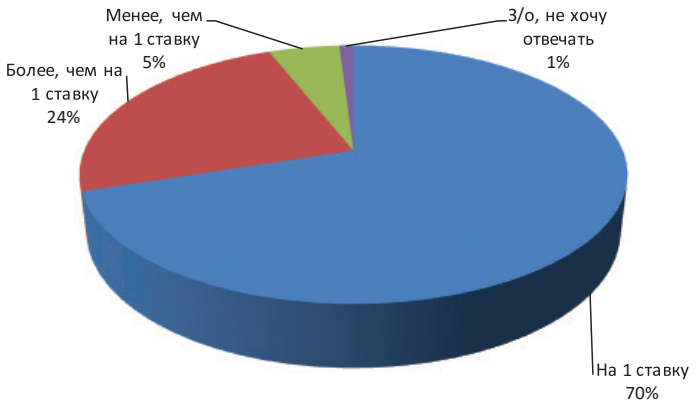
В целом респонденты с большим подозрением отнеслись к вопросам о рабочей нагрузке и уровне доходов, высказывали опасения, что их ответы могут быть использованы для уменьшения уровня их заработка. По наблюдениям интервьюеров, не все респонденты отвечали на вопросы об источниках дохода искренне, возможно с этим связаны некоторые неточности и нелогичности в ответах респондентов.

Таким образом, в целом по массиву дополнительные источники дохода имеют четверть респондентов (24%). Среди них чаще всего встречаются: пенсия, работа в других УЗ (государственных или частных) и сотрудничество с НПО (рис. 2.3).

Рис. 2.3. Дополнительные источники дохода респондентов, *% к тем, у кого они есть (n=145)*

Большинство (70%) опрошенных в своем УЗ имеет 100% занятость. Каждый четвертый занят больше благодаря внутреннему совместительству (рис. 2.4).

Рис. 2.4. Распределение ответов на вопрос: «В этом медучреждении Вы работаете…?», %



В ходе глубинных интервью представители руководства УЗ также подтвердили, что внутреннее совместительство – довольно распространенное явление во многих УЗ, особенно в тех, где большое количество штатных единиц и значительная часть из них – не заняты. С его помощью, во-первых, закрываются вакантные места, а во-вторых, сотрудники получают возможность дополнительного заработка. Но наиболее оно распространено в центрах ПМСП.

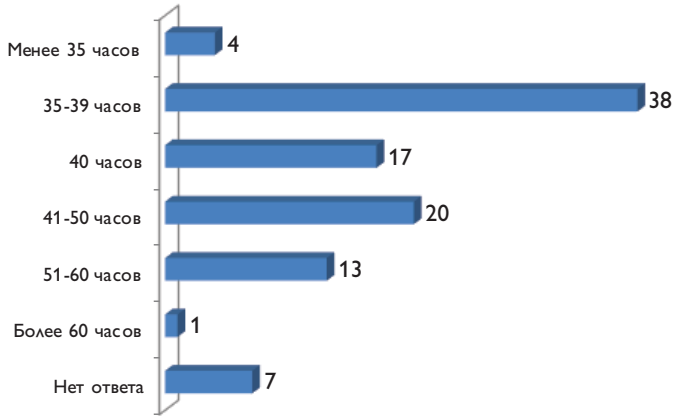
«Мы на 67% укомплектованы врачами и на 79% медицинскими сестрами. Поэтому у нас все врачи работают на 1,5 ставки, а медсестры: часть – на полторы, а часть – на ставку» (заведующая амбулаторией центра ПМСП).

«По штату у нас 51 врач, а есть только 21… С дефицитом кадров справляемся таким образом, что увеличиваем ставку на 25-50%. Все заинтересованы в нагрузке, ведь это – дополнительная оплата» (главврач центра ПМСП).

Респондентов просили охарактеризовать свою трудовую нагрузку с использованием объективных (количество часов, отработанных за неделю) и субъективных (восприятие респондентом уровня своей загруженности) критериев.

Количество часов, которые отрабатывают медработники за неделю (с учетом всех видов своей занятости), существенно варьирует. Минимальное значение – 10 часов, максимальное – 70. В целом чуть более половины (55%) опрошенных работают 35-40 часов, остальные – больше, в том числе 14% – более 50 часов (рис. 2.5). При этом значимых отличий между занятостью врачей и медсестер нет.

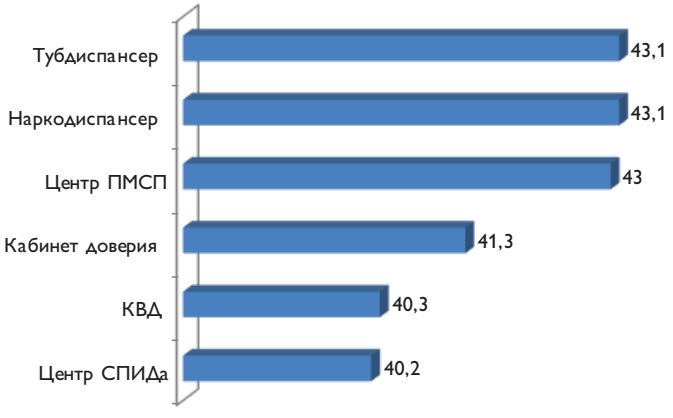
Рис. 2.5. Количество часов, отрабатываемых за неделю, %



Среднее значение 41,9+/-0,3 часа

При этом уровень нагрузки врачей и медсестер значимо не отличается. Однако он варьирует в зависимости от типа УЗ, будучи самым высоким в тубдиспансерах, наркодиспансерах и ЦПМСП (рис. 2.6).

Рис. 2.6. Среднее количество часов, отрабатываемых за неделю, по типам УЗ, часов



Этот показатель тесно связан с процентом занятости респондентов по месту их основной/единственной работы (в УЗ, на базе которого их опрашивали) (рис. 2.7).

Высокий уровень нагрузки сотрудников противотуберкулезных и наркологических диспансеров, а также центров ПМСП связан с тем, что в этих УЗ более распространено внутреннее совмещение (табл. 2.5).

Таблица 2.5 Распределение ответов на вопрос: **«В этом медучреждении Вы работаете…?», по типам УЗ, %**

	Менее, чем на 1 ставку		На 1 ставку		**Более,** чем на 1 ставку		*З/о, не хочу отвечать*	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Центр СПИДа *(n=90)*	3	3	84	75	10	9	3	3
Кабинет доверия *(n=93)*	10	9	71	66	18	17	1	1
Тубдиспансер *(n=92)*	1	1	57	52	40	37	2	2
Наркодиспансер *(n=103)*	2	2	66	68	30	31	2	2
КВД *(n=92)*	8	7	76	70	15	14	1	1
Центр ПМСП *(n=99)*	2	2	71	70	27	27	0	0

* *Различия значимы, если превышают 10%*

Субъективно респонденты оценили уровень своей трудовой нагрузки (как в данном УЗ, так и по всем видам занятости в целом) достаточно высоко (рис. 2.8, 2.9). Столь высокий уровень нагрузки медработников актуализирует проблему качества оказания медицинских услуг.

Лишь единицы опрошенных сказали, что у них есть значительные промежутки свободного времени в течение рабочего дня (1%), либо они могут значительно увеличить количество принимаемых пациентов (1%). Большинство же респондентов, наоборот, жаловались на чрезмерный уровень нагрузки (47%), говорили о невозможности увеличить количество обслуживаемых пациентов (49%), а в идеале – о необходимости уменьшить его (20%).

Рис. 2.7. Среднее количество часов, отрабатываемых за неделю, в зависимости от процента занятости респондента

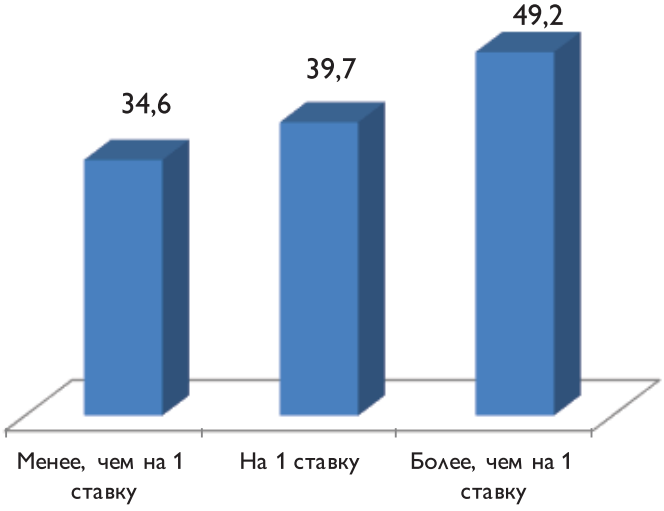


Рис. 2.8. Оценка респондентами уровня рабочей нагрузки в конкретном УЗ, %

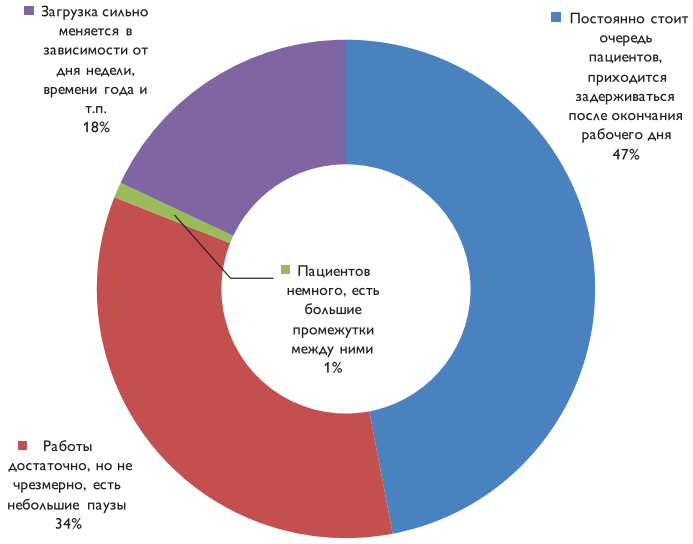
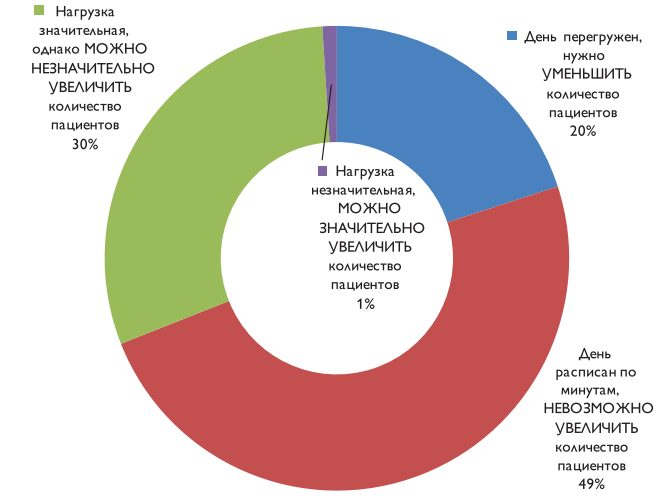


Рис. 2.9. Оценка респондентами уровня рабочей нагрузки по всем видам своей занятости, %



Во время глубинных интервью руководители УЗ также обращали внимание на высокую загруженность и интенсивность труда медработников, ведущих амбулаторный прием.

«Сейчас врач работает до последнего пациента. Сколько пациентов есть, столько он должен принять, он не может встать и уйти… Были майские праздники, все отдыхали. А у нас спрашивали, будут ли врачи работать, потому что удобнее прийти в выходной или праздничный день» (главврач КВД).

При этом субъективная оценка респондентами уровня своей трудовой нагрузки практически не зависит от их процента занятости (работают ли они на ставку или больше/меньше), количества отработанных часов за неделю или наличия дополнительного места работы. Существенных отличий касательно оценки респондентами уровня своей нагрузки в зависимости от указанных характеристик не зафиксировано, что свидетельствует о достаточно высокой интенсивности труда медработников в рамках своего рабочего времени. Это характерно как для врачей, так и для среднего медперсонала.

Наиболее интенсивно работают сотрудники центров СПИДа и кабинетов доверия, кроме этого для них менее характерна сезонная динамика количества пациентов. ЦПМСП также достаточно загружены, однако поток пациентов в них существенно меняется в зависимости от дня недели и времени года. Наименее загруженными оказались КВД и НД, и для этих же медучреждений наиболее характерна сезонная динамика потока пациентов (табл. 2.6).

Таблица 2.6. Оценка респондентами уровня рабочей нагрузки в конкретном УЗ, по типам УЗ, %

Уровень нагрузки	Центры СПИДа (n=90)		КД (n=93)		Туб-диспансер (n=92)		НД (n=103)		КВД (n=92)		ЦПМСП (n=99)	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Высокий: постоянно стоит очередь пациентов, приходится постараться, чтобы успеть сделать все в течение рабочего дня, иногда задерживаюсь после его окончания	66	59	59	55	43	39	37	38	25	23	50	49
Средний, работы достаточно, но не чрезмерно, есть небольшие паузы	27	24	27	25	39	36	38	39	46	42	24	24
Низкий, пациентов немного, есть большие промежутки между их посещениями	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
Загрузка очень сильно меняется в зависимости от дня недели, времени года и т.п.	5	5	14	13	16	15	24	25	27	25	24	24
Другое	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
З/о, не хочу отвечать	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0

** Различия значимы, если превышают 10%*

Соответственно, сотрудники КВД и НД гораздо чаще говорили о возможности увеличить количество принимаемых пациентов, нежели сотрудники остальных УЗ, особенно ЦПМСП и центров СПИДа (рис. 2.10).

В абсолютном большинстве случаев речь шла о том, что их количество можно увеличить **незначительно**.

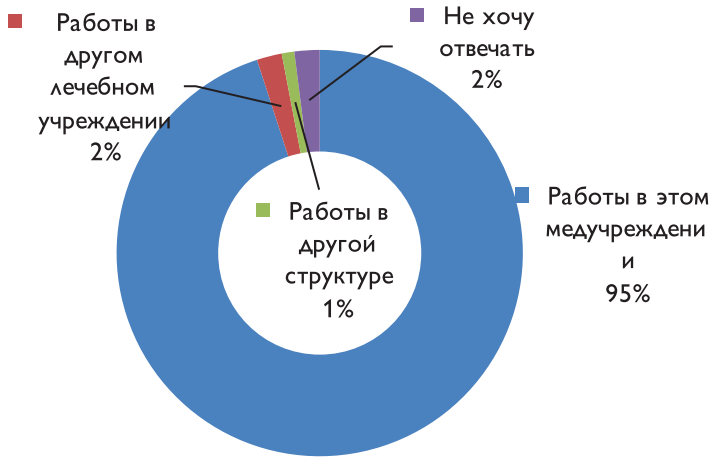
Рис. 2.10. Доля медработников, считающих, что можно увеличить количество принимаемых пациентов, по типам УЗ, %

* Различия значимы, если превышают 10%

2.3. Источники доходов и оценка нынешней системы материального стимулирования труда

Как свидетельствуют данные раздела 2.2, практически все медработники (97%) охарактеризовали УЗ, на базе которого их опрашивали, в качестве своего единственного или основного места работы. Соответственно, для абсолютного большинства опрошенных (95%) работа в данном УЗ является основным источником дохода. Для остальных таковым является работа в другом УЗ, государственном (1%) или частном (1%), а также другая работа (1%). Единицы опрошенных (в сумме меньше 1%) указали в качестве основного источника дохода пенсию (2 человека) и ведение частной практики (2 человека). 2% опрошенных отказались отвечать на данный вопрос (рис. 2.11).

Рис. 2.11. Распределение ответов на вопрос: **«Основной доход Вы получаете от…?», %**



Доход респондента играет крайне важную роль в структуре бюджета его домохозяйства. Для трех из четырех опрошенных (74%) их заработок является единственным либо основным источником дохода домохозяйства. Лишь 2% респондентов не придают ему особого значения, так как он существенно меньше других источников дохода (рис. 2.12).

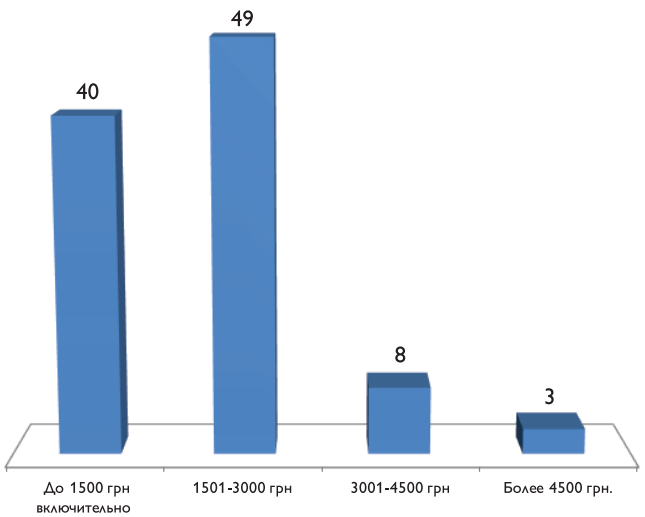
Респонденты крайне низко оценили уровень своего материального благосостояния как с субъективной точки зрения (возможность обеспечить свои потребности), так и по объективному критерию (уровень среднемесячного дохода на 1 члена семьи).

Рис. 2.12. Роль заработка респондента в структуре бюджета его домохозяйства, %

Так, среднемесячный доход на 1 члена семьи, который рассчитывался как сумма доходов домохозяйства, разделенная на количество его членов, в целом по массиву составляет 2025 грн. В частности, для 40% опрошенных доход на 1 члена семьи ниже, чем официальный прожиточный минимум, который на период 01.05-30.11.2016 был установлен в размере 1499 грн[3]. Еще для 49% респондентов он составляет от 1 до 2 прожиточных минимумов (рис. 2.13). При этом

3 Закон Украины «О государственном бюджете Украины на 2016 год» [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.buhoblik.org.ua/nalogi/nalogovoe-pravo/3044-zakon-pro-derzhavnij-byudzhet-2016.html

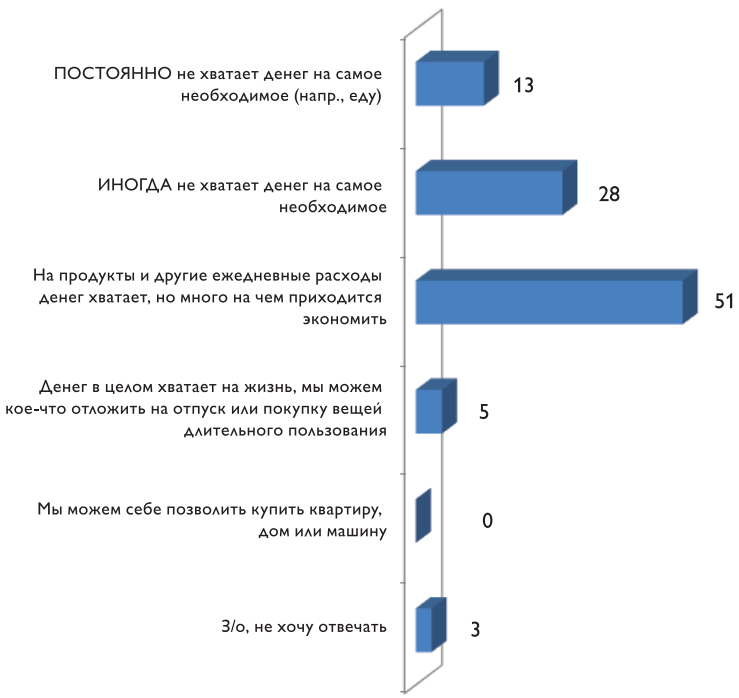
Рис. 2.13. Среднемесячный доход на 1 члена семьи, *% к ответившим на данный вопрос (n=522)*



медиана по этой переменной составляет 2000 грн., иными словами ровно половина респондентов имеют доход ниже этого значения и половина – выше. Благосостояние врачей ненамного выше, чем у медсестер. Средний уровень дохода для этих категорий медработников составляет 2301+/-81 грн. и 1756+/-52 грн. соответственно (различия значимы при p=0,01).

С субъективной точки зрения респонденты также чувствуют себя малообеспеченными и не имеющими возможности удовлетворить даже скромные потребности. Лишь 5% опрошенных сказали, что они могут скопить денег на отпуск или покупку вещей длительного пользования. Остальные такой возможности не имеют, в том числе у 41% опрошенных постоянно или время от времени не хватает денег даже на самое необходимое, например, еду (рис. 2.14).

Рис. 2.14. Оценка респондентами своего материального положения, %



Даже сравнительно обеспеченные респонденты (с доходом более 3000 гривен) сталкиваются с необходимостью экономить, а иногда даже – с нехваткой денег на наиболее насущные потребности, не говоря уже о тех, чей доход меньше прожиточного минимума (рис. 2.15).

Рис. 2.15. Оценка респондентами своего материального положения в зависимости от уровня дохода, %

Представители руководства УЗ указали низкую оплату труда в качестве одной из основных причин увольнения сотрудников, особенно это касается центров ПМСП, в которые очень сложно привлечь молодых специалистов. Даже если они приходят по распределению, то через три года увольняются.

«У нас есть вакантные должности среди врачей участковой сети… С чем это связано? Молодые специалисты, которые приходят после интернатуры, получают заработную плату в размере 1600 гривен. Разве может человек на такую зарплату содержать семью? Даже себя не может» (директор центра ПМСП).

«У нас 8 вакантных ставок медицинских сестер. Они вакантны давно. Основная причина, по которой они вакантны, – низкая заработная плата» (заместитель главного врача по лечебным вопросам наркодиспансера).

Принципиальных различий в уровне дохода и его субъективной оценке между сотрудниками разных типов УЗ нет (среднемесячный доход на 1 члена семьи различается на несколько сотен гривен). Представители руководства УЗ указывали, что доплаты «за вредные условия труда» на уровне 60% для сотрудников центров СПИДа и противотуберкулезных медучреждений являются важным стимулирующим фактором для сотрудников, однако в некоторых случаях он нивелируется рисками, связанными с работой в этих учреждениях.

«Условия труда непростые: мы работаем с инфекцией… Молодые женщины, которые планируют рожать детей, боятся инфекционной компоненты и оставляют наше лечебное учреждение» (главврач тубдиспансера).

«Нам нужны 2 медсестры, которые будут забирать кровь на ВИЧ, но не все медсестры хотят это делать. Если уйти работать в частную клинику, риска будет меньше, а зарплата – выше» (главврач центра СПИДа).

Практически все эксперты из числа руководства УЗ выделили две основные проблемы в сфере оплаты труда медработников – крайне низкий уровень заработной платы, а также то, что она никак не зависит от количественных и качественных показателей труда сотрудника.

По словам руководителей УЗ, финансирование медучреждений (и штатное расписание) формируется исходя из количества населения, зарегистрированного на обслуживаемой им территории (например, центры ПМСП, центры СПИДа), либо из количества койко-мест в УЗ (например, наркодиспансеры). При формировании штатного расписания и финансировании центров СПИДа не принимается во внимание эпидемическая ситуация в регионе/городе, центров ПМСП – количество фактически проживающего населения, не учитываются сезонные колебания (что очень важно для курортных регионов/городов), других УЗ – перечень предоставляемых услуг (например, внедрение услуги ЗПТ в наркодиспансере) и т.п. Таким образом, количество пациентов под наблюдением 1 врача-инфекциониста в центре СПИДа может достигать нескольких тысяч.

«На сегодня средняя нагрузка на врача составляет от 600 до 2400 пациентов под наблюдением и от 500 до 1300 пациентов на антиретровирусной терапии» (главврач центра СПИДа).

«Согласно 33-го приказа штатное расписание формируется в зависимости от населения города. У нас 9000 ВИЧ-инфицированных и три врача-инфекциониста… Врачи принимают по 80-120 человек в день» (главврач центра СПИДа).

«(Объем услуг) никак не влияет на финансирование. Диспансер финансируется согласно количеству койко-мест. Мы ведем программу ЗПТ, сейчас у нас 262 человека, которые приходят каждый день, но дополнительно это не оплачивается. Медперсонал работает на ставку» (начмед наркодиспансера).

«Мы получаем деньги в зависимости от количества жителей города, но у нас есть курортная зона, где в пиковый летний период нагрузка увеличивается в десятки раз, а финансирование нам никто не увеличивает за это» (главврач многопрофильной больницы).

Руководство УЗ имеет очень ограниченные возможности для дополнительного стимулирования своих сотрудников за качественную работу, выполнение дополнительных обязанностей, увеличение количества принимаемых пациентов и т. п. Предусмотренные законодательством доплаты «за сложность и напряженность и/или расширенный объем работы» крайне низкие, кроме этого на них не всегда хватает средств из фонда заработной платы. Также не всегда хватает денег на премии для сотрудников, так как для этого должна быть экономия средств в рамках фонда заработной платы.

«Финансируется ставка, а не количество пациентов» (главврач центра СПИДа).

«В этом году за аттестацию рабочих мест (это – огромный объем работы) мы дали очень маленькие надбавки. Ко Дню медсестры дали премии максимум по 1 медсестре из отделения. Больше не позволяет фонд оплаты труда» (главный врач центра СПИДа).

«За последние 2 года, к сожалению, даже премию ко Дню медработника или к Новому году нет возможности выплатить. За этот период была максимум одна премия в размере 500 гривен, это просто смешно» (главврач центра СПИДа).

«Стимулируем за счет совместительства, либо иногда добавляем несколько процентов за напряженный труд, если за счет экономии средств появляется такая возможность» (директор поликлиники).

В связи с этим в некоторых УЗ руководители даже сознательно оставляют незанятыми некоторые вакансии, чтобы иметь определенный финансовый резерв для материального стимулирования.

«Для полноценного функционирования больницы нам хватает всех специалистов. И есть еще определенное количество вакантных должностей – это своего рода НЗ, из которого формируются доплаты и поощрения для медработников» (главврач наркологической больницы).

По словам руководителей УЗ, сегодня они могут

использовать для доплат сотрудникам средства с так называемых «специальных счетов» (заработанные УЗ путем предоставления платных услуг). Однако такие счета есть далеко не во всех УЗ. Прежде всего, это связано с тем, что многие виды медицинской помощи, например, ВИЧ-сервис или диагностика и лечение ТБ, согласно законодательству, не могут предоставляться на платной основе. Кроме этого, бывают случаи, когда заработанными средствами компенсируется недостаток финансирования из бюджета, и они тратятся на оплату коммунальных услуг, закупку медикаментов и т.п.

Фактически единственный финансовый стимул, который могут использовать руководители, – это занятость своих сотрудников на условиях совмещения или внутреннего совместительства. Однако эта опция доступна только в УЗ, в которых имеется значительная численность персонала согласно штатного расписания. Среди сотрудников других УЗ распространены подработки в других УЗ – чаще всего в виде дежурств.

«Единственная возможность для поощрения – давать людям подработку, возможность работать на 1,5 ставки» (заместитель главного врача по лечебным вопросам наркодиспансера).

«Премий у нас нет, врачей просто донагружаем работой и за это доплачиваем» (главврач центра ПМСП).

«Врачи берут подработки в инфекционной больнице, дежурят по субботам, воскресеньям, по ночам… Они бы с удовольствием работали на 1,5 ставки в нашем Центре, если бы была такая возможность, но у нас все ставки заполнены» (главврач центра СПИДа).

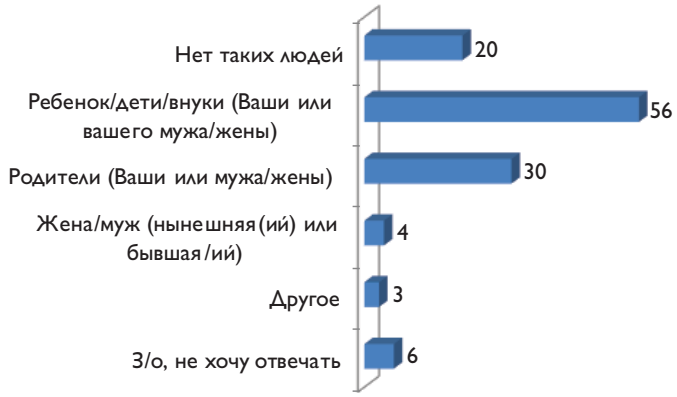
Таким образом, во многих случаях руководство может мотивировать своих сотрудников к чему-либо (например, к освоению новых знаний и навыков) «только добрым словом».

«Стимулирования, кроме морального, в общем-то, нет» (главврач центра СПИДа).

«Кроме награждения на День медработника похвальной грамотой, другого стимулирования нет. Наше финансирование этого не позволяет» (главврач центра СПИДа).

Дополнительной причиной сложного материального положения медработников является то, что большинство респондентов содержат или помогают материально кому-то из родственников. Чаще всего речь шла о детях и пожилых родителях (рис. 2.16).

Рис. 2.16. Распределение ответов на вопрос: **«Есть ли у Вас люди, которых Вы содержите/помогаете материально (независимо от того, живут ли они вместе с Вами)?», %**



При этом доля «помогающих» существенно не отличается в зависимости от уровня дохода, что говорит о том, что это не является актом доброй воли, респонденты просто вынуждены помогать родителям/другим родственникам, не говоря уже о детях.

Более четверти опрошенных (28%) имеют материальную помощь со стороны родственников, чаще всего – родителей или мужа/жены (рис. 2.17). В качестве «других» людей, которые помогают им или которым помогают они, все респонденты указывали родственников: братьев/сестер, теть/дядь, племянников/племянниц и т.п.

Рис. 2.17. Распределение ответов на вопрос: **«Есть ли у Вас люди, которые Вас содержат/помогают Вам материально (независимо от того, живут ли они вместе с Вами)?», %**

При этом имеет место «перераспределение» доходов: 72% опрошенных из числа тех, кому помогают родственники, в свою очередь помогают/содержат кого-то другого (в целом по массиву этот показатель составляет 74%).

2.4. Нефинансовые мотиваторы и стимулы труда медработников

Согласно результатов опроса, более важным для респондентов является материальное стимулирование труда, тогда как нефинансовые стимулы играют вспомогательную роль. При этом речь идет не о зарплате как таковой, а об определенных социальных гарантиях, которые имеют прямое финансовое измерение (например, оплачиваемый отпуск/больничный, надбавки за стаж/категорию, возможность проходить повышение квалификации за бюджетный счет). Также очень важна для респондентов гарантия занятости (постоянное наличие пациентов и невозможность уволить их без веской причины), то есть иными словами стабильное получение дохода (хотя и небольшого) независимо от каких-либо условий и затраченных индивидуальных усилий. Большинство опрошенных (87%) в качестве причин, которые их удерживают в бюджетном секторе медицины, назвали хотя бы один из указанных «околофинансовых» факторов, в том числе 70% опрошенных – хотя бы один из двух факторов, относящихся к гарантированной занятости (табл. 2.7).

Каждый пятый опрошенный (18%) указал хотя бы одно объективное обстоятельство, которое удерживает его в государственном секторе медицины независимо от его воли – невозможность найти более высокооплачиваемую работу (например, в частном медучреждении) либо необходимость проработать определенное время по распределению (для тех, кто получил образование за счет бюджетных средств).

Нефинансовые мотиваторы, такие как длительный отпуск, наличие свободного времени после приема, а также любовь к своей работе и осознание ее полезности, выбирались респондентами сравнительно реже. При этом они практически никогда не фигурировали самостоятельно, а являлись «приятным дополнением» к другим факторам. Так, выбрали хотя бы один из этих мотиваторов, не указав при этом ни одного «околофинансовго» стимула и ни одной объективной причины, лишь 14 респондентов, что составляет чуть более 2% опрошенных.

В качестве «другого» респонденты указывали возможность уйти на пенсию после отработки определенного количества лет в бюджетном секторе медицины, а также привычку.

Нефинансовые мотиваторы вступают в действие в процессе выбора медработниками конкретного бюджетного УЗ, в котором они предпочитают работать. Так, в качестве причин, удерживающих их в том или ином медучреждении, респонденты, как правило, называли факторы, связанные с разными аспектами «комфортности» этого УЗ: начиная от приятного коллектива, наработанного в нем авторитета и лояльного руководства и заканчивая хорошими условиями труда (например, оборудованный кабинет, хороший ремонт) и удобным расположением УЗ (табл. 2.8). Хотя бы один из таких факторов выбрали 85% опрошенных.

Таблица 2.7 Распределение ответов на вопрос: «Что удерживает Вас в бюджетном секторе медицины?», %

Гарантия занятости (то, что вас не могут уволить без веской причины)	65
Гарантированный оплачиваемый отпуск/декрет/больничный	53
Надбавки за стаж, категорию и т.п.	48
Длительный отпуск	32
Возможность проходить повышение квалификации за бюджетный счет	25
Постоянное наличие пациентов	23
Невозможность найти работу в более высокооплачиваемых структурах	17
Наличие свободного времени после приема	10
Возможность совмещать с другими видами занятости	6
Люблю свою работу (профессию), приношу пользу людям, это мое призвание	3
Нужно отработать госбюджет, работаю здесь по направлению	2
Возможность получать «благодарности» от пациентов	1
Другое	*2*
З/о, не хочу отвечать	*3*

* Сумма превышает 100%, так как респонденты могли выбирать несколько вариантов ответа

* Отличия значимы, если превышают 4%

Таблица 2.8. Распределение ответов на вопрос: «Что удерживает Вас в данном медучреждении?», %

Приятный коллектив	58
Хорошее (лояльное) руководство	47
Наработанный авторитет, значимость в коллективе	37
Меня ценят как специалиста	35
Возможность развиваться, получать опыт, проходить обучение	35
Привычка (работаю много лет, не хочу ничего менять), хочу доработать до пенсии	35
Удобное расположение (например, близко к дому, детскому саду, магазинам и т.п.)	24
Хорошие условия труда (оборудованный кабинет, хороший ремонт и т.п.)	22
Наличие «своих» пациентов	9
Возможность карьерного роста	9
Не могу найти ничего лучше	9
Возможность дополнительных заработков	4
Возможность искать пациентов для частной практики	1
Люблю свою работу (профессию), приношу пользу людям, это мое призвание	1
Нужно отработать госбюджет, работаю здесь по направлению	1
Другое	*1*
Зло, не хочу отвечать	*3*

* Сумма превышает 100%, так как респонденты могли выбирать несколько вариантов ответа

* Отличия значимы, если превышают 4%

Каждый пятый респондент (18%) выбрал хотя бы один фактор, связанный с возможностью увеличения заработка/дохода (наличие «своих» пациентов, возможность карьерного роста, возможность зарабатывать дополнительно или искать пациентов для частной практики). 10% опрошенных указали такие объективные факторы, как невозможность найти что-то лучшее, необходимость отработать определенное время по распределению.

Более трети (35%) опрошенных сказали, что они продолжают работать в данном УЗ по привычке, стремясь дождаться пенсии. Однако справедливости ради следует отметить, что большинство из них называли и другие факторы (связанные как с «удобством» для них данного УЗ, так и с возможностью увеличения заработка), которые мотивируют их оставаться в учреждении. Исключительно по инерции работают менее 6% опрошенных (34 респондента), которые не указали никаких других факторов, кроме привычки.

В качестве «другого» респонденты указывали отсутствие других УЗ аналогичной специализации в городе, где проживает респондент, а также полезность практической работы с пациентами для научной деятельности респондента.

Представители руководства УЗ говорили о том, что в виду ограниченных возможностей материального стимулирования они стараются использовать нематериальные мотиваторы труда медработников в виде направления на обучающие или научные мероприятия (тренинги, конференции и т. п.), вручения грамот на День медработника или устного поощрения, однако признают, что этого недостаточно.

Многие руководители говорили о важности формирования приятной атмосферы в коллективе как фактора, мотивирующего человека оставаться в нем.

«Мне кажется, что одной из причин того, почему у нас нет текучести кадров, является то, что у нас здоровая атмосфера в коллективе. У нас адекватное руководство. Я говорю не о себе, а о старших медсестрах, заведующих отделениями» (главврач наркологической больницы).

Одна из гипотез исследования заключалась в том, что для респондентов, имеющих другие источники дохода, кроме работы в бюджетном секторе медицины в целом, и в конкретном УЗ в частности, более значимыми будут нефинансовые мотиваторы труда, чем для тех, кто таковых источников дохода не имеет. Однако проверить ее не удалось, поскольку для большинства респондентов (95%), включая тех, у кого есть дополнительные источники дохода, главным источником заработка является работа в УЗ, на базе которого их опрашивали.

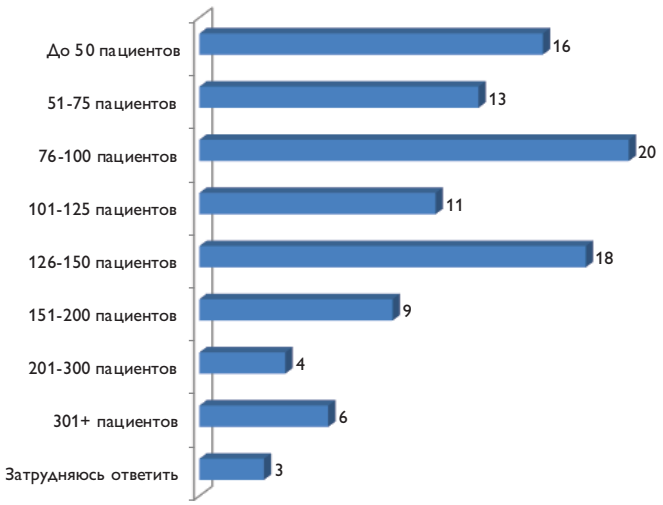
3. ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЯЗАННОСТЕЙ

3.1. Предоставление ВИЧ-услуг в разных типах УЗ

Респондентов просили оценить количество принимаемых в течение рабочей недели пациентов и количество ЛЖВ среди них. Рассматривая полученные данные, следует принимать во внимание, что они достаточно приблизительные, поскольку медработники не ведут подобную статистику и формировали указанные цифры «на глазок».

Количество принимаемых одним медработником пациентов варьирует от 10 до 1000 человек в неделю (средний показатель – 137+/-6 человек), а количество пациентов-ЛЖВ – от 0 до 850 человек в неделю (средний показатель – 51+/-4 человека). Однако такие экстремальные показатели встречаются нечасто. Как правило, количество принимаемых пациентов не превышает 200, а количество обслуживаемых ЛЖВ – 100 человек в неделю (рис. 3.1, 3.2)

Рис. 3.1. Распределение ответов на вопрос: «Сколько пациентов посещают Вас в течение рабочей недели?», %



Эти показатели существенно отличаются в разных типах УЗ. Так, наиболее загружены наркодиспансеры (за счет сайтов ЗПТ), а наименее – противотуберкулезные диспансеры и КВД (рис. 3.3).

При этом если среди пациентов центров СПИДа большинство составляют ЛЖВ (что в принципе логично), то среди пациентов КВД и ЦПМСП они встречаются достаточно редко (рис. 3.4).

Рис. 3.2. Распределение ответов на вопрос: «Сколько из них (пациентов) с установленным ВИЧ-положительным статусом?», %

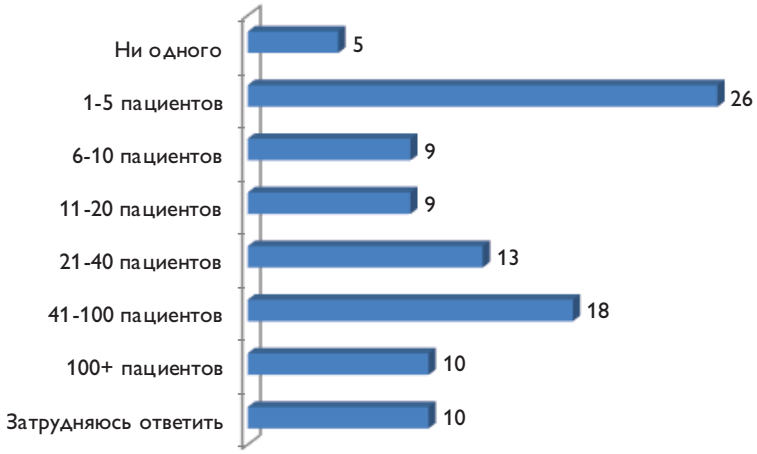


Рис. 3.3. Количество принимаемых одним медработником в течение недели пациентов (в т.ч. ЛЖВ) в зависимости от типа УЗ

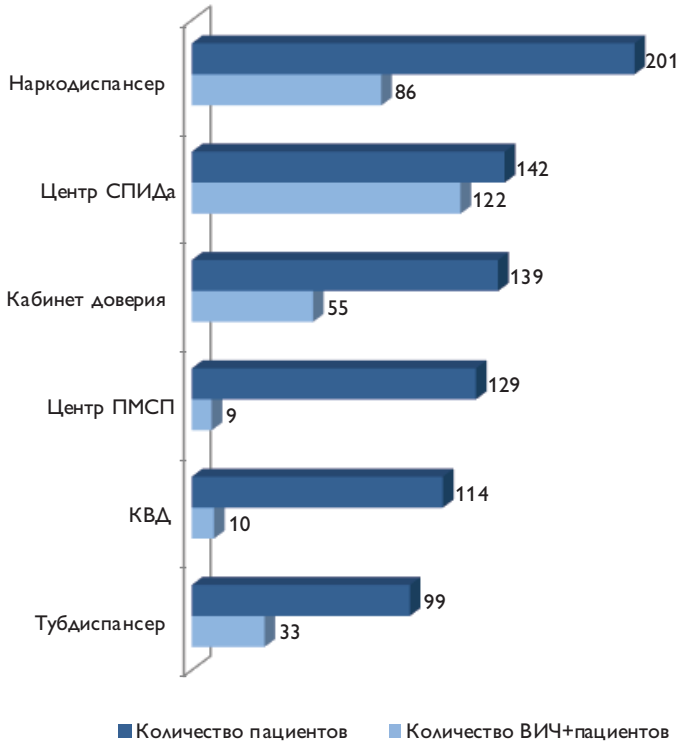
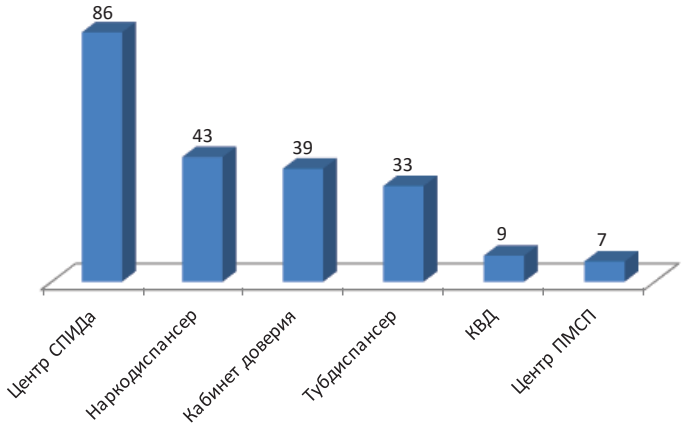


Рис. 3.4. Доля ЛЖВ среди принимаемых в течение недели пациентов, в зависимости от типа УЗ, %



Медработники достаточно высоко оценили потребность своих пациентов в таких услугах как предоставление профилактической информации (консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции не связанное с тестированием) и КиТ на ВИЧ. Считают, что в этих услугах нуждается половина и более их пациентов 69% и 64% опрошенных соответственно. Что касается остальных услуг, то достаточно большими являются доли респондентов, считающих их востребованными среди своих пациентов и наоборот невостребованными (табл. 3.1).

Это связано не только со спецификой медучреждений и особенностями обслуживаемых ими пациентов, но и осознанием медработниками того, что та или иная услуга нужна пациентам, даже если последние напрямую не обращаются за ней. Так, потребности

Таблица 3.1. Распределение ответов на вопрос: «Какая часть ваших пациентов нуждается в следующих услугах?», %

	Никто/ почти никто		Незначительная часть		Около половины		Большинство		Почти все/все		З/о, не хочу отвечать	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Предоставление профилактической информации, консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции	7	42	22	129	14	82	20	122	35	211	2	14
Консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию	12	72	21	125	14	83	19	115	31	185	3	20
Постконтактная профилактика	34	203	32	191	7	43	8	50	10	59	9	54
Консультирование по вопросам ИППП	19	114	23	139	10	61	18	109	23	134	7	43
Ведение стабильных пациентов на АРВ-терапии	33	197	14	86	11	68	15	88	17	104	10	57
Консультирование и скрининг на туберкулез	18	105	14	83	11	64	15	92	36	218	6	38
Диагностика туберкулеза	26	155	14	84	11	68	12	75	27	161	10	57
Лечение туберкулеза	41	245	16	95	9	55	7	40	16	97	11	68
Ведение стабильных пациентов на ЗПТ	41	246	18	108	8	46	8	47	12	74	13	79

* Отличия значимы, если превышают 4%

своих пациентов в предоставлении профилактической информации о ВИЧ-инфекции, а также в КиТ на ВИЧ достаточно высоко оценили представители всех УЗ, кроме центров ПМСП и КВД (табл. 3.2). Последнее вызывает удивление, поскольку многие ИППП могут быть маркерами ВИЧ-инфекции.

Таблица 3.2. Распределение ответов на вопрос: «Какая часть ваших пациентов нуждается в следующих услугах?», по типам УЗ, %

Типы УЗ	Никто/ почти никто		Незначительная часть		Около половины		Большинство		Почти все/все		З/о	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Предоставление профилактической информации, консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции												
Центры СПИДа (n=90)	3	3	12	11	14	13	16	14	50	45	5	4
КД (n=93)	2	2	15	14	18	17	11	10	53	49	1	1
Тубдиспансеры (n=92)	3	3	20	18	13	12	19	17	43	40	2	2
Наркодиспансеры (n=103)	4	4	11	11	15	16	39	40	29	30	2	2
Кожвендиспансеры (n=92)	13	12	26	24	11	10	20	18	29	27	1	1
Центры ПМСП (n=99)	14	14	41	40	10	10	16	16	15	15	4	4
Всего	**7**	**38**	**22**	**118**	**14**	**78**	**20**	**115**	**35**	**206**	**2**	**14**
Консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию												
Центры СПИДа (n=90)	9	8	12	11	13	12	18	16	37	33	11	10
КД (n=93)	3	3	16	15	21	19	15	14	44	41	1	1
Тубдиспансеры (n=92)	9	8	15	14	11	10	16	15	48	44	1	1
Наркодиспансеры (n=103)	4	6	11	13	16	25	39	29	29	28	1	2
Кожвендиспансеры (n=92)	17	16	23	21	9	8	26	24	23	21	2	2
Центры ПМСП (n=99)	23	23	37	36	8	8	15	15	13	13	4	4
Всего	**12**	**64**	**21**	**110**	**14**	**82**	**19**	**113**	**31**	**180**	**3**	**20**
Постконтактная профилактика												
Центры СПИДа (n=90)	16	14	56	50	6	5	3	3	7	6	12	12
КД (n=93)	37	35	38	35	5	5	8	7	7	6	5	5
Тубдиспансеры (n=92)	26	24	20	18	16	15	13	12	16	15	9	8
Наркодиспансеры (n=103)	23	24	29	30	10	10	15	15	19	20	4	4
Кожвендиспансеры (n=92)	40	37	20	18	3	3	9	8	10	9	18	17
Центры ПМСП (n=99)	55	54	29	29	3	3	4	4	2	2	7	7
Всего	**34**	**188**	**32**	**180**	**7**	**41**	**8**	**49**	**10**	**58**	**9**	**53**
Консультирование по вопросам ИППП												
Центры СПИДа (n=90)	14	13	22	20	10	9	22	20	17	15	15	13
КД (n=93)	17	16	26	24	7	6	21	20	25	23	4	4
Тубдиспансеры (n=92)	27	25	19	17	9	8	15	14	23	21	7	7
Наркодиспансеры (n=103)	14	14	21	22	14	14	26	27	19	20	6	6
Кожвендиспансеры (n=92)	13	12	15	14	8	7	14	13	45	41	5	5
Центры ПМСП (n=99)	30	30	31	30	10	10	12	12	10	10	7	7
Всего	**19**	**110**	**23**	**127**	**10**	**54**	**18**	**106**	**23**	**130**	**7**	**42**

Типы УЗ	Никто/ почти никто		Незначи-тельная часть		Около половины		Большинс-тво		Почти все/все		З/о	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Сопровождение и выдача АРВ-терапии												
Центры СПИДа (n=90)	6	5	3	3	11	10	24	22	48	43	8	7
КД (n=93)	13	12	11	10	13	12	28	26	29	27	6	6
Тубдиспансеры (n=92)	12	11	20	18	13	12	29	27	21	19	5	5
Наркодиспансеры (n=103)	27	28	27	28	23	24	7	7	11	11	5	5
Кожвендиспансеры (n=92)	52	48	10	9	5	5	4	4	3	3	25	23
Центры ПМСП (n=99)	70	69	16	16	3	3	2	2	1	1	8	8
Всего	**33**	**173**	**14**	**84**	**11**	**66**	**15**	**88**	**17**	**104**	**10**	**54**
Консультирование и скрининг на ТБ												
Центры СПИДа (n=90)	10	9	12	11	17	15	21	19	30	27	10	9
КД (n=93)	13	12	15	14	12	11	16	15	41	38	3	3
Тубдиспансеры (n=92)	2	2	3	3	4	4	9	8	79	73	3	2
Наркодиспансеры (n=103)	22	23	14	14	13	13	22	23	21	22	8	8
Кожвендиспансеры (n=92)	44	40	12	11	5	5	7	6	23	21	9	9
Центры ПМСП (n=99)	14	14	22	22	10	10	15	15	32	31	7	7
Всего	**18**	**100**	**14**	**75**	**11**	**58**	**15**	**86**	**36**	**212**	**6**	**38**
Диагностика ТБ												
Центры СПИДа (n=90)	10	9	16	14	24	22	16	14	17	15	17	16
КД (n=93)	28	26	10	9	15	14	16	15	27	25	4	4
Тубдиспансеры (n=92)	1	1	1	1	2	2	12	11	83	76	1	1
Наркодиспансеры (n=103)	32	33	18	19	13	13	16	16	14	14	7	8
Кожвендиспансеры (n=92)	54	50	8	7	3	3	2	2	10	9	23	21
Центры ПМСП (n=99)	20	20	28	27	11	11	14	14	20	20	7	7
Всего	**26**	**139**	**14**	**77**	**11**	**65**	**12**	**72**	**27**	**159**	**10**	**57**
Лечение ТБ												
Центры СПИДа (n=90)	17	15	37	33	16	14	8	7	7	6	15	15
КД (n=93)	42	39	14	13	13	12	10	9	14	13	7	7
Тубдиспансеры (n=92)	1	1	2	2	7	6	13	12	76	70	1	1
Наркодиспансеры (n=103)	49	50	20	21	14	14	4	4	2	2	11	12
Кожвендиспансеры (n=92)	62	57	8	7	1	1	0	0	2	2	27	25
Центры ПМСП (n=99)	57	56	18	18	7	7	7	7	3	3	8	8
Всего	**41**	**218**	**16**	**94**	**9**	**54**	**7**	**39**	**16**	**96**	**11**	**68**

Типы УЗ	Никто/ почти никто		Незначительная часть		Около половины		Большинство		Почти все/все		З/о	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Ведение стабильных пациентов на ЗПТ												
Центры СПИДа (n=90)	29	25	30	27	12	11	6	5	8	7	15	15
КД (n=93)	46	43	16	15	10	9	10	9	10	9	8	8
Тубдиспансеры (n=92)	13	12	34	31	14	13	11	10	21	19	7	7
Наркодиспансеры (n=103)	23	24	18	18	6	6	18	19	28	29	7	7
Кожвендиспансеры (n=92)	58	53	3	3	4	4	2	2	7	6	26	24
Центры ПМСП (n=99)	65	64	12	12	2	2	2	2	3	3	16	16
Всего	**41**	**221**	**18**	**106**	**8**	**45**	**8**	**47**	**12**	**73**	**13**	**77**

** Различия значимы, если превышают 10%*

Потребности в консультировании по вопросам ИППП высоко оценили сотрудники всех УЗ, кроме ЦПМСП, а потребности в предоставлении АРВ-терапии актуальны, по мнению медработников, для пациентов центров СПИДа, КД и тубдиспансеров. Это соотносится с практикой предоставления АРТ этими УЗ.

Достаточно прагматично оценили респонденты потребности своих пациентов в услугах в сфере профилактики и лечения ТБ. Так, об актуальности консультирования и скрининга на ТБ, равно как и его диагностики, говорили представители всех УЗ, кроме КВД. Особенно стоит отметить, что это считают своей задачей сотрудники ЦПМСП. В отличие от диагностики, лечением ТБ, по мнению большинства врачей общей практики-семейной медицины и медсестер, которые им ассистируют, должны заниматься исключительно фтизиатры. Лишь незначительная часть сотрудников КВД и ЦПМСП согласилась с тем, что часть их пациентов нуждается в лечении ТБ. По мнению сотрудников остальных УЗ, такие потребности у их пациентов есть, что соотносится с большей распространенностью ТБ среди ЛЖВ и уязвимых групп (например, ЛУИН) в Украине.

Подобным образом, по мнению большинства сотрудников КВД и ЦПМСП, их пациенты не нуждаются в ЗПТ, тогда как остальные респонденты (сотрудники центров СПИДа, КД, тубдиспансеров и естественно - НД) считают, что определенной части их пациентов такая услуга нужна.

Как свидетельствуют результаты опроса, осознание того, что пациенты нуждаются в той или иной услуге далеко не всегда означает ее предоставление. Так, например, по мнению лишь 7% респондентов, никто или почти никто из их пациентов не нуждается в профилактической информации о ВИЧ-инфекции, тогда как ни разу не предоставляли эту услугу в течение рабочей недели – 17% опрошенных. В случае консультирования и скрининга на ТБ соответствующие показатели составляют 18% и 36% соответственно (табл. 3.1, 3.3). При этом речь идет об услугах, которые не требуют никакого оборудования, расходных материалов или других условий (например, организационных) для своего предоставления.

Среди всех ВИЧ-услуг чаще всего респондентами предоставляется профилактическая информация по вопросам ВИЧ и проводится КиТ на ВИЧ, значительно реже предоставляются услуги по диагностике ТБ, постконтактной профилактике и лечению ТБ (рис. 3.5).

Рис. 3.5. Средняя частота предоставления ВИЧ-услуг одним медработником, раз в неделю

Таблица 3.3. Распределение ответов на вопрос: «Сколько раз в течение рабочей недели Вы предоставляете следующие услуги?», %

	Ни разу		Укажите количество														З/о, не хочу отвечать	
			1-5 раз		6-10 раз		11-20 раз		21-40 раз		41-60 раз		61-100 раз		100+ раз			
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Предоставление профилактической информации, консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции	17	104	17	93	16	53	9	62	10	60	10	61	11	64	10	60	7	43
Консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию	28	171	14	83	7	44	10	62	9	54	8	47	9	51	8	44	7	43
Постконтактная профилактика	52	310	18	104	3	20	3	19	3	20	3	16	2	13	2	12	14	86
Консультирование по вопросам ИППП	34	203	15	87	7	40	7	40	7	41	7	45	8	49	6	38	9	57
Ведение стабильных пациентов на АРВ-терапии	53	317	6	38	3	19	5	34	6	35	4	22	8	47	4	22	11	66
Консультирование и скрининг на туберкулез	36	214	10	59	5	34	8	49	7	41	6	36	11	66	7	44	10	57
Диагностика туберкулеза	48	290	14	84	3	19	4	22	6	34	4	25	6	36	5	29	10	61
Лечение туберкулеза	66	394	6	34	1	7	1	6	5	31	3	17	4	25	2	13	12	73
Ведение стабильных пациентов на ЗПТ	61	365	6	38	5	28	3	17	4	23	3	17	1	9	4	21	13	82

* *Отличия значимы, если превышают 4%*

При этом частота предоставления отдельных видов ВИЧ-сервиса существенно варьирует по разным типам УЗ. Как правило, каждая из услуг чаще оказывается в УЗ соответствующей специализации (например, ведение пациентов на АРТ – в центрах СПИДа, диагностика и лечение ТБ – в тубдиспансере). Наиболее активными в предоставлении услуг профилактики ВИЧ-инфекции (консультирование по вопросам ВИЧ, постконтактной профилактики, ИППП, КиТ, ЗПТ) являются наркодиспансеры. Реже всего большинство видов консультирования, связанного с ВИЧ-инфекцией, ИППП, их лечением, а также ЗПТ предоставляются в ЦПМСП. Исключение составляет консультирование и скрининг на ТБ, которое достаточно часто проводится и в учреждениях первичной сети, и в УЗ, специализирующихся на работе с ЛЖВ (центры СПИДа, КД) (табл. 3.4).

Интерпретируя ответы респондентов на этот вопрос, следует учитывать, что, во-первых, подобная статистика в УЗ не ведется, поэтому количество предоставляемых услуг респонденты оценивали очень приблизительно. Кроме этого, многие медработники достаточно творчески могли подходить к интерпретации самого вопроса. В частности, сотрудники тубдиспансеров говорили, что они «ведут пациентов на АРТ», уточняя, что они проводят лечение ТБ у ВИЧ-инфицированных пациентов, принимающих АРТ, хотя сами они никакого отношения к ее назначению и выдаче этим пациентам не имеют. Подобным образом интерпретировался вопрос о ведении пациентов на ЗПТ, а также о ПКП, которую достаточно часто отождествляли не только с консультированием по вопросам постконтактной профилактики, но и с консультированием по безопасному в контексте профилактики ВИЧ-инфицирования поведению в целом (что особенно характерно для медработников НД).

Таблица 3.4. Средняя частота предоставления ВИЧ-сервисных услуг по типам УЗ, раз в неделю

	Центры СПИДа	КД	ПТД	НД	КВД	ЦПМСП	В среднем
Предоставление профилактической информации по вопросам ВИЧ-инфекции	51	67	41	76	41	20	49
КиТ на ВИЧ-инфекцию	30	65	31	63	36	19	40
Постконтактная профилактика	5	6	18	50	13	6	16
Консультирование по вопросам ИППП	20	35	25	54	45	19	33
Ведение стабильных пациентов на АРТ	77	36	22	44	5	0	29
Консультирование и скрининг на ТБ	32	34	63	17	18	31	33
Диагностика туберкулеза	14	20	65	5	5	13	21
Лечение туберкулеза	7	4	55	2	0	4	12
Ведение стабильных пациентов на ЗПТ	21	16	19	116	8	3	30

3.2. Возможности и условия перераспределения обязанностей между разными типами учреждений здравоохранения

Подавляющее большинство опрошенных медработников (84%) не устраивает уровень их благосостояния, в т.ч. 40% выбрали ответ «совершенно не устраивает». Лишь единицы (1%) полностью и 10% - в большей степени удовлетворены своим доходом. Нет значимых различий в ответах врачей и медицинских сестер (рис. 3.6, варианты ответа «полностью и скорее устраивает» объединены). Чуть оптимистичнее ответы в группе «администраторов» (заведующих отделениями и кабинетами доверия, n=32): среди них 19% склоняются к положительным и 75% - негативным оценкам уровня дохода. Однако эти показатели не выходят за пределы статистической погрешности, как и распределения ответов медработников, имеющих различные квалификационные категории.

Рис. 3.6. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Устраивает ли Вас Ваш уровень дохода, материального благосостояния?»*, %

* З/о – затрудняюсь ответить, устраивает или нет; не хочу отвечать

Преимущественно не удовлетворены уровнем дохода медработники всех типов УЗ. Наиболее пессимистические ответы характеры для персонала КВД, кабинетов доверия и центров ПМСП. Около половины опрошенных в этих учреждениях совершенно не устраивает уровень дохода и менее 10% - скорее устраивает (соотношение между позитивными и негативными мнениями на уровне 1:9). Как относительно оптимистичные на их фоне можно рассматривать ответы медработников противотуберкулезных диспансеров: 23% «скорее устраивает» и 72% «скорее и полностью не устраивает» уровень благосостояния, соотношение мнений 1:3 (рис. 3.7).

Будучи преимущественно неудовлетворенными своими доходами по основному месту работы, большинство медработников высказывают заинтересованность в увеличении оплаты труда и готовы для этого[4]:

- осваивать предоставление новых для себя услуг, в т.ч. ВИЧ-сервис (67%),
- брать дополнительные функциональные обязанности (55%),
- осваивать смежные специальности (65%).

4 Выбрали из трех вариантов ответа: («скорее да», «скорее нет», «З/о») – первый.

Готовность к выполнению хотя бы одного из указанных выше условий подтвердили 78% опрошенных, в т.ч. 80% врачей и 77% медсестер. Заинтересованы в увеличении оплаты труда на указанных условиях и большинство (75%) медработников, которых сегодня «скорее устраивает» уровень их дохода.

Вместе с тем большинство респондентов (71%) не готовы к прямому увеличению рабочего времени на прежних условиях его оплаты. Таким образом, медработники в большей степени ориентированы на изменения качества работы, ее большую интенсивность – и за счет этого увеличение цены своего труда за единицу времени.

Небольшие расхождения в ответах медработников по типам учреждений здравоохранения не являются значимыми. Исключение составляют лишь КВД и центры ПМСП. Среди занятых в них медработников уровень готовности к предоставлению новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервиса, ниже, чем среди других опрошенных. Впрочем, интерес персонала КВД наиболее низкий и к освоению смежных специальностей и дополнительным функциональным обязанностям при одновременно самом высоком уровне неудовлетворенности оплатой труда.

Рис. 3.7. Распределение ответов респондентов на вопрос: **«Устраивает ли Вас Ваш уровень дохода, материального благосостояния?» по типам УЗ, %**

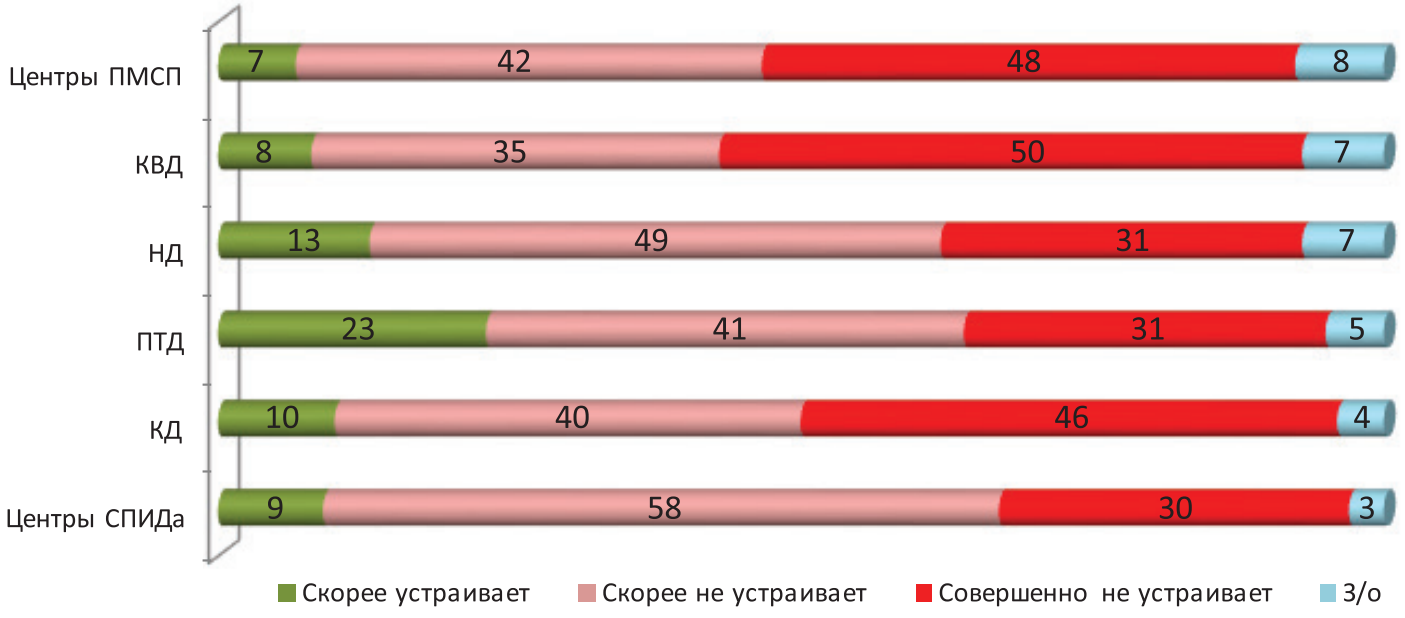


Таблица 3.5. Уровень готовности медработников к изменениям в содержании и условиях труда для повышения его оплаты, по типам УЗ

Типы УЗ	Предоставлять новые услуги, в т.ч. ВИЧ-сервис		Осваивать смежные специальности		Брать доп. функционал		Увеличить рабочее время	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Центры СПИДа, *n=90*	70	63	62	56	54	49	20	18
КД, *n=93*	73	68	69	64	54	50	13	12
ПТД, *n=92*	72	66	69	63	63	58	21	19
НД, *n=103*	67	69	69	71	57	59	27	28
КВД, *n=92*	62	57	55	51	51	47	21	19
Центры ПМСП, *n=99*	58	57	66	65	50	49	17	17

* Различия значимы, если превышают 10%

Рассмотрим более детально позицию медработников различных типов учреждений по предоставлению ряда наиболее востребованных ВИЧ-услуг, не требующих серьезных усилий по переподготовке персонала и капиталовложений. Среди них:

консультирование пациентов по вопросам ВИЧ-инфекции (первичная профилактика);

- консультирование и тестирование пациентов на ВИЧ-инфекцию;
- ведение стабильных пациентов на АРВ-терапии;
- консультирование и скрининг на туберкулез;
- ведение стабильных пациентов на ЗПТ.

Как и ожидалось, перечисленные услуги уже оказываются в разной степени во всех исследуемых типах учреждений и врачами, и средним медицинским персоналом. Доля врачей, которые их предоставляют, значимо выше, чем среди медсестер. Конкретные показатели варьируются в зависимости от вида услуг. Уровень толерантности медработников, которые сейчас не предоставляют те или иные ВИЧ-услуги, к отдельным их видам достаточно высокий. Подавляющее большинство опрошенных готовы расширить спектр своих консультационных услуг. Значительно большая настороженность наблюдается по отношению к перспективам ведения стабильных пациентов на АРТ и в особенности - на ЗПТ. Ключевое условие предоставления новых для медработников ВИЧ-услуг – наличие действенного материального стимула в виде прямого увеличения размера должностного оклада. Все остальные перечисленные в анкете прямые (доплата за каждого пациента, получившего услугу) и непрямые материальные стимулы (получение медстраховки за счет УЗ), другие мотиваторы (удобные графики работы и отпусков, улучшение условий труда, дополнительное бесплатное обучение и другое) оказались для большинства респондентов менее привлекательными.

3.2.1. Готовность респондентов к расширению перечня предоставляемых ими услуг

Рассмотрим на основе данных опроса уровень вовлеченности респондентов в предоставление ключевых ВИЧ-услуг, готовность их оказывать и условия, при которых это будет интересно медицинским работникам различных типов учреждений здравоохранения.

Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции

Данный вид услуг уже предоставляют более половины опрошенных (57%), в т.ч. от 51% врачей центров ПМСП до более 80% врачей в центрах СПИДа и 90% КД; от трети медсестер в центрах ПМСП (30%) и КВД (34%) до половины медсестер в КД (53%) и центрах СПИДа (52%). Ни при каких условиях не хотели бы оказывать данную услугу 11% респондентов, подавляющее большинство из которых – медсестры (80%) (табл. 3.6).

Несколько неожиданным оказался тот факт, что ряд сотрудников специализированных учреждений ответили, что **не проводят** консультирование по вопросам ВИЧ, в т.ч. 7 врачей-инфекционистов центров СПИДа и 5 врачей кабинетов доверия. В то же время практически все узкие специалисты, опрошенные в центрах СПИДа, (18 из 21) ответили, что консультируют по этим вопросам. Возможно, у различных респондентов понимание данной услуги существенно отличается. Помимо этого, во многих УЗ практикуются подмены, когда, например, в силу нехватки в центрах СПИДа инфекционистов их заменяют на приеме узкие специалисты (гинеколог, дерматовенеролог и др.).

Анализ условий, на основе которых медработники, не предоставляющие сегодня консультирование, готовы его оказывать, возможен только на основе ответов всей целевой аудитории (n=195). К сожалению, «наполнение» подгрупп по отдельным типам учреждений незначительно (20-47 респондентов).

Главным условием для включения консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции (первичной профилактики) в систему предоставления услуг подавляющее большинство респондентов (74%) назвали прямое увеличение заработной платы. Этот вариант, не позволяющий отследить количество пациентов, которым будет предоставлена эта услуга, для медработников является куда привлекательней, чем другой, более справедливый и понятный вариант материального стимулирования – доплата за каждого пациента, получившего услугу (рис. 3.8).

Таблица 3.6. Уровень предоставления услуг по консультированию пациентов по вопросам ВИЧ-инфекции и готовность к его предоставлению, по типам УЗ

Типы УЗ	Уже консультируют		Согласны консультировать при определенных условиях		Не согласятся ни при каких условиях	
	%	n	%	n	%	n
Центры СПИДа, *n=90*	62	56	29	26	9	8
КД, *n=93*	71	66	22	20	7	7
ПТД, *n=92*	60	55	33	31	7	6
НД, *n=103*	51	52	38	40	11	11
КВД, *n=92*	53	49	34	31	13	12
Центры ПМСП, *n=99*	39	39	48	47	13	13

* Различия значимы, если превышают 10%

Рис. 3.8. Условия консультирования пациентов по вопросам ВИЧ-инфекции медработниками, которые его не проводят, %*, *n=195*

* Сумма ответов превышает 100%, так как респонденты могли выбирать не более трех вариантов ответа

Что касается конкретных пожеланий опрошенных, то разброс вариантов ответов:

- о повышении размера зарплаты находится в пределах: от 10% до 200%; мода – 50%, среднее – 72%;
- о размере доплаты за каждого пациента, получившего консультацию, составляет: от 20 до 300 грн.; мода – 100 грн., среднее – 133 грн.

При этом значимых различий между ответами врачей и медсестер не выявлено. Учитывая различия в должностных окладах, активное вовлечение медсестер в предоставление консультационных услуг является экономически более оправданным (конечно, при других равных условиях – уровне квалификации и стаже работы). Важным условием активного привлечения медсестер к проведению разного рода консультирования является достаточный уровень их подготовки по вопросам его проведения.

Все остальные условия респонденты указывали как дополнение к материальному стимулированию, наиболее популярными среди них оказались обучение (32%) и обеспечение средствами защиты (26%), оформление медстраховки за счет УЗ (25%). Обращает на себя внимание популярность ответа «обеспечение необходимыми средствами защиты, например, одноразовыми перчатками, в достаточном количестве». С одной стороны, это еще раз подтверждает плохое обеспечение медработников, ведущих амбулаторный прием, расходными материалами. С другой стороны, в случае проведения консультирования в рамках первичной профилактики, вполне оправданно говорить о высоком уровне стигмы среди медработников по отношению к пациентам из числа уязвимых к инфицированию ВИЧ групп. Об этом свидетельствует то, что медработники считают, что для проведения консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции необходимы одноразовые перчатки и другие индивидуальные средства защиты. Также часть врачей первички считают, что данный вид консультирования не входит в перечень их функциональных обязанностей.

Консультирование и тестирование пациентов на ВИЧ-инфекцию

Ответы респондентов о данном виде услуг фактически повторяют предыдущие выводы о возможности консультирования (без тестирования), в т.ч. около половины опрошенных медработников (51%) сообщили, что уже предоставляют КиТ. Наиболее высокие показатели, как и ожидалось, – в специализированных учреждениях, в особенности в кабинетах доверия (79%), где данная услуга является одной из ключевых. Наиболее низкие – в центрах ПМСП (31%). Значимые различия между долей персонала, предоставляющего только консультирование, и медработниками, проводящими КиТ, оказались только на уровне КВД: вторую услугу предоставляют реже (-12%) (табл. 3.7).

Таблица 3.7. Уровень оказания услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ и готовность к его предоставлению, по типам УЗ

Типы УЗ	Уже предоставляют		Согласны предоставлять КиТ при определенных условиях		Не согласятся ни при каких условиях	
	%	n	%	n	%	n
Центры СПИДа, *n=90*	58	52	32	29	10	9
КД, *n=93*	79	73	16	15	5	5
ПТД, *n=92*	47	43	39	36	14	13
НД, *n=103*	46	47	44	46	10	10
КВД, *n=92*	41	38	43	39	16	15
Центры ПМСП, *n=99*	31	31	57	56	12	12

* Различия значимы, если превышают 10%

Как и в случае первичной профилактики, услугу по КиТ не настроена предоставлять десятая часть опрошенных (11%), большинство из которых (77%) средний медперсонал. В то же время среди опрошенных, заинтересовавшихся предоставлением КиТ, около половины (45%) – медсестры.

Как и в отношении консультирования, наиболее действенным для предоставления КиТ будет материальный стимул: на повышение заплаты как главного условия оказания услуги указало большинство представителей целевой группы (70%), значительно реже выбирали вариант «оплата за каждого отдельного пациента», прошедшего КиТ, (32%). На этом же уровне - пожелания медстраховки за счет УЗ (33%), которое даже несколько чаще упоминалось, чем обеспечение необходимыми средствами защиты (26%). Остальные факторы указывались респондентами значительно реже (рис. 3.9). Ответы респондентов о размерах желаемого повышения оклада или доплат за одного пациента повторяют данные по предыдущей услуге.

Анализ качественной составляющей исследования (ФГД с медперсоналом различных УЗ) позволяет сделать несколько важных комментариев как об условиях и подходах к предоставлению данной услуги в УЗ, так и о позиции медработников в отношении данной услуги.

Рис. 3.9. Условия предоставления КиТ медработниками, которые его не проводят, %*, *n=221*

* Сумма ответов превышает 100%, так как респонденты могли выбирать не более трех вариантов ответа

На сегодня многие медработники признают, что значительная часть КиТ проводится недостаточно качественно. Остро стоит вопрос о качестве предтестового консультирования. Свидетельствами тому являются факты, названные участниками ФГД:

- много пациентов, которым по показаниям здоровья (длительное неуспешное лечение пневмоний, герпетической инфекции, грибковых и других заболеваний) целесообразно пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию, отказываются от него;
- сетования на отказы пациентов подписать информированное согласие на тестирование, полученное, судя по контексту, без проведения полноценного консультирования;
- после консультирования пациенты продолжают рискованные практики.

Участники дискуссий называли немало тревожных подтверждений низкого качества послетестового консультирования в случае положительного результата, в частности:

- часто пациенты отказываются сообщать о своем статусе половому партнеру, самым близким родственникам;
- отказываются приходить в центры СПИДа (по переадресации), не проходят подтверждающий тест, дальнейшее обследование;
- отказываются принимать АРТ.

Обращают на себя внимание различия в позициях медработников. Если инфекционистов, наркологов больше тревожит неэффективная переадресация пациентов с выявленным во время КиТ позитивным статусом *(«в центры СПИДа доходит лишь один из десяти выявленных в других учреждениях»)*, то ряд медработников сожалели о слишком демократичных нормах в отношении к ЛЖВ, в т.ч. об обеспечении конфиденциальности информации о ВИЧ-статусе пациента.

«Пациент всегда прав. И я не могу рассказать кому-либо, что пациент ВИЧ-инфицирован. Бывает, что муж-жена не знают о статусе. Таким образом, мы скрыто поддерживаем эпидемию в обществе. У меня в последнее время много тех, кто просит не говорить мужу или жене. Я уже понимаю, что там, скорее всего тоже ВИЧ-инфекция, но не могу повлиять на ситуацию, потому что они мне угрожают судом» (врач КД).

В качестве препятствий также было названо отсутствие тест-систем для экспресс-тестирования во многих учреждениях из числа центров ПМСП, особенно в небольших городах, ряде НД, КВД, а также серьезные перебои с обеспечением подтверждающими тест-системами в центрах СПИДа. Но главное препятствие для увеличения числа качественных услуг по КиТ – это отсутствие четкой заинтересованности у медработников различных типов УЗ в предоставлении такой услуги и возможности уделить пациенту необходимое количество времени, поскольку большинство врачей ориентируются на «пресловутые 12 минут», которые, по мнению многих, отводятся на амбулаторный прием. В Черкасском КВД пошли по пути еще большей оптимизации рабочего времени, ориентируясь в среднем на 7 минут при амбулаторном приеме пациентов.

Наблюдение за стабильными пациентами, получающими АРВ-терапию, включая выдачу АРВ-препаратов

Данный вид медицинской помощи предоставляется сегодня преимущественно врачами-инфекционистами в центрах СПИДа и кабинетах доверия. Значительно реже – в других учреждениях. Например, для повышения доступности лечения наркозависимых пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция в ряде наркодиспансеров ведет прием врач-инфекционист, который обеспечивает контроль за состоянием здоровья пациентов, организует выдачу АРВ-препаратов. Комплексный подход к ведению пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция/ТБ внедряется и в противотуберкулезных диспансерах. В то же время и для большинства пациентов, и для большинства медицинских работников наблюдение за пациентом с диагнозом ВИЧ-инфекция и выдача АРТ ассоциируется исключительно с центрами СПИДа и КД. Это в свою очередь усложняет доступ пациентов, проживающих за пределами крупных городов, где расположены данные учреждения или их структурные подразделения, к получению своевременной медицинской помощи, усиливает риски прерывания антиретровирусного лечения, существенно увеличивает нагрузку на врачей центров СПИДа, которые в итоге не могут уделять надлежащего внимания и времени наиболее сложным пациентам. Риск прерывания лечения усиливается в случае госпитализации пациента с диагнозом ВИЧ-инфекция в другие лечебные учреждения.

Таблица 3.8. Уровень предоставления услуги по наблюдению за пациентами, получающими АРТ, и готовность к ее предоставлению, по типам УЗ

Типы УЗ	Уже предоставляют		Согласны предоставлять при определенных условиях		Не согласятся ни при каких условиях	
	%	n	%	n	%	n
Центры СПИДа, *n=90*	54	49	29	26	17	15
КД, *n=93*	58	54	26	24	16	15
ПТД, *n=92*	36	33	42	39	22	20
НД, *n=103*	25	26	44	45	31	32
КВД, *n=92*	4	4	46	42	50	46
Центры ПМСП, *n=99*	1	1	44	44	55	54

* Различия значимы, если превышают 10%

По данным опроса, исследуемая услуга преимущественно оказывается медработниками специализированных УЗ (табл. 3.8). Ее предоставляют около 80% опрошенных врачей центров СПИДа (81%) и КД (76%), а также примерно треть среднего медперсонала этих учреждений (33% - центр СПИДа, 40% - КД), задействованного обычно на выдаче АРВ-препаратов.

Опыт ведения пациентов на АРТ имеют примерно половина опрошенных врачей (49%) и пятая часть среднего медперсонала (21%) противотуберкулезных диспансеров, четвертая часть персонала НД (25% - медсестер, 26% - врачей).

Что касается КВД и центров ЦПМСП, то опыт предоставления данной услуги имеют единицы из числа опрошенных (в пределах 2-5%).

В отличие от консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и проведения КиТ, медперсонал большинства УЗ продемонстрировал высокий уровень неприятия к потенциальной возможности предоставления данной услуги. Около половины опрошенных врачей центров ПМСП (41%) и КВД (57%) заявили, что не согласятся на ведение пациентов на АРТ ни при каких условиях, среди медсестер уровень отказов составил: 66% в ЦПМСП и 42% - в КВД.

Основными их аргументами, высказанными по время ФГД, были:

- очень большая загруженность врачей и медсестер;
- забюрократизированная и сложная система отчетности по АРВ-препаратам;
- профессиональная некомпетентность;
- сомнения в возможности дополнительного материального стимулирования за предоставление данной услуги.

«На нас уже перевалили все. Мы даже раздаем туберкулезным больным продуктовые наборы, хотя этим должны заниматься социальные службы… Если к этому еще добавить и АРТ, то мы просто упадем. Люди в центре СПИДа получают за это надбавки!» (главный врач центра ПМСП).

«Нет, семейные врачи не могут вести стабильных. Лучше сделать отдельный кабинет… Потратили много денег и все. Зачем обучать, если есть специалисты, нужно только включить их в штат!» (заведующий амбулаторией семейной медицины).

«Если вы внедрите и оплатите – я только за» (семейный врач).

Лишь меньше половины опрошенных (38%) готовы обсуждать возможность предоставления данной услуги при определенных условиях. Как и по другим услугам, в качестве главного условия респонденты называют увеличение заработной платы (38%). Желаемое повышение, по ответам респондентам, варьирует от 20 до 300%, наиболее популярные варианты: на 50% и 100% (их выбрал каждый третий опрошенный – 35% и 34% среди тех, кто готов предоставлять АРТ при

определенных условиях). Несколько выше запросы – у медработников НД и КВД, относительно ниже – ПТД и центров ПМСП.

Значительно реже отмечались четыре других варианта: доплата за каждого пациента, бесплатное обучение по данной тематике, оформление медстраховки и обеспечение средствами защиты (21-24%). Мало или непопулярными являются другие варианты ответов (рис. 3.10).

Рис. 3.10. Условия ведения пациентов на АРТ медработниками, которые этого не делают, %*, *n=220*

* Сумма ответов превышает 100%, так как респонденты могли выбирать не более трех вариантов ответа

Консультирование и скрининг на туберкулез

Эпидемия туберкулеза остается одной из актуальных проблем общественного здоровья в Украине, а распространенность ко-инфекции ВИЧ/ТБ является серьезным препятствием для успешной борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИД в Украине. В связи с этим своевременное выявление больных ТБ как среди общего населения, так и в среде ВИЧ-инфицированных, рассматривается в качестве, с одной стороны, важной ВИЧ-услуги, которая должна быть максимально доступной для всех уязвимых к социально опасным инфекциям групп, с другой, главного условия борьбы с эпидемией ТБ в целом.

Для решения существующих задач каждый медработник на всех уровнях должен знать ключевые симптомы ТБ, понимать процедуру скрининга, уметь его проводить и проявлять бдительность по отношению ко всем пациентам, относящимся к уязвимым группам, уметь их проконсультировать и мотивировать, в случае необходимости, к дальнейшему обследованию. В настоящее время это практикуют примерно половина опрошенных (45%), в т.ч. подавляющее большинство врачей (90%) и медсестер (81%) противотуберкулезных диспансеров.

Полученные данные позволяют говорить о сложившемся достаточно четком разделении труда медперсонала на уровне других УЗ: консультирование и скрининг на ТБ в центрах СПИДа, кабинетах доверия, центрах ПМСП является преимущественно врачебной услугой: ее предоставляют более половины врачей первичного уровня медицинской помощи (57%) и около двух третей врачей центров СПИДа и КД (69%) и менее трети – среднего медперсонала этих учреждений (28% на первичном уровне и 33% - в КД и центрах СПИДа). Достаточно редко такую услугу предоставляют врачи в НД и КВД (26% и 22% соответственно) и единицы из числа средних медработников этих УЗ (менее 5%).

Ответы остальных опрошенных, которые не имели на момент опроса опыта проведения консультирования

и скрининга на ТБ, разделились примерно пополам: 29% всех респондентов готовы обсуждать условия ее предоставления, 26% - ни при каких условиях не согласятся ее оказывать. Самый низкий уровень толерантности к данной услуге показали врачи и медсестры КВД, медсестры НД (каждая вторая). Наиболее высокий – медицинский персонал центров ПМСП, врачи – центров СПИДа и КД.

Таблица 3.9. Уровень предоставления услуги по консультированию и скринингу на ТБ, готовность к ее предоставлению

Типы УЗ	Уже предоставляют		Согласны предоставлять при определенных условиях		Не согласятся ни при каких условиях	
	%	n	%	n	%	n
Центры СПИДа, *n=90*	46	41	28	36	26	23
КД, *n=93*	54	50	23	22	23	21
ПТД, *n=92*	86	79	12	11	2	2
НД, *n=103*	21	22	40	41	39	40
КВД, *n=92*	15	14	38	35	47	43
Центры ПМСП, *n=99*	41	41	41	40	18	18

* Различия значимы, если превышают 10%

Большинство медработников, готовых обсуждать предоставление новой для себя услуги, в качестве главного стимула, как и в других случаях, назвали увеличение заработной платы (рис. 3.11). Желаемое повышение, по ответам респондентам, варьирует от 15 до 200%, чаще всего указывали 50% (каждый четвертый – 25%), среднее значение – на 76%.

На втором месте, но значительно уступают основному стимулу, доплата за каждого пациента (29%) и обеспечение средствами защиты (30%) как условия для проведения консультирования и скрининга на ТБ своих же пациентов. Менее популярными являются бесплатное обучение (23%) и оформление медстраховки (21%). Достаточно высокой является доля респондентов, которые затруднились с выбором условия (19%).

Рис. 3.11. Условия проведения консультирования и скрининга на ТБ медработниками, которые его не проводят, %*, *n=185*

* Сумма ответов превышает 100%, так как респонденты могли выбирать не более трех вариантов ответа

Наблюдение стабильных пациентов, получающих ЗПТ

Предоставление ЗПТ для потребителей инъекционных наркотиков с опиоидной зависимостью остается, возможно, самой сложной для принятия общественным сознанием услугой во всем ВИЧ-сервисе. Несмотря на включение в предыдущие и ныне действующую Общегосударственную целевую социальную программу противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу на 2014 – 2018 гг. мероприятий по расширению доступа наркозависимых к ЗПТ, охват этой услугой остается значительно ниже запланированного в Программе показателя. Наиболее значимым препятствием для расширения ЗПТ является сильное сопротивление (сознательное или в силу непонимания важности, плохой информированности) на различных уровнях: в т.ч. лиц, принимающих политические решения, решения о распределении национального и местных бюджетов, руководителей силовых структур, отвечающих за обеспечение общественного порядка, лидеров НПО, не вовлеченных в ВИЧ-сервис, общественности. Достаточно распространены стереотипы и страхи в отношении ЗПТ у медицинского персонала.

Несмотря на то, что сайты ЗПТ функционируют в разных типах учреждений, разрешена рецептурная форма отпуска препаратов для социально адаптированных пациентов, значительное число медработников не хотели бы иметь отношение к предоставлению этой услуги: 47% респондентов, в т.ч. три из четырех медработников КВД (76%), более половины – центров ПМСП (64%). Их основные аргументы, как свидетельствуют ФГД, сводятся к нежеланию работать с препаратами, подлежащими строгой отчетности.

Поскольку в выборку исследования сознательно были включены сайты ЗПТ, то доля медработников, имеющих опыт предоставления услуг по заместительной терапии, оказалась достаточно большой (24%). Выше среднего оказался удельный вес врачей и медсестер с таким опытом в НД (41%), врачей в центрах СПИДа (39%) и КД (38%), ПТД (38%) (табл. 3.10).

Лишь 22% среди всех опрошенных не имеют опыта работы с пациентами, получающими ЗПТ, но готовы рассмотреть такую возможность. И как по всем предыдущим услугам, в качестве главного стимула называют увеличение зарплаты (21%), в два раза реже – доплату за каждого отдельного пациента (9%), оформление медстраховки (9%), дополнительное бесплатное обучение (8%). Остальные варианты указали единицы опрошенных (менее 5%).

Таким образом, наиболее перспективными с точки зрения готовности медперсонала к освоению новых для себя ВИЧ-услуг являются консультирование по вопросам ВИЧ (первичная профилактика) и проведение консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию. Значительная часть медработников (как врачей, так и медсестер) всех типов УЗ демонстрируют высокий уровень толерантности к данным видам услуг, а главным стимулом для того, чтобы предоставлять их респонденты назвали повышение уровня оплаты труда.

Таблица 3.10. Уровень предоставления услуги по ведению стабильных пациентов на ЗПТ, готовность к ее предоставлению

Типы УЗ	Уже предоставляют		Согласны предоставлять при определенных условиях		Не согласятся ни при каких условиях	
	%	n	%	n	%	n
Центры СПИДа, *n=90*	26	23	20	18	54	49
КД, *n=93*	24	22	19	18	57	53
ПТД, *n=92*	37	34	22	20	41	38
НД, *n=103*	41	42	29	30	30	31
КВД, *n=92*	7	6	17	16	76	70
Центры ПМСП, *n=99*	10	10	26	26	64	63

* Различия значимы, если превышают 10%

3.2.2. Факторы, определяющие готовность медработников брать на себя предоставление дополнительных ВИЧ-услуг: результаты логистической регрессии

Для анализа роли различных факторов в формировании согласия/несогласия медработника взять на себя дополнительные обязанности была применена логистическая регрессия. Ее использование позволяет сделать выводы об изменении вероятности желания медработника брать на себя дополнительные обязанности, в частности проводить КиТ, наблюдать и консультировать стабильных пациентов по вопросам АРТ (ведение пациентов на АРТ) в зависимости от таких характеристик как должность медработника, самооценка материального положения домохозяйства, готовность осваивать новые услуги (готовность учиться), динамика количества принятых пациентов за последние годы и других факторов.

В анализе использовались 2 зависимые переменные. Первая переменная – согласие/несогласие предоставлять КиТ (n=530) и вторая переменная – согласие/несогласие вести пациентов на АРТ (n=489). Эти виды ВИЧ-сервиса были выбраны для анализа, поскольку они являются наиболее перспективными с точки зрения возможного перераспределения обязанностей. В группу «согласны предоставлять исследуемую услугу» были включены респонденты, которые либо уже её предоставляют, либо готовы предоставлять на различных условиях (для переменной КиТ n=470, для переменной АРТ n=326). В группу «не согласны предоставлять услугу» включены респонденты, которые ни при каких условиях не согласны предоставлять исследуемую услугу (для переменной КиТ n=60, для переменной АРТ n=163). Группа респондентов, которые затруднялись ответить, была отнесена в системные пропущенные, так как их количество незначительно (для переменной КиТ n=23, для переменной АРТ n=38). Модель регрессии строилась отдельно для каждой из переменных.

Перед построением модели была проанализирована взаимосвязь различных факторов с зависимыми переменными (согласие/несогласие медработника проводить КиТ и вести пациентов на АРТ). Некоторые переменные были перекодированы и укрупнены для возможности их использования в анализе.

Взаимосвязь факторов, указанных в таблице 3.11, с зависимой переменной проверялась по статистическим критериям: для номинальных и порядковых переменных – хи-квадрат Пирсона с вычислением значения соотношения шансов, если применимо, и для количественных переменных – U-критерий Манна-Уитни.

По результатам проведенного двумерного анализа статистически значимо ($p<0.1$) с согласием дополнительно проводить КиТ связаны:

- должность медработника;
- готовность осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных;
- стаж работы в УЗ;
- образование медработника;
- изменение количества принятых пациентов за последние годы;
- оценка количества пациентов, которые нуждаются в КиТ.

По результатам проведенного двумерного анализа статистически значимо ($p<0.1$) с согласием дополнительно вести пациентов на АРТ связаны:

- должность медработника;
- самооценка медработником своей нагрузки;
- наличие в городе центров СПИДа;
- место работы;
- готовность осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных;
- стаж работы в УЗ;
- специализация;
- образование медработника;
- изменение количества принятых пациентов за последние годы;
- оценка количества пациентов, которые нуждаются в АРТ.

Для вычисления урегулированного значения соотношения шансов данные факторы были включены в многомерную модель. Ряд дополнительных переменных также включались при ее построении, поскольку факторы могли быть взаимосвязаны между собой, что помогло бы улучшить качество модели.

Таблица 3.11. Связь между согласием медработника взять дополнительные обязанности и факторами

Факторы	Вопрос в анкете	Альтернативы	Согласие проводить КиТ		Стат. значимость (p)	Согласие вести пациентов на АРТ		Стат. значимость (p)
			Согласны n (%)	Не согласны n (%)		Согласны n (%)	Не согласны n (%)	
Должность медработника	Ваша должность	1. Врач, вкл. зав. отделением и КД	279 94,6%	16 5,4%	<0,01	210 73,2%	77 26,8%	<0,01
		2. Медсестра	228	52 18,6%		150 55,8%	119 44,2%	
Самооценка медработником своей нагрузки	Как бы Вы в целом оценили уровень Вашей нагрузки в этом медучреждении?	1. Высокая	247 89,8%	28 10,2%	0,491	191 71,3%	77 28,7%	0,08
		2. Нестабильная	87 87%	13 13%		61 61,6%	38 38,4%	
		3. Невысокая	172 86,4%	27 13,6%		109 57,7%	80 42,3%	
Наличие в городе центров СПИДа	Город	1. Центры СПИДа отсутствуют	82 88,2%	11 11,8%	0,989	43 48,3%	46 51,7%	<0,01
		2. Центры СПИДа имеются	427 88,2%	57 11,8%		318 67,8%	151 32,2%	
Количество пациентов в течение рабочей недели	Сколько пациентов посещают Вас в течении рабочей недели?	1. 151-300 и больше пациентов	92 85,2%	16 14,8%	0,306	64 60,4%	42 39,6%	0,313
		2. 150 пациентов или меньше	402 88,7%	51 11,3%		288 65,6%	151 34,4%	
Место работы	Место работы	1. Центры СПИДа и КД	161 92%	14 8%	0,63	138 82,1%	30 17,9%	<0,01
		2. Другие УЗ	348 86,6%	54 13,4%		223 57,2%	167 42,8%	

Факторы	Вопрос в анкете	Альтернативы	Согласие проводить КиТ		Стат. значимость (p)	Согласие вести пациентов на АРТ		Стат. значимость (p)
			Согласны n (%)	Не согласны n (%)		Согласны n (%)	Не согласны n (%)	
Трудовая занятость медработника в неделю	В среднем, сколько часов в неделю вы работаете, если учитывать все виды вашей занятости?	1. 10-40 часов (в неделю)	292 86,9%	44 13,1%	0,126	203 62,8%	120 37,2%	0,28
		2. 41-70 часов (в неделю)	187 91,2%	18 8,8%		135 67,5%	65 32,5%	
Самооценка материального положения домохозяйства	Как бы Вы оценили материальное положение Вашего домохозяйства?	1. Низкое	86 94,5%	5 5,5%	0,125	65 73,9%	23 26,1%	0,146
		2. Среднее	399 87,1%	59 12,9%		279 63%	164 37%	
		3. Высокое	24 85,7%	4 14,3%		17 63%	10 37%	
Удовлетворенность уровнем дохода	Устраивает ли Вас ваш уровень дохода, материального благосостояния?	1. Устраивает	75 91,5%	7 8,5%	0,365	57 71,3%	23 28,8%	0,19
		2. Не устраивает	426 88%	58 12%		298 63,7%	170 36,3%	
Готовность осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных	Чтобы увеличить Ваш размер оплаты труда, готовы ли Вы осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных?	1. Готов	372 95,9%	16 4,1%	<0,01	282 75%	94 25%	<0,01
		2. Не готов	112 70%	48 30%		62 39,7%	94 60,3%	

Факторы	Вопрос в анкете	Альтернативы	Согласие проводить КиТ		Стат. значимость (p)	Согласие вести пациентов на АРТ		Стат. значимость (p)
			Согласны n (%)	Не согласны n (%)		Согласны n (%)	Не согласны n (%)	
Стаж работы в УЗ	Ваш медицинский стаж (при построении модели использовалась метрическая переменная)	До 5 лет	144 88,9%	18 11,1%	0,069	104 65%	56 35%	<0,01
		6-10 лет	113 89%	14 11%		90 73,2%	33 26,8%	
		11-20 лет	133 90,5%	14 9,5%		96 68,1%	45 31,9%	
		21-30 лет	71 91%	7 9%		45 60%	30 40%	
		31 год и больше	38 76%	12 24%		19 41,3%	27 58,7%	
Специализация	По какой специализации Вы работаете в медучреждении?	1. Инфекционист	52 98,1%	1 1,9%	0,206	52 100%	0	<0,01
		2 .Другие специалисты	225 93,8%	15 6,3%		156 67%	77 33%	
Возраст медработника	Ваш возраст (при построении модели использовалась метрическая переменная)	1. 20-29 лет	58 87,9%	8 12,1%	0,113	36 57,1%	27 42,9%	0,247
		2. 30-39 лет	125 90,6%	13 9,4%		98 71,5%	39 28,5%	
		3. 40-49 лет	142 87,1%	21 12,9%		99 63,5%	57 36,5%	
		4. 50-59 лет	107 93%	8 7%		73 65,8%	38 34,2%	
		5. 60+ лет	75 80,6%	18 19,4%		53 59,6%	36 40,4%	

Факторы	Вопрос в анкете	Альтернативы	Согласие проводить КиТ		Стат. значимость (p)	Согласие вести пациентов на АРТ		Стат. значимость (p)
			Согласны n (%)	Не согласны n (%)		Согласны n (%)	Не согласны n (%)	
Образование медработника	Какое у Вас образование?	1. Среднее специальное	213 80,4%	52 19,6%	<0,01	140 54,9%	115 45,1%	<0,01
		2. Высшее	294 94,8%	16 5,2%		219 72,8%	82 27,2%	
Изменение количества принимаемых пациентов за последние годы	Изменилось ли количество пациентов, которые приходят на амбулаторный прием, в течение нескольких последних лет	1. Увеличилось	370 90,5%	39 9,5%	<0,01	274 69,2%	122 30,8%	<0,01
		2. Уменьшилось	69 88,5%	9 11,5%		43 55,8%	34 44,2%	
		3. Не изменилось	69 77,5%	20 22,5%		44 51,8%	41 48,2%	
Оценка количества пациентов, которые нуждаются в КиТ	Какая часть Ваших пациентов нуждается в консультировании и тестировании на ВИЧ?	1. Больше половины	344 92%	30 8%	<0,01			
		2. Меньше половины	151 81,6%	34 18,4%				
Оценка количества пациентов, которые нуждаются в АРТ	Какая часть Ваших пациентов нуждается в АРТ?	1. Больше половины				200 81,3%	46 18,7%	<0,01
		2. Меньше половины				141 52,8%	126 47,2%	

В случае согласия медработников дополнительно проводить КиТ речь идет об оценке материального положения домохозяйства. Характеристики «образование», «стаж работы в УЗ» были включены в анализ, но при построении модели они были исключены в виду недостоверности различий.

Характеристики «изменение количества принятых пациентов за последние годы», «образование» и «стаж работы в УЗ» были включены в анализ переменной «согласие медработников дополнительно вести пациентов на АРТ», но при построении модели они были исключены в виду недостоверности различий.

Для построения регрессионных моделей использовался метод условного исключения. Полученная финальная модель для согласия дополнительно проводить КиТ характеризуется коэффициентом детерминации

R^2 - 38,4 и величиной -2 Log Правдоподобие 259,797. В случае согласия дополнительно вести пациентов на АРТ финальная модель характеризуется коэффициентом детерминации R^2 - 33,3 и величиной -2 Log Правдоподобие 488,482. Особенностью логистической регрессии является необходимость определения для каждой отдельной переменной референтной категории, с которой будут сравниваться другие категории этой переменной для анализа соотношения шансов зависимой переменной (табл. 3.11 и табл. 3.12).

В результате построения модели логистической регрессии были выделены 5 факторов, которые ассоциируются с согласием проводить КиТ, и 6 факторов, которые ассоциируются с согласием вести пациентов на АРТ (табл. 3.12 и табл. 3.13).

Согласие дополнительно проводить КиТ

Наиболее сильная связь наблюдается у зависимой переменной с **готовностью медработника осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных**. Так, вероятность согласия дополнительно проводить КиТ в 11,9 раз выше (95% доверительный интервал: 6,011 – 23,798) у медработников, которые готовы учиться и осваивать предоставление новых услуг.

Вероятность согласия дополнительно проводить КиТ в 6,1 раза выше (95% ДИ: 1,195 – 31,193) у медработников, которые **оценили материальное положение** своего домохозяйства как «низкое», чем в группе с высокой оценкой. Шансы согласиться дополнительно проводить КиТ у медработников со

Таблица 3.12. Результаты построения модели логистической регрессии для медработников, которые согласны дополнительно проводить КиТ

	Соотношение шансов	95% Доверительный интервал соотношения шансов		Стат. значимость (p)
		Нижняя граница	Верхняя граница	
Готовность осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных				
Не готовы (референтная категория)	1	—	—	—
Готовы	11,96	6,011	23,798	<0,01
Самооценка материального положения домохозяйства				
Высокое (референтная категория)	1	—	—	—
Низкое	6,11	1,195	31,193	0,03
Среднее	1,97	0,546	7,125	0,30
Должность медработника				
Медсестры (референтная категория)	1	—	—	—
Врачи, вкл. зав. отделениями и КД	6,89	3,234	14,705	<0,01
Изменение количества пациентов, принятых в течении последних нескольких лет				
Не изменилось (референтная категория)	1	—	—	—
Увеличилось	3,25	1,523	6,930	<0,01
Уменьшилось	2,08	0,684	6,377	0,196
Оценка количества пациентов, которые нуждаются в КиТ				
Меньше половины (референтная категория)	1	—	—	—
Больше половины	3,093	1,609	5,945	<0,01

Таблица 3.13 Результаты построения модели логистической регрессии для медработников, которые согласны дополнительно вести пациентов на АРТ

	Соотношение шансов	95% Доверительный интервал соотношения шансов		Стат. значимость (p)
		Нижняя граница	Верхняя граница	
Готовность осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных				
Не готовы (референтная категория)	1	—	—	—
Готовы	5,45	3,406	8,735	<0,01
Оценка количества пациентов, которые нуждаются в АРТ				
Меньше половины (референтная категория)	1	—	—	—
Больше половины	2,88	1,750	4,751	<0,01
Должность медработника				
Медсестры (референтная категория)	1	—	—	—
Врачи, вкл. зав. отделениями и КД	2,82	1,797	4,417	<0,01
Наличие в городе центров СПИДа				
Центры СПИДа отсутствуют (референтная категория)	1	—	—	—
Центры СПИДа имеются	2,135	1,201	3,796	0,01
Место работы				
Другие УЗ (референтная категория)	1	—	—	—
Центры СПИДа, КД	2,103	1,178	3,754	0,012
Самооценка медработниками своей нагрузки				
Невысокая (референтная категория)	1	—	—	—
Высокая	1,652	1,010	2,702	0,045
Нестабильная	1,725	0,905	3,289	0,098

средним материальным положением в 1,9 раза выше (95% ДИ: 0,546 – 7,125), чем у группы с высоким материальным положением.

Вероятность согласия дополнительно проводить КиТ в 6,8 раз выше (95% ДИ: 3,234 – 14,705) среди **врачей**, чем у медсестер.

Вероятность согласия дополнительно проводить КиТ в 3,2 раза выше (95% ДИ: 1,523 – 6,930) среди медработников, у которых **увеличилось количество принимаемых пациентов за последние годы,** чем у тех, у кого количество пациентов не изменилось.

Вероятность согласиться дополнительно проводить КиТ в 2,08 раза выше (95% ДИ: 0,684 – 6,377) среди медработников, у которых уменьшилось количество принимаемых пациентов за последние годы, чем у тех, у кого количество пациентов не изменилось.

Медработники, которые считают, что **больше половины их пациентов нуждаются в КиТ**, с вероятностью в 3,1 раза больше (95% ДИ: 1,609 – 5,945) согласны дополнительно проводить КиТ, чем медработники, которые считают, что меньше половины пациентов нуждаются в этой услуге.

Согласие дополнительно вести пациентов на АРТ

Наиболее сильная связь наблюдается у зависимой переменной с **готовностью медработника осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных**. Так, вероятность согласиться дополнительно вести пациентов на АРТ в 5,5 раз выше (95% доверительный интервал: 3,406 – 8,735) у медработников, которые готовы учиться и осваивать предоставление новых услуг.

Медработники, которые считают, что **больше половины их пациентов нуждаются в АРТ**, в 2,8 раза больше (95% ДИ: 1,750 – 4,751) согласны дополнительно предоставлять эту услугу, чем медработники, которые считают, что меньше половины пациентов нуждаются в этой услуге.

Вероятность согласия дополнительно вести пациентов на АРТ в 2,8 раз выше (95% ДИ: 1,797– 4,417) среди **врачей**, чем у медсестер.

Вероятность согласия дополнительно вести пациентов на АРТ в 2,1 раза выше (95% ДИ: 1,201 – 3,796) среди медработников, которые работают **в городах, где есть центры СПИДа**, чем там, где они отсутствуют.

Вероятность согласия дополнительно вести пациентов на АРТ в 2,1 раза выше (95% ДИ: 1,178 – 3,754) у медработников, которые **работают в центрах СПИДа и КД**, чем у медработников, которые работают в других УЗ.

Вероятность согласия дополнительно вести пациентов на АРТ в 1,6 раз выше (95% ДИ: 1,010 – 2,702) у медработников, которые **оценили свою трудовую нагрузку** как «высокую», чем те медработники, которые оценили ее как «невысокую». Вероятность согласия дополнительно вести пациентов на АРТ в 1,7 раз выше (95% ДИ: 0,905 – 3,289) у медработников, которые оценили свою нагрузку как «нестабильную», чем у медработников, которые оценили ее как «невысокую».

Таким образом, наибольшие шансы того, что медработник согласится дополнительно проводить КиТ, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который готов осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных;
- медработник, который низко оценивает материальное положение своего домохозяйства;
- медработник, у которого увеличилось количество принимаемых пациентов, в течение последних нескольких лет;
- медработник, который считает, что больше половины его пациентов нуждаются в КиТ.

Наибольшие шансы того, что медработник согласится дополнительно вести пациентов на АРТ, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- медработник, который готов осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных;
- медработник, который считает, что больше половины его пациентов нуждаются в АРТ;
- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который работает в городе, где есть центры СПИДа;
- медработник, который работает в центре СПИДа или КД;
- медработник, который оценивает свою трудовую нагрузку как высокую или нестабильную.

3.2.3. Готовность медработников передать часть обязанностей: результаты логистической регрессии

Большая часть медработников (72%) настороженно или негативно отнеслась к идее передать часть своих функциональных обязанностей другим специалистам. Поддержали ее и хотели бы передать часть своей нагрузки 23% медработников, 5% – затруднились с ответом. Наиболее заинтересованными в передаче обязанностей оказались врачи и руководители подразделений центров ПМСП – 44%, а также центров

СПИДа (37%) и КД (47%). Самый низкий уровень поддержки идея о передаче своих обязанностей нашла у медработников КВД (10%). В целом по массиву заинтересованность в передаче части функционала среди врачей более чем в три раза выше, чем у среднего медперсонала: соответственно 34% и 12%.

Из всех видов работ больше всего медработники хотели бы «разгрузиться» от ведения документации (45%). В частности, на это указали половина врачей (48%) и треть медсестер (35%), готовых передать обязанности. На втором месте по частоте упоминаний – консультирование пациентов (28%, включая 32% врачей и 19% медсестер). Нагрузку, связанную с проведением манипуляций и посещением пациентов на дому, хотели бы уменьшить примерно равное количество врачей и медсестер: на уровне 16-14%. Только на уменьшение количества обслуживаемых пациентов чаще указывали медсестры (24%), чем врачи (13%) (рис. 3.12).

О необходимости уменьшения количества форм и объемов заполняемой документации как о наболевшей проблеме говорили все врачи – участники ФГД. Среди основных проблем респонденты подчеркивали:

- необходимость занесения одной и той же информации в несколько документов (история болезни, несколько журналов – в зависимости от типа УЗ и спектра предоставленных услуг, дополнительные талоны, карточки, а также – систематизация и заполнение статистических бланков и форм отчетности);
- дублирование информации, которая заносится в электронный реестр пациентов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом ВИЧ-инфекция, в рукописном варианте (карточка пациента, выписка из нее, листы назначений и т.п.). В идеале реестр должен был бы облегчить труд медработников. Но пока никаких преимуществ от его создания они не видят (количество бумажных документов не сокращено). Работу над переносом в реестр данных, в т.ч. и за предыдущие годы, медработники выполняют бесплатно, оставаясь после работы или в выходные дни. Поэтому ведение электронной базы данных воспринимается опрошенными исключительно как дополнительная нагрузка;
- необходимость заполнять излишне детальные ежемесячные, ежеквартальные, годичные отчеты;
- необходимость отвечать на большое количество электронных и бумажных писем с запросами вышестоящих органов о дополнительной информации (заведующие кабинетами доверия, поликлиническими отделениями, руководители других подразделений УЗ).

Рис. 3.12. Обязанности, которые респонденты хотели бы передать другим медработникам, %*, n=141.

* Сумма ответов превышает 100%, так как респонденты могли выбирать несколько вариантов ответа

В качестве предложений о том, кому можно было бы частично или полностью передать ведение документации, врачи называли средний медицинский персонал (медсестры, ассистирующие врачу во время амбулаторного приема, занятые в регистратуре) или введение ставок документаторов, которые не требуют медицинского образования.

«Нам нужны инфекционисты. Поговорили 2 секунды, а заполнять полчаса бумажки. Врачи чаще всего работают без медсестер – не хватает их. Это тяжело. Нужны те, кто будет заниматься компьютерами и вбиваниями, чисто писаниной. Чтобы врач мог думать и осматривать больного, а не заниматься этим» (врач-дерматовенеролог центра СПИДа).

«На АРТ очень много бланков, плюс еще наш личный журнал и в электронке. И направления. Еще и всем все надо объяснить и успокоить» (врач-инфекционист центра СПИДа).

Второе по популярности среди респондентов направление передачи части нагрузки – это консультирование. Его, по мнению врачей, частично следовало бы передать ассистирующим им медсестрам и медсестрам манипуляционных кабинетов.

«В мире считается оправданным соотношение врачей и медсестер – один к четырем, а у нас даже один к двум не выдерживается. Работа врача, которая по сути должна быть высокоспециализированной, превращается, извините, в низкоспециализированную. А медсестра – это помощник врача. 90% той работы, которую сейчас делает доктор, может и должна делать медсестра. Но для этого, действительно, нужно изменить соотношение. Как во всем цивилизованном мире» (заведующий психоневрологическим диспансером).

Во многих УЗ делегирование консультирования от врача к медсестре – уже практикуется. Расширить его масштабы крайне сложно, поскольку много вакансий медсестер остаются не заполненными по несколько месяцев. Основная причина – крайне низкая оплата труда в государственных и коммунальных УЗ. Второе препятствие состоит в нынешней нормативно-правовой базе: за правильность заполнения документации несет ответственность врач.

Серьезным резервом для того, чтобы разгрузить врачей, ведущих амбулаторный прием, является переход на новый уровень взаимодействия УЗ и аптечной сети. Особые преграды возникают при обеспечении пациентов препаратами, закупленными за средства государственного бюджета. Это относится прежде всего к АРВ-препаратам, противотуберкулезным и препаратам ЗПТ. Для получения каждого из них пациентам необходимо регулярно (по последним – каждый день) приходить в лечебное учреждение, а медработникам заполнять колоссальный объем документации (о назначении, выдаче, списании этих препаратов). Для принятия оптимального решения необходимы изменения в нормативно-правовых документах, разработка определенных стимулов для привлечения к этому процессу аптечной сети, причем не только коммунальных аптек, но и частных.

«Почему бы пациенту не получить в ближайшей аптеке некоторые препараты по рецепту, который бы действовал 3-4 месяца? Это нас бы разгрузило» (врач-инфекционист центра СПИДа).

Поскольку исследование было сфокусировано на путях оптимизации ВИЧ-сервиса и поиске путей для расширения доступа к нему всех целевых групп, нас интересовало, в первую очередь, мнение сотрудников центров СПИДа и КД о том, какими услугами и с кем они готовы поделиться для того, чтобы сосредоточиться на главном. Рассмотрим полученные данные.

Во время ФГД медработники центров СПИДа достаточно единодушно высказались о том, что с каждым годом нагрузка на них заметно увеличивается, поскольку растет как общее число пациентов, так и число пациентов с длительным стажем жизни с ВИЧ, принимающих АРВ-терапию. Однако проблемы с национальными закупками привели к перебоям в обеспечении центров СПИДа препаратами и, соответственно, к дополнительным нагрузкам на врачей-инфекционистов: если раньше пациенты могли получить препараты на 2-3 месяца, то из-за нехватки их выдают на один месяц (а в некоторых УЗ – на две-три недели), что существенно увеличило поток пациентов. Также увеличилась нагрузка на врачей многих центров (прежде всего из локаций исследования – гг. Днепр, Киев) в связи с постановкой на диспансерный учет пациентов из числа внутренне перемещенных лиц, активной трудовой миграцией (немало граждан из малых городов и сел стремятся найти работу в мегаполисах).

«Пациенты каждый месяц обязаны приходить, мы выдаем препараты на месяц. Но нам не добавились ставки, хотя сейчас нагрузка в разы больше» (врач-инфекционист центра СПИДа).

В то же время политика здравоохранения на региональном и местном уровне ориентирована на финансовую оптимизацию. В первую очередь речь идет об экономии фонда заработной платы. Поэтому открытие новых дополнительных ставок специалистов в центрах на сегодня представляется малореальным.

Предложения, высказанные респондентами по оптимизации работы медперсонала, делятся на две основных группы.

Первая – с традиционным представлением о центре СПИДа как о многопрофильном лечебном учреждении, которое должно удовлетворять все потребности по обследованию и лечению пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция в регионе таким образом, чтобы их «обезопасить» от стигмы, дискриминации и некомпетентности медицинских работников других УЗ. В центре СПИДа, по мнению таких респондентов, должны вести амбулаторный прием все узкопрофильные специалисты, включая невропатолога, психиатра, стоматолога, сосудистого хирурга и т.п. Врачи-инфекционисты некоторых центров сообщили, что часть пациентов, принимающих АРТ, были переданы на диспансерный учет в кабинеты доверия по месту жительства. Однако немало их уже вернулись назад из-за недостаточно внимательного отношения к ним врачей КД, режима их работы, других факторов.

«Кто-то идет в кабинет доверия, а потом все равно возвращается к нам. По отношению к ним и по качеству услуг они решают, что тут лучше. А мы не можем отказать. Чаще всего им хватает одного посещения. Там то врача нет, то еще что-то. А тут всегда все есть» (врач-инфекционист центра СПИДа).

Главный подводный камень такой центростремительной стратегии – невозможность на базе одного лечебного учреждения обслужить всех пациентов, которые в этом нуждаются, без постоянного увеличения штатного расписания и общей площади учреждения. Кроме этого усложняется доступ пациентов, проживающих за пределами областных центров, к медицинским услугам.

Вторая группа медработников центров СПИДа высказывается в пользу децентрализации ВИЧ-сервиса и переориентации их работы в консультативно-диагностическом, координационном и методическом направлениях. Для этого более активную роль должны играть кабинеты доверия, подчиненные центрам СПИДа, и открытые на базе поликлиник (консультативно-диагностических центров). На себя кабинеты должны взять не только первичную профилактику, консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию, но и наблюдение за значительной частью пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция, включая обследование на вирусную нагрузку и СД4, выдачу АРВ-препаратов. Именно расширение сайтов АРТ помогло во многих регионах обеспечить доступное лечение для пациентов, проживающих за пределами областных центров.

«У нас сейчас в области 20 сайтов АРТ. Если бы не они, мы уже были бы заблокированы количеством пациентов, которые вынуждены были бы идти к нам» (врач-инфекционист центра СПИДа).

Для выполнения поставленных более широких задач на качественно новом уровне КД должны быть полноценно укомплектованы. В их штате должны быть врач-инфекционист, медсестра и психолог (или еще одна медсестра). В идеале кабинет должен работать в две смены, чтобы обеспечить максимальный доступ к ВИЧ-услугам для работающих и других категорий пациентов, которым удобнее обслуживаться во второй половине дня.

По мнению респондентов из числа медработников и руководителей УЗ, еще одно условие для оптимизации работы центров СПИДа – это проведение на базе всех УЗ, в которые могут обращаться пациенты, уязвимые к инфицированию ВИЧ, полноценного КиТ и более активной первичной профилактики. Такая услуга должна предоставляться в центрах ПМСП, женских консультациях, наркологических и кожно-венерологических диспансерах, других медучреждениях, оказывающих такого рода помощь.

Благодаря передаче определенной доли указанных выше ВИЧ-услуг сотрудники центров СПИДа могли бы больше внимания уделять консультированию пациентов при назначении им курсов лечения, пациентам со сложными патологиями, а также, как предложили некоторые участники ФГД, проводить обучение и повышение квалификации медицинского персонала КД, других учреждений здравоохранения, предоставляющих ВИЧ-сервис, обеспечивать супервизию оказываемых ими услуг по КиТ, другим видам ВИЧ-консультирования.

Вместе с тем, данные опроса показывают, что большая часть медработников, которые хотели бы передать часть своих обязанностей (59% из 141 респондента), считает, что нагрузка должна быть уменьшена без включения в их функционал других услуг, которые они сейчас не предоставляют, и при этом без уменьшения размера заработной платы. Среди сотрудников центров СПИДа и КД такое мнение высказали трое из четырех респондентов.

Для анализа роли различных факторов в формировании готовности/неготовности медработника передать часть функциональных обязанностей другим специалистам была применена логистическая регрессия. Ее использование позволяет сделать выводы об изменении вероятности желания медработника делегировать обязанности в зависимости от таких характеристик как должность медработника, самооценка своей нагрузки, место работы по типу УЗ, стаж работы и других факторов.

Перед построением модели была проанализирована взаимосвязь различных факторов с зависимой переменной (готовность/неготовность делегировать обязанности). Некоторые переменные были перекодированы и укрупнены для возможности их использования в анализе.

Взаимосвязь факторов, указанных в таблице 3.14, с зависимой переменной проверялась по статистическим критериям: для номинальных и порядковых переменных – хи-квадрат Пирсона с вычислением значения соотношения шансов если применимо, и для количественных переменных – U-критерий Манна-Уитни.

По результатам проведенного двумерного анализа статистически значимо ($p<0.1$) с желанием делегировать обязанности связаны:

- должность медработника,
- самооценка медработником своей нагрузки,
- количество пациентов, принимаемых в течение недели,
- место работы,
- удовлетворенность уровнем дохода,
- образование медработника,
- самооценка уровня оплаты труда.

Таблица 3.14 Связь между желанием медработников делегировать обязанности и факторами

Факторы	Вопрос в анкете	Альтернативы	Готовы делегировать n (%)	Не готовы делегировать n (%)	Стат. значимость (p)
Должность медработника	Ваша должность	1. Врач, вкл. зав. отделением и КД	104 35,7%	187 64,3%	<0,01
		2. Медсестра	37 13,3%	242 86,7%	
Самооценка медработником своей нагрузки	Как бы Вы в целом оценили уровень Вашей нагрузки в этом медучреждении?	1. Высокая	87 31,9%	186 68,1%	<0,01
		2. Нестабильная	23 23%	77 77%	
		3. Невысокая	31 15,7%	166 84,3%	

Факторы	Вопрос в анкете	Альтернативы	Готовы делегировать n (%)	Не готовы делегировать n (%)	Стат. значимость (p)
Наличие в городе центров СПИДа	Город	1. Центры СПИДа отсутствуют	24 27,6%	63 72,4%	0,28
		2. Центры СПИДа имеются	117 24,1%	368 75,9%	
Количество пациентов в течение рабочей недели	Сколько пациентов посещают Вас в течение рабочей недели?	1. 151-300 и больше пациентов	35 32,7%	72 67,3%	0,02
		2. 150 пациентов или меньше	102 22,6%	350 77,4%	
Место работы	Место работы	1. Центры СПИДа и КД	52 29,5%	124 70,5%	0,045
		2. Другие УЗ	89 22,5%	307 77,5%	
Трудовая занятость медработника в неделю	В среднем, сколько часов в неделю вы работаете, если учитывать все виды вашей занятости?	1. 10-40 часов (в неделю)	73 21,7%	263 78,3%	0,084
		2. 41-70 часов (в неделю)	55 27,4%	146 72,6%	
Самооценка материального положения домохозяйства	Как бы Вы оценили материальное положение Вашего домохозяйства?	1. Низкое	27 30%	63 70%	0,406
		2. Среднее	107 23,5%	349 76,5%	
		3. Высокое	7 26,9%	19 73,1%	
Роль заработной платы медработника в доходах домохозяйства	Какое место занимает Ваш заработок/доход в общей структуре бюджета Вашего домохозяйства?	1. Единственный источник	57 24,5%	176 75,5%	0,411
		2. Важный/основной источник	74 23,9%	235 76,1%	
		3. Неважный источник	5 45,5%	6 54,5%	

Факторы	Вопрос в анкете	Альтернативы	Готовы делегировать n (%)	Не готовы делегировать n (%)	Стат. значимость (p)
Удовлетворенность уровнем дохода	Устраивает ли Вас ваш уровень дохода, материального благосостояния?	1. Устраивает	12 15%	68 85%	0,017
		2. Не устраивает	127 24,8%	353 73,5%	
Готовность осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных	Чтобы увеличить Ваш размер оплаты труда, готовы ли Вы осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных?	1. Готов	99 25,6%	288 74,4%	0,31
		2. Не готов	36 23,1%	120 76,9%	
Стаж работы	Ваш медицинский стаж	1. До 5 лет включительно	10 16,7%	50 83,3%	0,776
		2. 6-10 лет	23 36,5%	40 63,5%	
		3. 11-20 лет	41 27,5%	108 72,5%	
		4. 21-30 лет	41 27,5%	110 75,3%	
		5. 31+ лет *(при построении модели использовалась метрическая переменная)*	30 19,9%	121 80,1%	
Наличие дополнительных источников дохода	Есть ли у Вас другие источники дохода, кроме работы в этом медучреждении?	1. Есть	34 24,3%	106 75,7%	0,512
		2. Отсутствуют	99 24%	314 76%	
Специализация	По какой специализации Вы работаете в медучреждении?	1. Инфекционист	23 45,1%	28 54,9%	0,083
		2. Другие специалисты	80 33,6%	158 66,4%	

Факторы	Вопрос в анкете	Альтернативы	Готовы делегировать n (%)	Не готовы делегировать n (%)	Стат. значимость (p)
Возраст медработника	Ваш возраст	1. 20-29 лет	15 22,7%	51 77,3%	0,572
		2. 30-39 лет	36 25,9%	103 74,1%	
		3. 40-49 лет	42 25,9%	120 74,1%	
		4. 50-59 лет	31 27,4%	82 72,6%	
		5. 60+ *(при построении модели использовалась метрическая переменная)*	16 17,8%	74 82,2%	
Образование медработника	Какое у Вас образование?	1. Среднее специальное	33 12,5%	230 87,5%	<0,01
		2. Высшее	107 34,9%	200 65,1%	
		3. Научная степень	1 50%	1 50%	
Самооценка уровня оплаты труда	Оцените, пожалуйста, по 5-бальной шкале условия Вашей работы в данном медучреждении – уровень оплаты вашего труда	1. Плохо	73 29,4%	175 70,6%	<0,01
		2. Средне	46 24,6%	141 75,4%	
		3. Хорошо	16 14,2%	97 85,8%	

Для вычисления урегулированного значения соотношения шансов данные факторы были включены в многомерную модель. Также при ее построении включались ряд дополнительных переменных. Поскольку факторы могли быть взаимосвязаны между собой, что помогло бы улучшить качество модели. Речь идет о стаже работы медработника и наличии в городе центров СПИДа. Характеристика «образование» включалась в анализ, но при построении она была исключена в виду недостоверности различий.

Для построения регрессионной модели использовался метод условного исключения. Полученная финальная модель характеризуется коэффициентом детерминации R^2 – 22,1 и величиной -2 Log. Правдоподобие 508,362. Особенностью логистической регрессии является необходимость определения для каждой отдельной переменной референтной категории, с которой будут сравниваться другие категории этой переменной для анализа соотношения шансов зависимой переменной (табл. 3.15).

В результате построения модели логистической регрессии были выделены 7 факторов, которые ассоциируются с готовностью делегировать обязанности (таблица 3.15).

Таблица 3.15. Результаты построения модели логистической регрессии для медработников, которые хотят делегировать обязанности

	Соотношение шансов	95% ДИ соотношения шансов		Стат. значимость (p)
		Нижняя граница	Верхняя граница	
Должность медработника				
Медсестры (референтная категория)	1,0	---	---	---
Врачи, вкл. зав. отделениями и КД	5,06	3,134	8,167	0,000
Самооценка медработником своей нагрузки				
Невысокая (референтная категория)	1,0			---
Высокая	2,46	1,458	4,146	0,001
Нестабильная	2,01	1,025	3,951	0,042
Самооценка уровня оплаты труда				
Хорошо (референтная категория)	1,0	---	---	---
Плохо	2,59	1,354	4,971	0,004
Средне	2,01	1,016	3,971	0,045
Наличие в городе центров СПИДа				
Центры СПИДа имеются (референтная категория)	1,0	---	---	---
Центры СПИДа отсутствуют	2,04	1,100	3,784	0,024
Количество пациентов в течение недели				
150 пациентов и меньше (референтная категория)	1,0	---	---	---
151-300 и больше пациентов	1,79	0,921	2,694	0,097
Место работы				
Другие УЗ (референтная категория)	1,0	---	---	---
Центры СПИДа, КД	1,74	1,084	2,806	0,022
Стаж работы медработника	0,98	0,966	1,000	0,054

Наиболее сильная связь наблюдается у зависимой переменной с **должностью медработника**. Так, вероятность готовности делегировать обязанности в 5,1 раз выше (95% доверительный интервал: 3,134 – 8,167) среди врачей, нежели среди медсестер.

Вероятность готовности делегировать обязанности в 2,5 раз выше (95% ДИ: 1,458 – 4,146) у медработников, которые оценили **уровень своей нагрузки как «высокий»**, чем в группе с невысокой нагрузкой. Шансы передать обязанности у медработников с нестабильной нагрузкой в 2 раза выше (95% ДИ: 1,025 – 3,951), чем у тех, у кого невысокая нагрузка.

Вероятность готовности делегировать обязанности в 2,6 раза выше (95% ДИ: 1,354 – 4,971) среди медработников, которые оценивают **уровень оплаты своего труда как низкий**, чем у тех, кто удовлетворен оплатой труда. Немного меньше вероятность готовности передать обязанности – в 2 раза выше (95% ДИ: 1,016 – 3,971) – у медработников, которые оценили уровень оплаты труда как «средний», чем у тех, кто удовлетворен им и считает его «хорошим».

Вероятность готовности передать функциональные обязанности в 2 раза выше (95% ДИ: 1,100 – 3,784) среди медработников, которые работают **в городах, где отсутствуют центры СПИДа,** чем там, где есть эти УЗ.

Медработники, у которых **количество пациентов в неделю составляет более 150 человек**, в 1,8 раза больше (95% ДИ: 0,921 – 2,694) готовы делегировать обязанности, чем те медработники, у которых пациентов меньше 150 человек.

Вероятность делегировать обязанности в 1,7 раза выше (95% ДИ: 1,084 – 2,806) среди медработников, которые **работают в центрах СПИДа и кабинетах доверия**, чем у медработников, которые работают в других УЗ.

Также значимым фактором является **стаж работы медработника**: каждый год трудового стажа снижает вероятность делегирования обязанностей в 0,98 раза (95% ДИ: 0,966 – 1,000). Это, например, означает, что медработники со стажем работы 15 лет на 30% больше готовы делегировать обязанности, чем медработники со стажем 30 лет.

Таким образом, наибольшие шансы того, что медработник будет готов к передаче своих функциональных обязанностей другим специалистам, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который оценивает свою трудовую нагрузку как высокую или нестабильную;
- медработник, который не удовлетворен уровнем оплаты труда;
- медработник, который работает в городе, где отсутствуют центры СПИДа;
- медработник, который принимает в неделю 151-300 и больше пациентов;
- медработник, который работает в центре СПИДа или КД;
- медработник с меньшим трудовым стажем.

Более толерантно к идее перераспределения ВИЧ-услуг отнеслась группа администраторов (главные врачи УЗ, начмеды, заведующие отделениями).

Основные их подходы к перераспределению обязанностей сводятся к таким положениям:

- Нужно введение экономически обоснованных норм обслуживания количества пациентов. Например, сегодня нагрузка на врача-инфекциониста центра СПИДа составляет до 1300 пациентов, тогда как оптимальный ее размер характеризуется главврачами центров СПИДа на уровне 500-700 пациентов, которые принимают АРТ.
- Разгрузить врачей-инфекционистов возможно за счет:
  - открытия и работы полноценных кабинетов доверия, которые бы на своей базе проводили КиТ, другие виды консультирования по ВИЧ-инфекции, наблюдали пациентов на АРТ и выдавали бы препараты;
  - предоставления всеми типами УЗ услуг по КиТ быстрыми тестами и качественного консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции;
  - на уровне центров ПМСП вполне реально организовать наблюдение за стабильными пациентами, принимающими АРТ, включая выдачу АРВ-препаратов и профилактику ТБ;

- на уровне центров ПМСП реально организовать сопровождение стабильных пациентов на ЗПТ (как минимум обеспечение рецептурной формы);
- передачи среднему медицинскому персоналу консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции, КиТ, приверженности к АРТ, *«медсестра должна быть партнером врача»*. Необходимо отметить, что согласно рекомендациям ВОЗ, медсестры могут и должны привлекаться к предоставлению АРТ. Тем не менее, согласно мнению участников данного исследования, средний медицинский персонал, особенно в УЗ, которые не специализируются на работе с ЛЖВ (центры ПМСП, КВД, НД, ПТД) не готов заниматься предоставлением этой услуги.

- Для обеспечения надлежащего качества услуг при перераспределении обязанностей особо важную роль будет играть обучение по вопросам консультирования с фокусом на формирование толерантного отношения медработников к пациентам с диагнозом ВИЧ-инфекция, представителям уязвимых к ВИЧ-инфекции групп. Особое внимание следует обратить на тех, кто уже предоставляет услуги по консультированию (многие все еще не соблюдают всех требований протокола по КиТ).
- Обязательным условием для предоставления качественных услуг является достойное материальное стимулирование труда, доплата за количество и качество предоставленных ВИЧ-услуг, приемлемая нагрузка на медработника.
- Необходимо нормативно-правовое сопровождение работы по перераспределению ВИЧ-услуг, например, в виде совместного приказа, в котором будет определен порядок взаимодействия и сфера ответственности каждого УЗ в регионе по предоставлению ВИЧ-услуг и их условиям.
- В случае внедрения схем перераспределения необходимо полноценное информационное сопровождение о новых возможностях предоставления ВИЧ-услуг, ориентированное как на пациентов, так и на медработников.

3.2.4. Обучение как необходимое условие перераспределения обязанностей

Обучение, организованное для медицинских работников по теме ВИЧ-сервиса, следует рассматривать, с одной стороны, как важную предпосылку для обеспечения надлежащего качества услуг при перераспределении обязанностей, с другой, как дополнительный фактор, мотивирующий к предоставлению новых услуг.

> *«Бесплатное обучение и обучение современным вещам, потому что персонал за это благодарит своей работой, своими знаниями»* (главврач центра СПИДа).

На сегодняшний день совместно с международными и национальными экспертами разработаны и апробированы обучающие программы по вопросам КиТ, назначения АРВ-терапии, наблюдения за пациентами на АРТ, работы сайтов ЗПТ на базе различных типов лечебных учреждений, а также по другим темам ВИЧ-сервиса. Достаточно много специалистов, особенно врачей, уже прошли (а некоторые и неоднократно) обучение в сфере ВИЧ-сервиса, прежде всего по консультированию и тестированию на ВИЧ. Во многих регионах, где проходило исследование, медработники сообщили о том, что в настоящее время обучение по этим вопросам организовано и регулярно проводится силами сотрудников центров СПИДа, а врачи-инфекционисты кабинетов доверия активно консультируют коллег – представителей других специализаций в своих УЗ.

Тем не менее, данные этого и других исследований свидетельствуют о многих нарушениях протокола по КиТ, некачественном пред- и послетестовом консультировании, сомнительном качестве проведения тестирования быстрыми тестами, распространенных страхах и предубеждений по поводу наблюдения за пациентами на АРТ, организации ЗПТ и др.

Еще больше актуализируется потребность в качественном обучении в случае передачи наблюдения

за стабильными пациентами, принимающими АРТ, врачам, не имеющим опыта работы с этой категорией пациентов. Многие сотрудники центров СПИДа высказывали сомнения и опасения относительно того, что очень сложно будет подготовить специалистов на таком уровне, чтобы пациент с диагнозом ВИЧ-инфекция доверял врачу, выполняя его рекомендации и оставался приверженным лечению.

«Пациенты, которые длительное время (3-5 лет) находятся на учете, гораздо больше знают о своем заболевании, чем семейные доктора. Поэтому многие пациенты и не хотят уходить к семейным докторам. Они говорят, что сами учат докторов азам своей болезни, тому, что нельзя кушать, какие препараты надо назначать» (главврач центра СПИДа).

Не менее важной является задача формирования у медработников, которых планируется привлекать к предоставлению ВИЧ-услуг, толерантного отношения к ЛЖВ, представителям уязвимых групп.

«90% пациентов из районов идут к нам из-за стигмы и дискриминации» (зам. главврача центра СПИДа).

«Поликлиника – это место обслуживания их (ВИЧ-позитивных пациентов) соседей, и зачастую ее сотрудники являются родственниками или знакомыми наших пациентов. Поэтому пациент готов ехать за три-девять земель, только бы не узнали о его статусе по месту жительства… Постоянное посещение кабинета доверия в своей поликлинике может привести к нежелательной встрече со знакомыми, чего не все пациенты хотят. Может, пациентов, проживающих в одном районе, отправлять обслуживаться в другой. Врачи в первичке не хотят (особенно более старшего возраста) принимать ВИЧ как инфекцию. Клеймо прошлого века как «чума 20 века» укоренилось в сознании врачей» (главврач центра СПИДа).

Большинство администраторов рассматривают бесплатное обучение сотрудников как дополнительный стимул к удержанию в коллективе, один из наиболее доступных видов поощрения за добросовестный труд и форму их психологической разгрузки. Судя по проведенным интервью, значительно меньше требований руководители пока выдвигают к персоналу, направляемому на обучение, в плане профессионального роста как главного результата обучения. Никто из опрошенных экспертов не стал поднимать вопросы о качестве проводимого обучения, его содержании, подходах к освещению тех или иных тем, проработке отдельных вопросов.

Важным аспектом обучения, который следует учитывать при его организации, является легитимность в рамках действующего законодательства (оно должно признаваться как составляющая профессионального усовершенствования). Для повышения мотивации медработников необходимо предусмотреть получение ими сертификационных документов с указанием количества отработанных в рамках соответствующего курса часов и набранных баллов, которые бы учитывались при их аттестации на присвоение (подтверждение) врачебной/сестринской категории.

Целевая аудитория

Определяя потенциальные целевые группы для обучающих мероприятий, следует исходить из необходимости решения различных задач в рамках перераспределения обязанностей.

На первом этапе, скорее всего, необходимо будет формирование политической воли и приверженности на уровне принимающих решения и администраторов УЗ. В этом случае фокус должен быть направлен на адвокацию будущих решений, обсуждение лучших практик, поиск конкретных шагов и определение необходимых для принятия на региональном и местном уровне дополнительных документов (приказов), снимающих серьезные препятствия для расширения числа провайдеров услуг. Оптимальный формат – рабочие совещания с презентациями экспертов, которые ведет один из руководителей областной администрации, курирующий вопросы выполнения региональной программы по ВИЧ/СПИД, или тематические заседания областного координационного совета по вопросам ВИЧ/СПИД/ТБ.

Следующим этапом могло бы стать обучение непосредственно медработников, чьи функциональные обязанности будут расширены дополнительными ВИЧ-услугами. Традиционно на такое обучение направляются врачи, значительно реже – средний медицинский персонал. Поскольку одним из важных векторов перераспределения услуг может стать передача медсестрам различных видов

консультирования по вопросам ВИЧ (а в перспективе – выдачи АРТ), важно сосредоточиться на подготовке именно данной категории. Отдельную программу повышения квалификации следовало бы предусмотреть для медсестер, оказывающих паллиативную помощь.

«…на первичном уровне все это возможно, но зависит от желания персонала обучаться. Почему соцработники Сети ЛЖВ, за плечами у каждого из которых есть свой тяжелый путь, могут, а медсестра считает, что не может этого делать? Это у них нет желания. При массовой закупке оральных тестов, люди смогут делать самотестирование» (главврач центра СПИДа).

Следующий этап, скорее всего, будет наиболее длительным. Он должен предусматривать организацию супервизий, он-лайн консультирование специалистов, тематические тренинги по повышению квалификации и обсуждению проблемных вопросов для специалистов – непосредственных провайдеров ВИЧ-услуг, а также рабочие встречи для администраторов относительно текущего процесса перераспределения обязанностей, его препятствий и вызовов.

3.2.5. Предпосылки и препятствия для перераспределения обязанностей

Прошло более десяти лет после принятия приказа Министерства здравоохранения Украины, который определяет функции и механизм управления центром СПИДа[5]. Несмотря на это в выбранных для исследования регионах наблюдаются немалые различия в структуре, подчиненности, штатном расписании и подходах к работе центров. Есть различия и в уровне подготовленности их персонала и персонала других учреждений здравоохранения по вопросам ВИЧ-сервиса. Это связано с тем, что центры создавались в разное время, в регионах с разными эпидемическими показателями, имели разную степень поддержки со стороны международных доноров и местной власти.

В частности, эти различия проявляются в разветвленности сети сайтов АРТ, существующем уровне децентрализации и потенциальных возможностях ее развития. Например, в Черкасской области около половины пациентов получают АРВ-терапию за пределами центра СПИДа (как правило, в кабинетах доверия). В Полтавской области аналогичный показатель находится на уровне 20-30%.

Еще большие региональные различия существуют в уровне покрытия услугами ЗПТ, размещении сайтов по типам УЗ, доступности для пациентов с опиоидной зависимостью рецептурной формы ЗПТ.

Несмотря на существенные региональные особенности, все руководители центров СПИДа признают необходимость изменений в работе своих учреждений, в т.ч. перераспределения нагрузки по ВИЧ-сервису среди других УЗ. Заострится данная задача в случае активного внедрения стратегии FastTrack, предусматривающей ускорение мер по выявлению ВИЧ-инфекции, постановке новых пациентов на диспансерный учет и назначение им на ранних стадиях заболевания АРВ-терапии.

«Без изменения стереотипов предоставления медицинской помощи может встать вопрос острой нехватки врачебных кадров и среднего медицинского персонала» (главврач центра СПИДа).

Важной предпосылкой для инициирования перераспределения обязанностей является вовлеченность областных и городских центров СПИДа в различные международные, национальные и региональные проекты, реализуемые за средства международных доноров, в т.ч. по обучению персонала различных типов УЗ (в т.ч. центров ПМСП) вопросам консультирования и тестирования на ВИЧ, открытия сайтов ЗПТ, других аспектов ВИЧ-сервиса. О таком опыте рассказали во время интервью руководители центров СПИДа в гг. Херсон, Черкассы, Днепр, Киев и др.

«В течение года, я надеюсь, что мы будем говорить о назначении антиретровирусной терапии не в стенах центра СПИДа, а уже в районах города Киева, чтобы стандартная схема была доступна и при выявлении мы могли бы быстро подключить пациента к антиретровирусной терапии» (главврач центра СПИДа).

5 Приказ Министерства здравоохранения Украины от 01.03.2005 № 99 "Про затвердження Примірного положення про центр з профілактики та боротьби зі СНІДом". [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050301_99.html

Во многих регионах уже сегодня активно обсуждаются практические вопросы передачи части ВИЧ-сервиса от центров СПИДа к кабинетам доверия и центрам ПМСП. Например, в Черкасской области идет активный процесс расширения сайтов АРТ на базе КД (из 26 кабинетов доверия услуги по выдаче АРВ-препаратов предоставляют 20, но уже в этом году будет больше). Помимо этого, идет работа по увеличению объема консультативных услуг по вопросам ВИЧ и ТБ, КиТ быстрыми тестами, скрининга по ТБ, которые должны предоставляться на первичном уровне. Это планируется в Каневском районе.

«Мы считаем, что на первичку надо передавать услуги по консультированию и тестированию, профилактике ВИЧ, скринингу ТБ. Первичка все это может делать. Но не делает. Поэтому в качестве «пилота» на базе Каневского района мы сейчас попробуем это настроить, отработать идеальную региональную модель» (главврач центра СПИДа).

По мнению руководителей центров СПИДа, нынешней нормативно-правовой базы, в принципе, достаточно для более активного привлечения врачей общей практики – семейной медицины к консультированию по вопросам ВИЧ и проведению КиТ.

«Есть один из последних приказов №236, в котором указано что в первичке при любом подозрении на туберкулез обязаны рекомендовать обследование на ВИЧ-инфекцию. Все в первичной сети прекрасно знают свою группу риска. Должно быть желание самого врача выявить пациента из группы риска, который живет на его участке» (главврач центра СПИДа).

Менее оптимистично оценили возможности для передачи ВИЧ-услуг на первичный уровень руководители центров ПМСП и других лечебных учреждений, предоставляющих медпомощь первого уровня. Только двое руководителей из числа опрошенных считают реальным постепенно расширить предоставление ВИЧ-услуг в центрах ПМСП, включая КиТ, ведение стабильных пациентов на АРТ и ЗПТ, скрининг, диагностику и амбулаторное лечение ТБ. Однако большинство руководителей убеждены, что возможности для предоставления ВИЧ-услуг на первичном уровне крайне ограничены. В ближайшие годы речь может идти только о первичной профилактике - «санпросветработе», консультировании и тестировании на ВИЧ-инфекцию (при этом желательно ограничиться быстрыми тестами), а также о комплексе услуг по выявлению ТБ, что уже проводится. Все остальные ВИЧ-услуги должны предоставляться, по мнению этой группы экспертов, на уровне вторичной специализированной помощи.

Обязательным условием для эффективного перераспределения услуг является, по мнению всех экспертов, достойное материальное стимулирование труда, доплата за количество и качество предоставленных ВИЧ-услуг, приемлемая нагрузка на медработника.

К сожалению, сегодня, по словам руководителей УЗ, у них нет возможности ни вести учет количества оказанных услуг, ни применять какие-либо системы поощрения за качественное их предоставление.

«Сейчас идет период реформирования здравоохранения и при реформировании надо закладывать материальное финансирование. Тогда и научатся быстро и желание появится. А просто дать денег, тогда они считают, что это так положено» (главврач центра СПИДа).

Внедрение материального стимулирования станет возможным, когда действительно «деньги будут ходить за пациентом». При этом будет обеспечена полноценная реализация права пациента на выбор врача и лечебного учреждения, в т.ч. врача ОП-СМ, а оплата труда медработников напрямую будет зависеть от количества принятых пациентов с учетом предоставленных услуг и отзывов пациентов. В определенной мере такая возможность заложена в условиях реструктуризации УЗ в коммунальные некоммерческие предприятия, где руководитель имеет больше свободы в формировании штатного расписания и перераспределении финансовых ресурсов.

Важной предпосылкой для увеличения доступности ВИЧ-услуг в территориальном и временном измерении является налаживание более тесного и гибкого сотрудничества с аптечной сетью. Значительная часть времени медработников в сфере ВИЧ-сервиса тратится на выдачу АРВ-препаратов и ЗПТ, оформление

сопроводительных документов. По мнению многих руководителей центров СПИДа и региональных наркодиспансеров, которые имеют давний опыт организации работы с препаратами, закупаемыми за счет государственного бюджета и международной помощи, колоссальные резервы для оптимизации труда медработников и УЗ в целом заложены в передаче препаратов в аптечную сеть.

«Обеспечить рецептурную форму выдачи ЗПТ не составляет никакого труда. У нас в Киеве это уже поставлено на поток. Сегодня 6 аптек работают с этими препаратами. Начинали с одной. Потом было 2: по одной на Правом и Левом берегу. Сейчас уже 6 аптек, т.е. практически в каждом районе города» (главврач НД).

Опыт расширения услуги ЗПТ через внедрение ее рецептурной формы, действительно, уже имеют многие регионы. Исходя из него, главное условие успешной организации данной модели работы – активное использование административного ресурса, поскольку прямые рыночные рычаги для обеспечения пациентов бесплатными лекарствами через аптечную сеть отсутствуют. Вместе с тем организация выдачи таких препаратов не связана со значительными организационными, финансовыми затратами ни для государства, ни для владельцев аптек.

3.2.6. Препятствия и ограничения для внедрения новых схем перераспределения обязанностей

Систематизируя точки зрения экспертов, выделим группу ограничений и препятствий, которые следует принимать во внимание при разработке любой из схем перераспределения обязанностей. Среди них достаточно часто указывались три.

1 Отсутствие полноценного контроля за фактическим предоставлением ВИЧ-услуг. Сложная, во многом дублирующаяся система отчетности не дает представления о качестве оказанных услуг в различных типах УЗ, особенно удаленных от областного центра. С увеличением числа УЗ и услуг, переданных от специализированных УЗ к центрам ПМСП, от центров СПИДа к кабинетам доверия эта проблема будет еще более актуальной. Пока механизм такого контроля не определен ни в одном из существующих нормативно-правовых документов. В то же время при его отсутствии нельзя будет принять обоснованное решение о возможности и целесообразности схем передачи ВИЧ-услуг.

«В случае переадресации, чтобы проверить реальность и адекватность заполнения информации о ВИЧ-услугах, нужны будут выезды в район. Все освободившееся время потратится на это» (главврач центра СПИДа).

2 Не менее весомым препятствием является отсутствие у администраторов возможностей стимулирования труда медработников за успешные показатели, необходимость экономить на всем, недостаток средств на полноценное штатное расписание. Последнее сегодня определяется возможностями местного финансирования: средства выделяются не на расчетное количество штатных единиц, определяемых исходя из численности населения, а значительно меньше. Например, по свидетельству главного врача Херсонского областного центра СПИДа, в штате должно быть 72 ставки медработников, а заложено финансирование на 39. При этом финансирование не покрывает самые необходимые расходы, включая расходные материалы, канцтовары, ГСМ и пр., не говоря уже о слабой и морально устаревшей материально-технической базе.

3 Помимо общих факторов, при перераспределении каждой из потенциальных ВИЧ-услуг существуют свои, дополнительные препятствия и ограничения. Например, открытие сайтов АРТ на базе кабинетов доверия и КИЗов серьезно тормозится из-за недостатка во многих городах врачей-инфекционистов, некого готовить, обучать, некем в дальнейшем укомплектовать штат.

«В Кривом Роге нет врачей-инфекционистов. Даже если мне дадут 5 вакантных ставок – я вряд ли найду инфекциониста» (главврач центра СПИДа).

«Законодательная база у нас готова. Но кому передавать? Дефицит инфекционистов. Некому просто передавать эти знания.» (зам. главврача центра СПИДа).

По мнению многих опрошенных медработников, включая руководителей УЗ, созданию многофункциональных кабинетов доверия в районах и их эффективной работе мешает двойное подчинение: главному врачу местного УЗ, при котором открыт и получает финансирование кабинет, и в то же время по вертикали – центру СПИДа как профильному лечебному учреждению, что относится к его компетенции.

«Кабинеты доверия должны по своей функциональной принадлежности подчиняться центрам СПИДа. Тогда работа в кабинетах доверия будет более эффективной и целенаправленной. Плюс еще будет идти ротация докторов. Например, если доктор уходит в отпуск, то другой его всегда сможет подменить. На сегодняшний день главный врач многопрофильной больницы может снять доктора кабинета доверия в период эпидемии гриппа и поставить на обслуживание участка по гриппу» (главврач центра СПИДа).

При обсуждении передачи любых ВИЧ-услуг на первичный уровень следует учитывать высокую мобильность и неукомплектованность медицинскими кадрами центров ПМСП. Есть населенные пункты, где нехватка врачей ОП-СМ доходит до 40%. Немало примеров, когда врач и медсестра обслуживают население сразу двух участков (т.е. фактически работают на 2 ставки). Значительная часть врачей и медсестер предпенсионного и пенсионного возраста, либо это – недавние интерны или выпускники медицинских колледжей.

«В основном все хотят из первички убежать» (главный врач центра СПИДа).

«У нас 12 вакантных ставок врачей общей практики – семейной медицины. Причины – большая нагрузка и очень низкая зарплата» (главный врач центра ПМСП).

«У нас 21 амбулатория и 22 фельдшерско-акушерских пункта. Штатным расписанием предусмотрен 51 врач, работает только 21» (главврач районного центра ПМСП).

«Если мы врачей сильно нагрузим – они сбегут. Первичка должна заниматься разъяснительной работой, быстрыми тестами» (главврач многопрофильной горбольницы).

Еще одна серьезная проблема центров ПМСП – слабая материально-техническая база.

«Чтобы врач общей практики оказывал услуги и по ВИЧ, нужно обеспечить его техоснащенность (компьютер, подключенный к интернету), а также определенной инструментальной, лабораторной базой. А у них сейчас, как во времена Чехова, – фонендоскоп и все. Сегодня еще рано это делать» (и.о. главврача центра СПИДа).

Если рассматривать отдельные ВИЧ-услуги, то для расширения КиТ, ЗПТ и ведения пациентов на АРТ, эксперты указывали на ряд дополнительных специфических ограничений.

КиТ

1. В нынешней нормативно-правовой базе (клиническом протоколе) недостаточно четко сформулированы требования к врачам ОП-СМ, другим специалистам о том, в каких случаях им инициировать проведение КиТ. Во многом это определяется степенью личной ответственности и инициативности врача.

«В нормативных документах аморфно описываются эти вопросы» (главврач центра ПМСП).

2. Многие УЗ, особенно центры ПМСП не обеспечены тест-системами для проведения быстрых тестов. Особенно это актуально для учреждений, которые не сотрудничают с проектами снижения вреда, финансируемыми международными донорами. Поэтому большинство медработников могут предложить пациентам, которым следовало бы по результатам беседы или клиническим показаниям пройти КиТ, только тестирование методом ИФА. Его результаты врач получает обычно через 2-3 недели, что является серьезным ограничением для дальнейшей работы с пациентом.
3. Отсутствует реальный механизм для обеспечения эффективной переадресации пациентов с первичного уровня в специализированные УЗ. Высокий процент пациентов в УЗ, где нет социального сопровождения, полноценного психологического консультирования, узнав

о своем диагнозе, исчезает из поля зрения медработников, длительное время не становится на диспансерный учет, скрывает свой ВИЧ-статус от партнера и близких родстенников.

«Выявив у пациента ВИЧ, первичка должна научиться доводить его до кабинета доверия» (главврач центра СПИДа).

АРТ и ЗПТ

1. Сложная, забюрократизированная система получения, хранения, учета и списания АРВ-препаратов, препаратов для медикаментозного поддерживающего лечения пациентов с опиоидной зависимостью.

«При существующей схеме поставок АРТ, отчетности и схеме контроля за использованием АРВ-препаратов сегодня это может делать только специализированное учреждение, где есть подготовленные специалисты (и.о. главврача центра СПИДа).

«Должна быть централизованная выдача (АРВ-препаратов) в кабинете доверия. Нельзя это распылять. В противном случае мы потом не соберем всю бухгалтерию. Ответственность будет недостаточно четкой (директор городской поликлиники).

2. В соответствие с Клиническим протоколом, АРТ может назначать только врач-инфекционист, а ЗПТ - нарколог.
3. Отсутствуют необходимые технические и организационные условия для он-лайн консультирования врачей, которые будут вести пациентов на АРТ, по другим вопросам ВИЧ-сервиса.
4. Сильное сопротивление руководителей аптечной сети, когда речь идет о выдаче пациентам бесплатных препаратов, прежде всего ЗПТ, на основании специальных рецептов. Что касается АРВ-препаратов, то возможность их получения через аптеки пока только обсуждается и требует соответствующего ведомственного приказа.

ВЫВОДЫ

Сделанные выводы базируются на результатах опроса медицинских работников, занятых в различных типах учреждений здравоохранения, в той или иной степени задействованных в предоставлении ВИЧ-услуг в условиях амбулаторного приема. Количественные показатели рассчитывались на основе структурированных интервью с врачами и медицинскими сестрами, которые распределились примерно в равных пропорциях (по 15-17%) между типами УЗ, включенными в выборку (центрами СПИДа, КД, туб-, нарко- и кожновенерологическими диспансерами, центрами ПМСП). Внутри каждого из типов УЗ респонденты примерно поровну распределились на врачей и средний медперсонал, что свидетельствует о точном выполнении квот в процессе сбора данных и позволяет говорить о качестве собранных данных.

О валидности данных в определенной степени также свидетельствует преимущественно высокий уровень квалификации опрошенных: 82% респондентов имеют квалификационную категорию, в т.ч. 51% – высшую. Это связано с их длительным стажем работы в медицине - 78% опрошенных работают в этой сфере более 10 лет.

Выводы, сформулированные на основе количественных данных, верифицировались, дополнялись, уточнялись с помощью качественной составляющей исследования: ФГД с медицинскими работниками всех типов учреждений и глубинных интервью с главными врачами (начмедами) УЗ, где проходил количественный опрос.

В соответствии с полученными данными, медработники в целом удовлетворены условиями своей работы: состояние и техническую оснащенность своего кабинета, других помещений, а также УЗ в целом они в среднем оценили на 3,8-4,0 балла по пятибалльной шкале.

Исключение составляет оплата труда, которой медработники, преимущественно не удовлетворены (средняя оценка – 2,6 балла): удовлетворены своим заработком только 20% опрошенных, более чем в два раза больше (46%) – не удовлетворены.

Высокий уровень неудовлетворенности оплатой труда вызван не только низкими тарифными ставками, скромными надбавками, но и увеличением трудовой нагрузки: 71% опрошенных указали, что за последние годы количество пациентов, приходящих к ним на амбулаторный прием, увеличилось. Это в большей степени касается КД и центров СПИДа, а также центров ПМСП и тубдиспансеров.

Для абсолютного большинства опрошенных медработников учреждение, на базе которого их опрашивали, является единственным (75%) либо основным (22%) местом работы. Как следствие, большинство опрошенных работают в своем УЗ на одну ставку (70%) или имеют за счет совместительства большую нагрузку (24%).

О наличии дополнительных источников дохода сообщила четверть респондентов (24%). Среди них чаще всего встречаются: пенсия (ее указал каждый третий (34%) из числа тех, у кого есть дополнительные источники дохода), работа в других государственных или частных УЗ – 22% и сотрудничество с НПО (13%).

Количество часов, которые отрабатывают медработники за неделю (с учетом всех видов своей занятости) существенно варьирует. В целом чуть более половины (55%) опрошенных работают 35-40 часов, остальные – больше, в том числе 14% – более 50 часов. Однако независимо от количества рабочих часов интенсивность труда медработников (и врачей, и среднего медперсонала) является достаточно высокой. Единицы опрошенных сказали, что у них есть значительные промежутки свободного времени в течение рабочего дня (1%), либо что они могут значительно увеличить количество принимаемых пациентов (1%). Большинство же респондентов, наоборот, жаловались на чрезмерный уровень нагрузки (47%), говорили о невозможности увеличить количество пациентов (49%), а в идеале – о необходимости уменьшить его (20%).

Работа в бюджетных учреждениях здравоохранения для большинства (95%) респондентов является основным источником дохода, а их заработок играет крайне важную роль в структуре бюджета домохозяйства. Для трех из четырех опрошенных (74%) их заработок является единственным либо основным источником дохода домохозяйства, еще для 20% – важным, но не основным.

Согласно результатов исследования, большинство респондентов живут ниже официального уровня бедности. Среднемесячный доход на 1 члена семьи по массиву составляет 2025 грн. В частности, для 40% опрошенных он ниже прожиточного минимума (1499 грн.), еще для 49% респондентов он составляет от 1 до 2 прожиточных минимумов. Медиана по этой переменной, то есть значение, которое делит выборку на две равные части, составляет 2000 грн., то есть половина респондентов имеют доход ниже, а половина – выше этого показателя. Это соотносится с субъективной оценкой уровня своего материального благосостояния респондентами. Лишь 5% опрошенных сказали, что они имеют возможность скопить денег на отпуск или покупку вещей длительного пользования. Остальные респонденты такой возможности не имеют, в том числе 41% постоянно или время от времени не хватает денег даже на самое необходимое, например, еду.

Особенностью существующей в бюджетном секторе медицины системы материального стимулирования является то, что оплата труда сотрудника практически не зависит от количественных (число принятых пациентов, количество предоставленных услуг) и качественных (эффективность лечения, предоставление дополнительных услуг и т.п.) показателей его труда. Руководство УЗ имеет крайне ограниченные возможности для поощрения лучших сотрудников чем-либо, кроме «доброго слова».

Согласно результатов опроса, главными факторами, удерживающими медработников в бюджетном секторе медицины, являются «околофинансовые» стимулы (например, оплачиваемый отпуск/больничный, надбавки за стаж/категорию, возможность проходить повышение квалификации за бюджетный счет), а также гарантированная занятость. Хотя бы один из указанных факторов выбрали 87% опрошенных, в том числе 70% респондентов – гарантии занятости. Нефинансовые мотиваторы: длительный отпуск (32%), наличие свободного времени после приема (10%), а также любовь к своей работе и осознание ее полезности (3%), выбирались респондентами сравнительно реже, и практически всегда – в сочетании с финансовыми стимулами.

В то же время нефинансовые мотиваторы играют большую роль при выборе медработниками конкретного места работы. В качестве причин, удерживающих их в том или ином медучреждении, респонденты, как правило, называли факторы, связанные с разными аспектами «комфортности» для них этого УЗ: начиная от приятного коллектива (58%), наработанного в нем авторитета (37%) и лояльного руководства (47%) и заканчивая хорошими условиями труда (например, оборудованный кабинет, хороший ремонт) – 22% и удобным расположением УЗ (24%). Хотя бы один из таких факторов выбрали 85% опрошенных.

Будучи преимущественно неудовлетворенными своими доходами по основному месту работы, большинство медработников высказывают заинтересованность в увеличении оплаты труда и готовы для этого:

- осваивать предоставление новых для себя услуг, в т.ч. ВИЧ-сервиса (67%),
- брать дополнительные функциональные обязанности (55%),
- осваивать смежные специальности (65%).

Готовность к выполнению хотя бы одного из указанных выше условий подтвердили 78% опрошенных, в т.ч. 80% врачей и 77% медсестер. Заинтересованы в увеличении оплаты труда на указанных условиях и большинство (75%) медработников, которых сегодня «скорее устраивает» уровень их дохода.

Вместе с тем большинство респондентов (71%) не готовы к прямому увеличению рабочего времени на прежних условиях его оплаты. Таким образом, медработники в большей степени ориентированы на изменение качества работы, ее большую интенсивность – и за счет этого увеличение цены своего труда за единицу времени.

ВИЧ-услуги, которые стали предметом данного исследования, уже оказываются во всех исследуемых типах учреждений и врачами, и средним медицинским персоналом. Доля врачей, которые их предоставляют, значимо выше, чем среди медсестер. Конкретные показатели варьируют в зависимости от вида услуг. Уровень толерантности медработников, которые сейчас не предоставляют те или иные ВИЧ-услуги, к отдельным их видам достаточно высокий. Подавляющее большинство опрошенных готовы расширить спектр своих консультационных услуг. Значительно большая настороженность наблюдается по отношению к перспективам ведения стабильных пациентов на АРТ и в особенности – на ЗПТ. Ключевое условие предоставления

новых для медработников ВИЧ-услуг – наличие действенного материального стимула в виде прямого увеличения размера должностного оклада. Все остальные перечисленные в анкете прямые (доплата за каждого пациента, получившего услугу) и непрямые материальные стимулы (получение медстраховки за счет УЗ), другие мотиваторы (удобные графики работы и отпусков, улучшение условий труда, дополнительное бесплатное обучение и другое) оказались для большинства респондентов менее привлекательными.

В результате применения метода логистической регрессии наибольшие шансы того, что медработник согласится дополнительно проводить КиТ, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который готов осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных;
- медработник, который низко оценивает материальное положение своего домохозяйства;
- медработник, у которого увеличилось количество пациентов, принятых в течение последних нескольких лет;
- медработник, который считает, что больше половины его пациентов нуждаются в КиТ.

Наибольшие шансы того, что медработник согласится дополнительно вести пациентов на АРТ, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- медработник, который готов осваивать предоставление новых услуг, в т.ч. ВИЧ-сервисных;
- медработник, который считает, что больше половины его пациентов нуждаются в АРТ;
- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который работает в городе, где есть центры СПИДа;
- медработник, который работает в центре СПИДа или КД;
- медработник, который оценивает свою трудовую нагрузку как нестабильную.

Большая часть медработников (72%) настороженно или негативно отнеслась к идее передать часть своих функциональных обязанностей другим специалистам. Поддержали ее и хотели бы передать часть своей нагрузки 23% медработников, 5% – затруднились с ответом. Наиболее заинтересованными в передаче обязанностей оказались врачи и руководители подразделений центров ПМСП – более 40%, а также центров СПИДа и КД – более трети.

Из всех видов работ больше всего медработники хотели бы «разгрузиться» от ведения документации: на это указали половина врачей и треть медсестер, готовых передать обязанности. На втором месте по частоте упоминаний – консультирование пациентов (каждый третий врач, пятая часть медсестер).

Большая часть медработников, которые хотели бы передать часть своих обязанностей, (59% из 141 респондента) считает, что нагрузка должна быть уменьшена без включения в их функционал других услуг, которые они сейчас не предоставляют, и при этом без уменьшения размера заработной платы. Среди сотрудников центров СПИДа и КД – такое мнение высказали трое из четырех респондентов.

В результате применения метода логистической регрессии наибольшие шансы того, что медработник будет готов к передаче своих функциональных обязанностей другим специалистам, имеет персонал, отвечающий таким характеристикам:

- специалист, занимающий врачебную должность;
- медработник, который оценивает свою нагрузку как высокую или нестабильную;
- медработник, который не удовлетворен уровнем оплаты труда;
- медработник, который работает в городе, где отсутствуют центры СПИДа;
- медработник, который принимает в неделю 151-300 и больше пациентов;
- медработник, который работает в центре СПИДа и КД;
- медработник с меньшим трудовым стажем.

Выделенные в результате применения логистической регрессии факторы, влияющие на готовность медработников взять на себя предоставление дополнительных ВИЧ-услуг или передать другим специалистам часть своих функциональных обязанностей, следует учитывать в процессе разработки и внедрения механизмов перераспределения обязанностей.

Наибольшую поддержку идея перераспределения нагрузки по ВИЧ-сервису нашла среди администраторов (главных врачей, начмедов, заведующих отделениями), среди врачей значительно больше, чем среди медсестер, по типам УЗ – у представителей центров СПИДа и ПМСП.

Основные их подходы к перераспределению обязанностей сводятся к таким положениям:

- Нужно введение экономически обоснованных норм обслуживания числа пациентов. Например, сегодня нагрузка на врача-инфекциониста центра СПИДа составляет до 1300 пациентов, тогда как ее оптимальный размер характеризуется на уровне 500-700 пациентов, которые принимают АРТ.

Разгрузить врачей-инфекционистов центров СПИДа, по мнению администраторов, возможно за счет:

  - открытия и работы кабинетов доверия, которые бы на своей базе проводили КиТ, другие виды консультирования по ВИЧ-инфекции, наблюдали пациентов на АРТ и выдавали бы препараты; их штат должен состоять минимум из трех специалистов, идеальной является их работа в две смены;
  - предоставления всеми типами УЗ услуг по КиТ быстрыми тестами и качественного консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции;
  - на уровне центров ПМСП вполне реально организовать наблюдение за стабильными пациентами, принимающими АРТ, включая выдачу АРВ-препаратов и препаратов для профилактики ТБ;
  - на уровне центров ПМСП реально организовать сопровождение стабильных пациентов на ЗПТ (как минимум обеспечение рецептурной формы);
  - передачи среднему медицинскому персоналу консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции, КиТ, приверженности к АРТ, «медсестра должна быть партнером врача». Согласно рекомендаций ВОЗ, предполагается, что медсестер можно привлекать к предоставлению услуги АРТ.

- Для обеспечения надлежащего качества услуг при перераспределении обязанностей особо важную роль будет играть обучение по вопросам консультирования с фокусом на формирование толерантного отношения медработников к пациентам с ВИЧ-инфекцией, представителям групп, уязвимых к ВИЧ-инфекции, а также необходимости соблюдения всех требований протокола по КиТ.

- Обязательным условием для предоставления качественных услуг является достойное материальное стимулирование труда, доплата за количество и качество предоставленных ВИЧ-услуг, приемлемая нагрузка на медработника.

- Необходимо нормативно-правовое сопровождение работы по перераспределению ВИЧ-услуг, например, в виде совместного приказа, в котором будет определен порядок взаимодействия и сфера ответственности каждого УЗ в регионе по предоставлению ВИЧ-услуг и их условиям.

- Необходимо задействовать административный ресурс для привлечения аптечной сети к выдаче АРВ-препаратов, а также препаратов для ЗПТ на рецептурной основе.

- В случае внедрения схем перераспределения необходимо полноценное информационное сопровождение о новых возможностях предоставления ВИЧ-услуг, ориентированное как на пациентов, так и на медработников.

Приложение 4

Список иллюстративного материала к разделу «АНАЛИЗ МОТИВАТОРОВ И СТИМУЛОВ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ»

Таблица 1

РИСУНКИ

Номер	Название	Страница
Рис. 1.1.	Количество респондентов, по типам УЗ	156
Рис. 1.2.	Специализация опрошенных врачей, % (n=303)	156
Рис. 1.3.	Возраст респондентов, %	157
Рис. 1.4.	Квалификационная категория респондентов, %	157
Рис. 1.5.	Медицинский стаж респондентов, %	157
Рис. 1.6.	Стаж работы респондентов в УЗ, на базе которого их опрашивали, %	157
Рис. 2.1.	Распределение ответов на вопрос: «Изменилось ли в течение нескольких последних лет количество пациентов, которые приходят к Вам на прием?», %	159
Рис. 2.2.	Распределение ответов на вопрос: «Это медучреждение для Вас является…?», %	160
Рис. 2.3.	Дополнительные источники дохода респондентов, % *к тем, у кого они есть(n=145)*	161
Рис. 2.4.	Распределение ответов на вопрос: «В этом медучреждении Вы работаете…?», %	162
Рис. 2.5.	Количество часов, отрабатываемых за неделю, %	162
Рис. 2.6.	Среднее количество часов, отрабатываемых за неделю, по типам УЗ, часов	162
Рис. 2.7.	Среднее количество часов, отрабатываемых за неделю, в зависимости от процента занятости респондента	163
Рис. 2.8.	Оценка респондентами уровня рабочей нагрузки в конкретном УЗ, %	163
Рис. 2.9.	Оценка респондентами уровня рабочей нагрузки по всем видам своей занятости, %	163
Рис. 2.10.	Доля медработников, считающих, что можно увеличить количество принимаемых пациентов, по типам УЗ, %	164
Рис. 2.11.	Распределение ответов на вопрос: «Основной доход Вы получаете от…?», %	165
Рис. 2.12.	Роль заработка респондента в структуре бюджета его домохозяйства, %	165
Рис. 2.13.	Среднемесячный доход на 1 члена семьи, % *к ответившим на данный вопрос (n=522)*	165
Рис. 2.14.	Оценка респондентами своего материального положения, %	166
Рис. 2.15.	Оценка респондентами своего материального положения в зависимости от уровня дохода, %	166
Рис. 2.16.	Распределение ответов на вопрос: «Есть ли у Вас люди, которых Вы содержите/помогаете материально (независимо от того, живут ли они вместе с Вами)?», %	168

Номер	Название	Страница
Рис. 2.17.	Распределение ответов на вопрос: «Есть ли у Вас люди, которые Вас содержат/ помогают Вам материально (независимо от того, живут ли они вместе с Вами)?», %	168
Рис. 3.1.	Распределение ответов на вопрос: «Сколько пациентов посещают Вас в течение рабочей недели?», %	171
Рис. 3.2.	Распределение ответов на вопрос: «Сколько из них (пациентов) с установленным ВИЧ-положительным статусом?», %	171
Рис. 3.3.	Количество принимаемых одним медработником в течение недели пациентов (в т.ч. ЛЖВ) в зависимости от типа УЗ	171
Рис. 3.4.	Доля ЛЖВ среди принимаемых в течение недели пациентов, в зависимости от типа УЗ, %	172
Рис. 3.5.	Средняя частота предоставления ВИЧ-услуг одним медработником, раз в неделю	175
Рис. 3.6.	Распределение ответов респондентов на вопрос: «Устраивает ли Вас Ваш уровень дохода, материального благосостояния?», %	177
Рис. 3.7.	Распределение ответов респондентов на вопрос: «Устраивает ли Вас Ваш уровень дохода, материального благосостояния?» по типам УЗ, %	178
Рис. 3.8.	Условия консультирования пациентов по вопросам ВИЧ-инфекции медработниками, которые его не проводят, %	181
Рис. 3.9.	Условия предоставления КиТ медработниками, которые его не проводят, %	182
Рис.3.10.	Условия ведения пациентов на АРТ медработниками, которые его не проводят, %	185
Рис. 3.11.	Условия проведения консультирования и скрининг на ТБ медработниками, которые его не проводят, %	186
Рис. 3.12.	Обязанности, которые бы респонденты хотели передать другим медработникам, %	196

Таблица 2

ТАБЛИЦЫ

Номер	Название	Страница
Таблица 1.1.	География исследования	152
Таблица 1.2.	Реализованная выборка по типам медучреждений	153
Таблица 2.1.	Оценка респондентами условий своей работы в УЗ по 5-балльной шкале, %, *средний балл*	158
Таблица 2.2.	Динамика количества амбулаторных пациентов в зависимости от типа УЗ, %	159
Таблица 2.3.	Причины изменения количества пациентов, % *к тем, кто сказал, что оно изменилось*	159
Таблица 2.4.	Дополнительные источники дохода, в зависимости от наличия внешнего совместительства, % *к тем, кто сказал, что они есть*	161
Таблица 2.5.	Распределение ответов на вопрос: «В этом медучреждении Вы работаете…?», по типам УЗ, %	163

Номер	Название	Страница
Таблица 2.6.	Оценка респондентами уровня рабочей нагрузки в конкретном УЗ, по типам УЗ, %	164
Таблица 2.7.	Распределение ответов на вопрос: «Что удерживает Вас в бюджетном секторе медицины?», %	169
Таблица 2.8.	Распределение ответов на вопрос: «Что удерживает Вас в данном медучреждении?», %	170
Таблица 3.1.	Распределение ответов на вопрос: «Какая часть ваших пациентов нуждается в следующих услугах?», %	172
Таблица 3.2.	Распределение ответов на вопрос: «Какая часть ваших пациентов нуждается в следующих услугах?», по типам УЗ, %	173
Таблица 3.3.	Распределение ответов на вопрос: «Сколько раз в течение рабочей недели Вы предоставляете следующие услуги?», %	176
Таблица 3.4.	Средняя частота предоставления ВИЧ-сервисных услуг по типам УЗ, раз в неделю	177
Таблица 3.5.	Уровень готовности медработников к изменениям в содержании и условиях труда для повышения его оплаты, по типам УЗ	179
Таблица 3.6.	Уровень предоставления услуг по консультированию пациентов по вопросам ВИЧ-инфекции и готовность к его предоставлению, по типам УЗ	180
Таблица 3.7.	Уровень оказания услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ и готовность к его предоставлению, по типам УЗ	182
Таблица 3.8.	Уровень предоставления услуги по наблюдению за пациентами, получающими АРТ, и готовность к ее предоставлению, по типам УЗ	184
Таблица 3.9.	Уровень предоставления услуги по консультированию и скринингу на ТБ и готовность к ее предоставлению	186
Таблица 3.10.	Уровень предоставления услуги по ведению стабильных пациентов на ЗПТ и готовность к ее предоставлению	187
Таблица 3.11.	Связь между согласием медработника взять дополнительные обязанности и факторами	189
Таблица 3.12.	Результаты построения модели логистической регрессии для медработников, которые согласны дополнительно проводить КиТ	193
Таблица 3.13.	Результаты построения модели логистической регрессии для медработников, которые согласны дополнительно вести пациентов на АРТ	194
Таблица 3.14.	Связь между желанием медработников делегировать обязанности и факторами	199
Таблица 3.15.	Результаты построения модели логистической регрессии для медработников, которые хотят делегировать обязанности	203

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЯЗАННОСТЕЙ В СФЕРЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВИЧ-УСЛУГ

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЯЗАННОСТЕЙ В СФЕРЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВИЧ-УСЛУГ

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ С КИТ

Актуальность

По оценкам экспертов, из 220 тысяч ЛЖВ в начале 2016 г. знали о своем ВИЧ-статусе и находились под медицинским наблюдением 126 604 пациента, что составляло 58% от оценочной численности людей, живущих с ВИЧ[1]. Данный показатель существенно ниже стратегической цели «90», которую Украина приняла для себя как одно из международных обязательств по противодействию эпидемии.

Главным препятствием для реализации данной цели является недостаточно активная позиция медицинских работников всех типов учреждений в работе с пациентами, практикующими рискованное поведение. По данным хронометража, наиболее активными предоставителями услуги КиТ являются кабинеты доверия, где доля рабочего времени, затрачиваемого на оказание этой услуги, составляет 19%, центры СПИДа (9%) и кожно-венерологические диспансеры (10%). Аналогичный показатель для других типов учреждений значительно ниже: НД (4%), ПТД (2%). Лишь единичные случаи проведения КиТ зафиксировали наблюдатели в центрах ПМСП: в течение рабочей недели (за 5 дней наблюдения) 25 медицинскими работниками (из них - 13 семейных врачей, терапевтов, 12 медсестер) проведено предтестовое консультирование 9 пациентов, организовано тестирование быстрыми тестами и послетестовое консультирование 6 пациентов, проведен забор крови для лабораторного анализа методом ИФА у 9 пациентов.

Низкий охват консультированием по вопросам ВИЧ-инфекции, не всегда качественное предтестовое консультирование усугубляется нехваткой тест-систем и предвзятым отношением медицинских работников к представителям уязвимых групп, включая ЛУИН, МСМ, РКС.

Не менее важным препятствием для увеличения охвата КиТ является позиция населения. Определенная часть граждан Украины сознательно дистанцируются от проблемы ВИЧ, что основывается на непонимании возможных рисков инфицирования, распространенных мифах и стереотипах, внутренней стигме среди представителей уязвимых групп, слабой ответственности за сохранение своего здоровья, приоритетности задач, связанных с удовлетворением базовых потребностей и выживанием. Серьезной психологической проблемой для пациентов, переадресованных медицинскими работниками для прохождения КиТ, является посещение специализированных учреждений – центров СПИДа, кабинетов доверия.

Исходя из выше изложенного, актуальной является задача расширения сети предоставителей КиТ на базе центров ПМСП и специализированных учреждений (КВД, ПТД, НД).

1 ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 45. – С. 36. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/965cf18b2c7ecaa8c430e6965a0846cb.pdf

Схема: расширение сети мотивированных предоставителей КиТ

В соответствии с приказом МЗ Украины от 11.05.2010 № 388 «Об усовершенствовании диагностики ВИЧ-инфекции»[2] услуга КиТ должна предоставляться пациентам всех учреждений здравоохранения независимо от подчиненности и уровней предоставления медицинской помощи. Об этом известно всем руководителям УЗ, принимавшим участие в формативном исследовании мотиваторов и стимулов труда медицинских работников. Данная услуга действительно предоставляется во всех типах УЗ, где проводился хронометраж, хотя в разном объеме.

2 Приказ МОЗ Украины от 11.05.2010 № 388 "Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції" [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://ucdc.gov.ua/uploads/files/388.pdf

Вместе с тем, многие врачи специализированных диспансеров и центров ПМСП не рассматривают данную услугу как свою функциональную обязанность, ссылаясь на наличие специализированных учреждений: центров СПИДа и КД. Среди среднего медицинского персонала достаточно распространено мнение о том, что любой вид консультирования, включая пред- и послетестовое, - это врачебная функция.

Таким образом, речь не должна идти о механическом увеличении числа медработников, в обязанности которых вменяется проведение КиТ. Фокус преобразований следует делать на увеличение числа мотивированных к предоставлению данной услуги медицинских работников. Оптимальным подходом к распределению функций при предоставлении КиТ будет:

- мотивационное консультирование по инициативе врача/фельдшера/медсестры к прохождению КиТ пациентами, у которых есть заболевания и/или жалобы на симптомы и синдромы, определенные в Приказе МОЗ от 11.05.2010 № 388, или при наличии информации о практикуемом пациентом рискованном поведении;

- непосредственно проведение КиТ специально подготовленными медицинской сестрой, социальным работником и психологом (где они есть), в случае необходимости подключение к послетестовому консультированию врача, психолога, психотерапевта.

Передача максимальной нагрузки по КиТ на средний медицинский персонал обусловлена необходимостью оптимизировать расходы времени врача во время амбулаторного приема. По данным хронометража, в среднем на предоставление услуги КиТ быстрыми тестами расходуется примерно 30 мин[3]. За это время семейный врач обычно принимает двух пациентов. Рациональное использование «дорогого» рабочего времени врача предполагает его освобождение от сестринских функций в целом. Например, в кабинетах доверия есть врачи, которые лично практикуют тестирование на ВИЧ при помощи быстрых тестов (на что уходило 1,9% времени их основной деятельности), а также забор крови для ИФА и организовывают доставку анализа (2%). Эти случаи являются следствием специфики КД, где работает, как правило, не более 1 врача и 1 медсестры, что приводит к необходимости взаимозаменяемости и актуализирует расширение штатного расписания КД хотя бы до 3 сотрудников: 1 врач и 2 медицинские сестры или врач, медицинская сестра и психолог/социальный работник. В первую очередь речь должна идти о доукомплектации КД, в которых предоставляется максимально широкий перечень ВИЧ-услуг, включая ведение пациентов на АРТ и выдачу АРВП.

Не менее важным является перенесение нагрузки по проведению КиТ со специализированных учреждений на центры ПМСП. Данное направление должно стать главным в делегировании полномочий по КиТ между учреждениями здравоохранения. Реализация данной задачи позволит преодолеть территориальные барьеры и избежать неэффективной переадресации – важных препятствий для увеличения охвата КиТ сельского населения, жителей ПГТ и небольших городов.

3 Помимо настоящего исследования, см. также Миронюк І.С., Перегінець І.Б. Результати хронометражу послуги консультування та тестування на ВІЛ з ініціативи медичного працівника в практиці сімейного лікаря / Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2014. - №1. – С. 73-75.

Потенциальные вызовы, трудности

1. Отсутствие показателя по охвату услугой КиТ и выявлению ВИЧ-позитивных пациентов как критерия успешности работы большинства УЗ. Причем отсутствует система стимулирования к выполнению данного показателя как для руководителей учреждений, так и непосредственных исполнителей. При этом фокус внимания должен быть направлен именно на количество обследованных пациентов с установленным ВИЧ-позитивным статусом. В противном случае для выполнения показателя используются наиболее простые административные методы, например, введение обязательного тестирования для пациентов с плановым хирургическим вмешательством или во время прохождения медицинского обследования при получении водительского удостоверения. Следствием такого подхода является низкий уровень охвата консультированием и тестированием уязвимых групп и соответственно низкая выявляемость случаев ВИЧ-инфекции, нерациональное использование тест-систем и рабочего времени медицинских работников.

2. Недостаточность ресурсов у различных типов диспансеров и центров ПМСП. Прежде всего речь идет о нехватке тест-систем и расходных материалов для проведения быстрого тестирования. До настоящего времени специализированные учреждения (НД, ПТД, КВД) частично решали эту проблему за счет проектов ВИЧ-сервисных НПО. Для обеспечения стабильной и полноценной работы учреждений поставка тест-систем и расходных материалов должна осуществляться в течение всего календарного года за счет местных бюджетов. Данная статья бюджета должна быть защищена и не может быть реструктуризирована.
3. Минимальные резервы для увеличения у медицинского персонала времени на основную деятельность. Доля незагруженного времени в структуре затрат рабочего времени медработников составляет от 0,1% в КВД до 1,5% в других учреждениях здравоохранения. Высокий уровень интенсификации труда медработников, прежде всего врачей, является следствием неукомплектованного штатного расписания, в особенности - нехватки медсестер во всех УЗ и врачей в центрах ПМСП. Наиболее предпочтительный резерв для оптимизации затрат рабочего времени врачей и медицинских сестер, которые им ассистируют, это сокращение времени, которое расходуется на работу с документацией, не совмещенную с основной деятельностью. Сегодня доля временных затрат на заполнение такого рода документации составляет, например, 11,8% у врачей общей практики – семейных врачей, 23,4% - медсестер общей практики – семейной медицины, 35,7% - участковых медсестер. Медработники обращали особое внимание, что заполнение документации, как не связанной с основной деятельностью, так и в ее рамках больше всего их «отвлекает» от непосредственной работы с пациентами. Для эффективного использования данного ресурса необходима политическая воля и серьезная заинтересованность в упрощении и сокращении форм отчетности по различным типам УЗ Министерства здравоохранения Украины. Важным условием является также компьютеризация работы врачей и медицинских сестер, особенно в центрах ПМСП – наименее технически оснащенных учреждениях.
4. Ограничения в проведении процедуры тестирования. В соответствии с действующим протоколом[4] непосредственно тестирование, включая применение быстрых тест-систем, может проводить только медицинский работник. В связи с этим возможности передачи КиТ социальным работникам и психологам, если они не имеют медицинского образования, существенно ограничиваются. В настоящее время они могут после прохождения специальной подготовки проводить только пред- и послетестовое консультирование.
5. Неприятие как компонента своей профессиональной деятельности ВИЧ-сервиса, в т.ч. услуги КиТ, частью медицинских работников (11% опрошенных), хотя именно по отношению к КиТ медработники продемонстрировали наибольшую толерантность Большинство «противников» освоения данного сервиса (77%) составляет средний медперсонал, что подтверждается результатами логистической регрессии, согласно которых вероятность согласия дополнительно проводить КиТ в 6,8 раз выше (95% ДИ: 3,234 – 14,705) среди врачей, чем среди медсестер. Это свидетельствует о необходимости применения дополнительных стимулов, чтобы мотивировать медсестер освоить предоставление этой услуги или взять на себя те ее компоненты (в частности пред- и послетестовое консультирование), которые ранее ими не предоставлялись.

4 Приказ МОЗ Украины от 19.08.2005 № 415 "Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію". Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол) – Режим доступа: http://ucdc.gov.ua/uploads/files/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%BE%D0%BA%20%D0%94%D0%9A%D0%A2%2005.12.2005.pdf

Стимулы, необходимые для реализации схемы перераспределения

Большинство медработников, заинтересованных в предоставлении КиТ (70%), в качестве основного стимула выбрали прямое повышение заработной платы. Результаты логистической регрессии также свидетельствуют о том, что наиболее действенным стимулом освоить предоставление услуги КиТ является материальный. Вероятность согласия дополнительно проводить КиТ в 6,1 раза выше (95% ДИ: 1,195 – 31,193) у медработников, которые оценили материальное положение своего домохозяйства как «низкое», чем в группе с высокой оценкой. Шансы согласиться дополнительно проводить КиТ у медработников со средним материальным положением в 1,9 раза выше (95% ДИ: 0,546 – 7,125), чем у группы с высоким материальным положением.

Чаще всего речь шла об увеличении зарплаты на 26-50% (39% опрошенных, которые указали это условие предоставления КиТ) либо на 51-100% (38%). Не смотря на это более действенным стимулом для увеличения охвата данной услугой, как свидетельствует опыт ВИЧ-сервисных НПО, является «доплата за каждого отдельного пациента», прошедшего КиТ. В системе премирования важно также предусмотреть дифференцированный размер доплаты: в зависимости от определенного статуса. Для предупреждения формального отношения к выбору пациентов для тестирования более высокий размер доплаты следует установить за выявление ВИЧ-позитивных пациентов.

Следует также рассмотреть вопрос о разработке и утверждении годичных показателей по охвату КиТ для учреждений здравоохранения, а также экономических стимулов для УЗ, выполнивших этот показатель.

Направления и формат обучения

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Украины от 19.08.2005 г. № 415 «Об усовершенствовании добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию» эти медицинские услуги могут предоставлять как врачи, так и средний медицинский персонал, психологи, социальные работники. За последнее десятилетие значительное число медработников уже прошло обучение по вопросам КиТ на тренингах и семинарах, проводимых международными проектами, региональными центрами СПИДа, другими организациями. До настоящего времени в обучении практиковалась специализация: по вопросам консультирования в большей степени проходили подготовку врачи, проведения непосредственно тестирования – средний медицинский персонал.

В связи с этим актуальной задачей является уточнение потребности в обучении специалистов конкретных лечебных учреждений, которые планируют предоставлять КиТ. Приоритетом должна стать комплексная подготовка медицинских сестер, социальных работников и психологов, которые могли бы в полном объеме освоить порядок проведения КиТ и в дальнейшем его предоставлять, включая пред- и послетестовое консультирование.

Составной частью учебной программы для медицинских работников должна стать тема особенностей консультирования различных групп населения (Приложение 1 к Протоколу), формирование толерантного отношения ко всем пациентам, с фокусом на наиболее уязвимые к ВИЧ-инфекции категории населения.

Актуальной остается задача регламентации порядка обучения персонала по вопросам КиТ, включая определение учреждений, организаций, которые могут проводить такое обучение, организации контроля полученных знаний, навыков, формат подтверждающих успешное прохождение обучения документов и др.

Ресурсы, необходимые для расширения числа предоставителей КиТ

Административные

1. Для организации предоставления услуг по КиТ в любом типе УЗ не требуется принятия нового нормативно-правого документа. Эта деятельность может быть реализована в соответствии с приказом МЗ Украины от 11.05.2010 № 388 «Об усовершенствовании диагностики ВИЧ-инфекции». В этом документе определен список заболеваний, симптомов и синдромов, при которых пациенту должны предлагаться услуги по добровольному консультированию и тестированию при обращении за медицинской помощью в учреждения здравоохранения **независимо от подчиненности и уровней предоставления медицинской помощи**.
2. Для делегирования услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию в полном объеме психологам и социальным работникам, многие из которых не имеют медицинского образования, необходимо принятие новой редакции Протокола по КиТ, а именно отменить обязательное условие для проведения тестирования быстрыми тестами – наличие медицинского образования у специалиста, который прошел подготовку. Достаточным условием является успешное прохождение специальной подготовки по КиТ.
3. Хорошим стимулом для организации предоставления КиТ в УЗ, где до настоящего времени оно фактически не предоставлялось, будет проведение рабочей встречи руководителя управления здравоохранения областной или городской государственных администраций с главными врачами центров ПМСП, специализированных УЗ по вопросам организации КиТ с фокусом на достижение целей 90-90-90 и роли в ней различных типов УЗ.
4. Увеличение в областных/городских бюджетах статьи на закупку быстрых тест-систем, контроль за своевременным обеспечением всех УЗ региона тест-системами, необходимыми расходными материалами, дезинфектантами.

Организационные

5. Адвокационно-информационная поддержка предполагаемых изменений (разработка информационных мероприятий при участии экспертов и пациентских НПО для пациентов, медицинских и социальных работников).
6. Оценка потребности в быстрых тест-системах с учетом увеличения числа предоставителей КиТ.
7. Организация мониторинга качества проведения КиТ.

Финансовые

Выделение ресурсов, которые необходимых для:

- Проведения учебных мероприятий для медицинских работников.
- Закупки быстрых тест-систем, необходимых расходных материалов.
- Организации мониторинга качества проведения КиТ.

Предполагаемые результаты

Предложенная схема не является прямой моделью перераспределения обязанностей. Поскольку в ней не предполагается делегирование предоставляемых сегодня центрами СПИДа или кабинетами доверия услуг по КиТ другим учреждениям. Скорее, в предложенной схеме «перераспределен» потенциальный объем не оказанных услуг, предоставление которых необходимо для достижения первой цели «90». Речь идет о создании условий для более полного выявления людей, живущих с ВИЧ, установления диагноза и организации их медицинского наблюдения, преодолении территориальных и психологических барьеров для пациентов. Расширение числа мотивированных предоставителей КиТ во всех типах лечебных учреждений, внедрение активных стратегий консультирования и тестирования по отношению к людям, уязвимым к инфицированию ВИЧ, позволит существенно снизить показатель скрытой эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине, который сегодня составляет почти 40%. Предлагаемая схема перераспределения также будет способствовать более эффективной работе врачей, особенно инфекционистов центров СПИДа и кабинетов доверия, позволит врачам сфокусироваться на сложных пациентах, уделять им больше времени.

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ С АРТ

Актуальность

По данным хронометража, врачи-инфекционисты, ведущие амбулаторный прием, имеют высокий уровень загрузки основной деятельностью. Она составляет в структуре затрат всего рабочего времени: 80,2% - у врачей центров СПИДа и 86,5% - врачей КД. Резервов для увеличения у врачей-инфекционистов времени на основную деятельность остается немного. Незагруженное время, включая «окна» между пациентами, составляет менее 2% (от всего рабочего времени). Остальная часть рабочего времени используется на другую медицинскую и вспомогательную деятельность, работу с документацией, не совмещенную с основной деятельностью, служебные разговоры, другую деятельность (табл. 1). Многие специалисты центров СПИДа обеспокоены длинными очередями под кабинетами, необходимостью интенсификации приема пациентов.

С учетом ожидаемого роста числа пациентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция в ходе реализации стратегии 90-90-90, а также запланированного на 2017 г. увеличения (почти в 1,5 раза) числа пациентов, получающих АРТ, уже сейчас необходимо рассмотреть возможные схемы перераспределения нагрузки врачей-инфекционистов центров СПИДа.

Таблица 1. Структура затрат рабочего времени врачей-инфекционистов в разрезе видов деятельности, % от всего рабочего времени

	Центры СПИДа	КД
Основная деятельность	80,2	86,5
Другая медицинская деятельность	0,6	1,4
Вспомогательная деятельность	1,5	1,0
Работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью	6,6	4,4
Служебные разговоры	2,2	2,4
Другая деятельность	1,1	0,9
Необходимое личное время	3,8	1,7
Не загруженное время	0,6	0,2
"Окна" между входом/ уходом пациента	1,1	1,2
Другие виды работ	2,2	0,3

Схема 1: расширение числа учреждений здравоохранения, предоставляющих консультирование по вопросам АРТ и формированию приверженности, а также выдача АРВП на базе данных учреждений

В центрах СПИДа оказывается достаточно широкий спектр услуг, который включает: диагностику, лечение и профилактику ВИЧ, вирусных гепатитов, ИППП и других оппортунистических инфекций, услуги в сфере репродуктивного здоровья, в т.ч. для дискордантных пар, антиретровирусную терапию, заместительную поддерживающую терапию, а также социально-психологическую помощь. Доля временных затрат на услуги, связанные с консультированием по вопросам АРТ и формированию приверженности составляет 13% от рабочего времени, затрачиваемого на основную деятельность врачом-инфекционистом центра СПИДа. Для медсестры, которая ему ассистирует, этот показатель составляет 2,9%.

Кабинеты доверия и кабинеты, выполняющие их функции, представляют собой достаточно сложную, неоднородную по своему потенциалу, подчиненности и перечню услуг систему. Они функционируют на базе центров СПИДа, как самостоятельные подразделения других учреждений здравоохранения, часть кабинетов работают на базе КИЗ. Примерно в половине

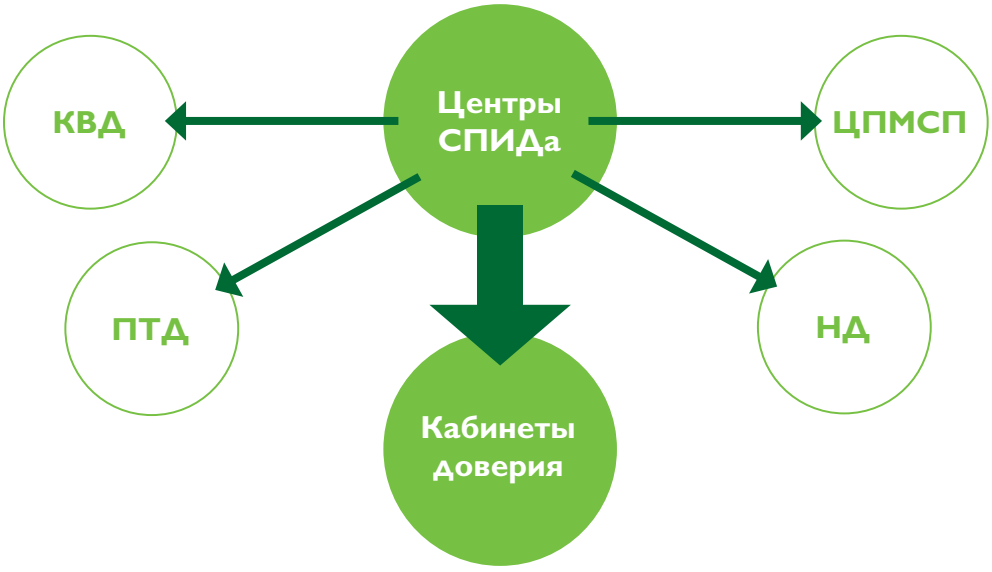
кабинетов пациентам назначают АРТ, обеспечивают ее сопровождение, выдачу АРВП или оказывают последние две услуги. В остальных кабинетах предлагается преимущественно консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию. По данным хронометражного и формативного исследований, в небольшом объеме услуги по ведению пациентов на АРТ (консультирование, формирование приверженности, выдача препаратов) предоставляют также противотуберкулезные и наркологические диспансеры, не предоставляют – КВД и центры ПМСП.

Важным направлением оптимизации работы ВИЧ-службы является открытие сайтов АРТ на базе кабинетов доверия, которые сегодня специализируются исключительно на КиТ и профилактических консультациях. Важным позитивным фактором является то, что врачи КД более мотивированы к предоставлению этой услуги, возможно, за счет отсутствия стигматизации по отношению к ВИЧ-инфицированным пациентам. Так, по результатам логистической регрессии, вероятность согласия дополнительно вести пациентов на АРТ в 2,1 раза выше (95% ДИ: 1,178 – 3,754) у медработников, которые работают в центрах СПИДа и КД, чем у медработников, которые работают в других УЗ.

В большинстве областей, например, Черкасской, Одесской, Херсонской, работа по расширению сети сайтов АРТ уже ведется. Приоритетом является открытие сайтов при КД, расположенных в городах, удаленных от областных центров, или увеличение числа сайтов в крупных городах, например Днепре, Киеве, Одессе. Тем самым решается не только задача перераспределения обязанностей, но и ликвидации/снижения территориальных барьеров для обеспечения приверженности к лечению пациентов.

При этом следует учитывать, что открыть сайт АРТ в крупном городе, где есть центр СПИДа, проще как с организационной точки зрения, так и потому, что у медработников в таких городах меньше предубеждений против пациентов-ЛЖВ, они чаще демонстрируют готовность заниматься предоставлением АРТ. Так, по результатам логистической регрессии вероятность согласия дополнительно вести пациентов на АРТ в 2,1 раза выше (95% ДИ: 1,201 – 3,796) среди медработников, которые работают в городах, где есть центры СПИДа, чем там, где они отсутствуют.

В первую очередь следовало бы открывать новые сайты АРТ при кабинетах доверия, укомплектованных как минимум врачом-инфекционистом, имеющим опыт работы с ВИЧ-инфицированными пациентами, и медицинской сестрой. При этом оба медработника должны быть заняты в КД полный рабочий день. Более предпочтительными для открытия сайтов АРТ являются кабинеты, где работают на условиях 100%-занятости три специалиста: врач-инфекционист и две медсестры или медсестра и психолог (социальный работник). При этом на последних должны быть возложены обязанности по различным видам консультирования, включая пред- и послетестовое.



В кабинетах доверия или КИЗ, на базе которых в ближайшее время не планируется открытие сайтов АРТ, но есть специалист, проводящий послетестовое консультирование, при определенной подготовке он также мог бы предоставлять информационные услуги по вопросам АРТ и услуги по активной переадресации на сайт АРТ. Такое расширение функциональных обязанностей врача кабинета не приведет к значительному увеличению его трудовой нагрузки (на работу с каждым ВИЧ-инфицированным пациентом добавится в среднем не более 5 минут). В то же время предоставление данной услуги может стать весомым положительным фактором в противодействии эпидемии, т.к. будет содействовать своевременному началу лечения для большего числа новых пациентов, формированию их приверженности к правильному приему АРВП.

Есть определенные возможности передать услугу по ведению стабильных пациентов на АРТ медработникам других типов лечебных учреждений, которые принимали участие в исследовании, в т.ч.:

- медучреждения, предоставляющие первичную медико-санитарную помощь;
- тубдиспансеры;
- наркодиспансеры;
- кожвендиспансеры.

Однако, как свидетельствуют результаты исследования, сотрудники этих типов УЗ менее готовы к предоставлению этой услуги, чем сотрудники КД. С учетом этого, на первом этапе речь должна идти прежде всего о предоставлении консультационных услуг по вопросам АРТ, как и в случае КИЗов с ограниченным трудовым потенциалом.

Потенциальные вызовы, трудности

Делегирование обязанностей, связанных с ведением пациентов на АРТ, на уровне учреждений: от центров СПИДа врачам кабинетов доверия, ПТД, НД, КВД, центров ПМСП будет достаточно сложным для реализации процессом. В особенности в КВД и центрах ПМСП.

Судя по результатам исследований, это связано с рядом объективных и субъективных причин. Прежде всего - это высокая интенсивность труда медработников, ведущих амбулаторный прием, всех изучаемых типов УЗ. Доля незагруженного времени в структуре всего их рабочего времени составляет, по

Таблица 2. Структура затрат рабочего времени в разрезе видов деятельности, % времени

	Центры СПИДа	КД	ПТД	КВД	НД	ЦПМСП	Другие УЗ
Основная деятельность	71,4	73,2	60,5	75,1	72,9	66,7	68,8
Другая медицинская деятельность	0,9	1,5	1,1	1,4	0,9	0,9	2,9
Вспомогательная деятельность	3,3	4,4	9,9	7,7	5,6	5,5	5,7
Работа с документацией, не совмещенная с основной деятельностью	11,2	9,3	15,4	9,0	6,9	17,0	6,3
Служебные разговоры	3,0	3,1	3,4	1,8	2,7	2,6	3,6
Необходимое личное время	4,7	3,3	4,6	2,8	4,5	2,8	5,5
Незагруженное время	0,7	1,0	0,7	0,1	0,6	0,7	1,5
“Окна” между входом/уходом пациентов	1,0	1,0	1,6	1,2	1,1	2,1	2,1
Другая деятельность	1,3	2,1	1,6	0,9	1,2	0,6	2,7
Другие виды работ	2,4	1,3	1,2	0,0	3,7	1,0	0,9

результатам хронометража, от 0,1% в КВД до 1,5% в других учреждениях здравоохранения. Не выявлены значимые различия также по таким показателям как «необходимое личное время» (2,8% – КВД, ЦПМСП; 5,5% – другие УЗ), «окна между входом/уходом пациента» (1% – центры СПИДа, КД; 2,1% – ЦПМСП) (табл. 2).

Высокий уровень интенсификации труда медработников, прежде всего врачей, является следствием неукомплектованного штатного расписания, в особенности - нехватки медсестер во всех УЗ и врачей в центрах ПМСП. В таких условиях врачи вынуждены выполнять частично обязанности среднего медицинского персонала, работать на 1,5 – 2 врачебные ставки. Существует серьезная нехватка врачей-инфекционистов, особенно в небольших городах.

Следующий фактор, который следует учитывать, – это высокий уровень неприятия потенциальными предоставителями данной услуги. Около половины опрошенных врачей центров ПМСП (41%) и КВД (57%) заявили, что не согласятся на ведение больных на АРТ ни при каких условиях, среди медсестер уровень отказов составил: 66% в ЦПМСП и 42% – в КВД. Лишь меньше половины опрошенных (38%) готовы обсуждать возможность предоставления данной услуги при определенных условиях. При этом вероятность согласия дополнительно вести пациентов на АРТ в 2,8 раз выше (95% ДИ: 1,797–4,417) среди врачей, чем у медсестер.

Основными аргументами, высказанными медработниками во время ФГД, были:

- очень большая загруженность врачей и медсестер;
- забюрократизированная и сложная система отчетности по АРВ-препаратам;
- профессиональная некомпетентность;
- сомнения в возможности дополнительного материального стимулирования за предоставление данной услуги.

Также следует принять во внимание высокий уровень внутренней стигмы и дискриминации пациентов, живущих с ВИЧ. Среди многочисленных форм их проявления – категорическое нежелание получать медицинскую помощь «по месту жительства» из-за страха раскрытия их ВИЧ-статуса, опасений относительно недоброжелательного отношения к ним медработников неспециализированных УЗ, сомнений в уровне их компетентности.

Таким образом, внутреннее сопротивление со стороны как медработников – потенциальных предоставителей услуг, так и пациентов – их получателей, следует оценить как серьезное препятствие для реализации предложенной схемы.

Стимулы, необходимые для реализации схемы перераспределения

Медработники

По результатам формативного исследования, в качестве главного условия расширения перечня предоставляемых услуг ведением пациентов на АРТ заинтересованные в этом медработники называют увеличение заработной платы (62%). Желаемое повышение, по ответам респондентам, варьирует от 20 до 300%, наиболее популярные варианты: на 50% и 100% (их выбрали 34% опрошенных среди тех, кто готов предоставлять АРТ при определенных условиях). Несколько выше запросы – у медработников НД и КВД, относительно ниже – у сотрудников ПТД и центров ПМСП.

Значительно реже отмечались четыре других варианта: доплата за каждого пациента (24%), оформление медицинской страховки за счет УЗ (23%), бесплатное обучение по данной тематике (22%) и обеспечение средствами защиты (21%). Указанные стимулы большинство респондентов выбирали в пакете с главным условием (прямым увеличением заработной платы). Непопулярными среди медработников являются другие виды нематериального стимулирования, включая улучшение условий труда, более удобный график работы и отпусков и другие.

Администраторы

Судя по данным формативного исследования, руководители многих УЗ более лояльно, чем врачи и средний медперсонал, относятся к возможным инновациям в работе учреждений, включая внедрение схем перераспределения обязанностей и ведения пациентов на АРТ.

Наиболее оптимальной моделью, как показывает

формативное исследование, будет введение услуги по консультированию ВИЧ-инфицированных пациентов по вопросам АРТ в перечень уже предоставляемых услуг на базе кабинетов доверия. Такая деятельность будет реализовываться как исполнение приказа МЗ Украины от 25.02.2008 № 102 «О функционировании кабинетов «Доверия» с изменениями и дополнениями, внесенными приказом МЗ Украины № 509 от 21.07.2014 г. Этим приказом был расширен перечень полномочий и услуг, который им делегируется, включая консультирование по вопросам АРТ, проведение мониторинга здоровья ВИЧ-инфицированных пациентов, выдачу АРВП и др.

Позитивным стимулом будет выделение дополнительных ресурсов на формирование фонда оплаты труда УЗ, закупку компьютерной и оргтехники, лицензионного программного обеспечения, увеличение в бюджете УЗ размера статей, покрывающих другие первоочередные расходы на его функционирование (текущий ремонт, расходные материалы и другое).

Значительно сложнее будет реализовать проекты по открытию новых сайтов АРТ при центрах ПМСП или вменить предоставление услуги по ведению пациентов на АРТ другим специалистам. Последняя модель будет требовать принятия нового нормативно-правового акта, например, приказа МЗ Украины.

Направления и формат обучения

Исходя из данных формативного исследования, врачам и среднему медицинскому персоналу УЗ, которым будут делегированы обязанности по консультированию по вопросам АРТ, включая возможные побочные эффекты, формирование приверженности, компоненты мониторинга АРТ, необходимо прохождение тематического обучения по данным вопросам. Обучающая программа должна быть построена в соответствии с адаптированной клинической «настановой», основанной на доказательствах, «ВИЧ-инфекция у взрослых и подростков». Всех слушателей обучающих программ и мероприятий необходимо обеспечить кратким руководством/памяткой, которая будет содержать схему проведения консультирования по вопросам АРТ.

Не менее важной составляющей обучения должно стать формирование толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным пациентам.

Ресурсы, необходимые для реализации схемы перераспределения обязанностей

Административные

1. Разработка проекта, его обсуждение с привлечением всех заинтересованных сторон, и принятие нормативно-правового акта (например, приказа областного управления здравоохранения об открытии сайтов АРТ при ряде УЗ в регионе).
2. Проведение рабочей встречи руководителей ОГА с главными врачами УЗ, которые будут выбраны для проведения пилотного проекта.

Организационные

1. Адвокационно-информационная поддержка предполагаемых изменений (разработка информационных мероприятий при участии экспертов и пациентских НПО для пациентов, медицинских и социальных работников).
2. Организация тематического усовершенствования врачей и среднего медицинского персонала, которым будут делегированы обязанности по консультированию ВИЧ-инфицированных пациентов по вопросам АРТ, с вручением по его окончании соответствующих документов.
3. Внедрение системы премирования для медработников, которым будут делегированы дополнительные обязанности.
4. Организация супервизии со стороны высококвалифицированных врачей-инфекционистов для консультирования медперсонала, которому будут делегированы обязанности, связанные с консультированием ВИЧ-инфицированных пациентов по вопросам АРТ.

5. Обеспечение новых сайтов АРТ лабораторным оборудованием и расходными материалами для мониторинга состояния здоровья ВИЧ-инфицированных пациентов.
6. Разработка и издание краткого руководства/памятки, которая будет содержать схему проведения консультирования по вопросам АРТ. Такой памяткой необходимо обеспечить всех привлекаемых к предоставлению данной услуги медработников.
7. Детальный расчет расходов, связанных с подготовкой и реализацией данного механизма перераспределения, на базе конкретных лечебных учреждений.

Финансовые

Выделение ресурсов, которые необходимы для:

- Подготовки и визирования ведомственного приказа.
- Организации обучения медработников.
- Обеспечения УЗ необходимым лабораторным оборудованием и расходными материалами.
- Внедрения и реализации системы материального стимулирования медработников, которые будут брать на себя дополнительные обязанности, связанные с АРТ, в т.ч. для участников пилотных проектов.
- Реализации других организационных предпосылок.

Предполагаемые результаты

Увеличение числа УЗ, в которых будут предоставляться услуги, связанные с консультированием по вопросам АРТ стабильных пациентов, может существенно разгрузить врачей-инфекционистов центров СПИДа (до 13% времени, затрачиваемого ими на основную деятельность), позволит им во время амбулаторного приема больше времени уделять пациентам с наиболее сложными диагнозами, обеспечит рост приверженности к лечению пациентов, проживающих за пределами областных центров и крупных городов.

Схема 2: оптимизация процесса выдачи АРВП

В настоящее время выдача АРВП организована во всех центрах СПИДа и примерно половине кабинетов доверия. Как правило, в центрах СПИДа за организацию выдачи АРВ-препаратов отвечает средний медицинский персонал, например, главная медсестра.

В то же время данные хронометража свидетельствуют, что к выполнению данной функции привлекаются и врачи-инфекционисты. Такие факты были зафиксированы в двух из восьми центров СПИДа: Черкасском областном и Киевском городском. За 5 дней наблюдения врачи этих учреждений выдали препараты:

- 59 пациентам, на что было потрачено 288 мин. (или 13,6% всего рабочего времени) инфекционистом Черкасского областного центра СПИДа;
- 4 пациентам, на что было потрачено 20 мин. (или 1,1% всего рабочего времени) инфекционистом Киевского городского центра СПИДа.

Выдачу АРВ-препаратов практиковали врачи-инфекционисты во всех шести изучаемых кабинетах доверия, в т.ч. по городам:

- Белгород-Днестровский (42 случая, всего потрачено 320 мин., что составило 19,9% рабочего времени);
- Черкассы (8 случаев, 113 мин., 11% рабочего времени);
- Первомайск (35 случаев, 152 мин., 6,4%);
- Кривой Рог (11 случаев, 122 мин., 5,3%);
- Херсон (5 случаев, 80 мин., 6%);
- Канев (5 случаев, 17 мин., 1,8%).

Передавая функцию выдачи АРВ-препаратов от врачей среднему медицинскому персоналу, можно «высвободить» почти 14% всего рабочего времени у врача Черкасского областного центра СПИДа и более 8% у врачей кабинетов доверия, в т.ч. до 20% - у врача КД при Белгород-Днестровской ЦРБ, 11% - у врача КД при 1-ой Черкасской городской поликлинике.

Однако значительно больше времени на эту услугу затрачивают медсестры: 6,8% в центрах СПИДа и 10,1% в КД. По результатам формативного исследования, врачи занимаются выдачей препаратов, как правило, в случае отсутствия медсестры на рабочем месте. Чаще такие «подмены» практикуют в кабинетах доверия, где врач и медсестра вынуждены действовать по принципу взаимозаменяемости. Поэтому при нынешней законодательной базе и существующей практике работы с пациентами, получающими АРВ-терапию, серьезной экономии на возможном перераспределении данной функции достичь невозможно.

Как более перспективную модель следует рассматривать передачу услуги по выдаче АРВ-препаратов от медработников аптекам. Речь идет о выдаче препаратов в аптечной сети по специальным рецептам (по аналогии с инсулинами и другими жизненно важными лекарственными препаратами, закупаемыми за бюджетные средства).

Потенциальные вызовы, трудности

В ходе проведенных исследований не ставилась задача изучить готовность аптечной сети, прежде все речь идет о коммунальных учреждениях, принять на себя данную функцию. Исходя из опыта адвокации рецептурной формы выдачи ЗПТ, следует ожидать определенного сопротивления со стороны руководителей аптек. С ними необходимо строить конструктивный диалог, в котором важная роль отводится руководителям областных, городских и местных администраций.

Стимулы, необходимые для реализации схемы перераспределения

Лишь административное давление на аптечную сеть, скорее всего, будет неэффективным. Не менее важна разработка системы рыночных стимулов со стороны органов местной власти, которые бы, как минимум, компенсировали расходы, связанные с доставкой, хранением АРВП, их выдачей пациентам. В основном речь идет об эффективном перераспределении уже выделяющихся на логистику финансовых ресурсов. Требует дополнительного изучения вопрос о небольшой компенсации стоимости услуг аптеки со стороны пациентов. Последние (подавляющее большинство пациентов) смогут существенно сэкономить на проезде в центры СПИДа или КД, если смогут получать препараты в аптеках, расположенных по месту их жительства, как это практикуется в ряде стран. Вместе с тем, введение какой-либо оплаты будет вызывать серьезное недовольство со стороны пациентов, воспринимающих компенсацию услуг аптеки как введение платы за лечение, которое им гарантируется как бесплатное.

Направления и формат обучения

Оценка потребностей в обучении требует дополнительного операционного исследования и будет зависеть от окончательной модели передачи функции выдачи АРВП аптекам.

Ресурсы, необходимые для реализации схемы перераспределения обязанностей

Административные

1. Разработка проекта, его обсуждение с привлечением всех заинтересованных сторон, и принятие нормативно-правового акта (например, приказа Министерства здравоохранения Украины об обеспечении пациентов АРВ-препаратами через аптечную сеть по рецептам). При разработке нормативного акта следует изучить соответствующий опыт обеспечения АРВ-препаратами в других постсоветских странах и организацию выдачи ЗПТ в аптечной сети.
2. Проведение рабочей встречи руководителей ОГА с топ-менеджерами коммунальных аптек региона.

Организационные

1. Разработка пошагового порядка передачи выдачи препаратов от лечебных учреждений аптекам с четко определенными правами и обязанностями каждой из вовлеченных в процесс Сторон.
2. Разработка специального бланка рецепта, по которому будут выдаваться АРВП, с учетом того, что они для пациента буду бесплатными.
3. Внедрение электронной регистрации выдачи АРТ, включая разработку соответствующей формы отчетности, обучение персонала, который с ней буде работать, и т.п.
4. Адвокационно-информационная поддержка предполагаемых изменений (разработка информационных мероприятий при участии экспертов и пациентских НПО для пациентов, медицинских и социальных работников).
5. Организация мониторинга наличия и выдачи АРВ-препаратов пациентам в аптечной сети.

Финансовые

Выделение ресурсов, которые необходимы для:

- Проведения учебных мероприятий для аптечных работников.
- Закупки специальных рецептурных бланков для выписки АРВП центрами СПИДа и другими УЗ, которые обеспечивают лечение ВИЧ-инфицированных пациентов.

Предполагаемые результаты

При реализации указанной схемы перераспределения обязанностей по выдаче АРВП, можно «высвободить» у «среднестатистического» врача-инфекциониста центра СПИДа 2% всего рабочего времени, 6,8% - у медсестры, которая ему ассистирует, 8,4% - у врача-инфекциониста КД, 10,1% - у медсестры, которая ему ассистирует. Общая экономия рабочего времени ожидается еще большей, поскольку к выполнению данной операции привлекаются в отдельных учреждениях врачи-терапевты, психологи и социальные работники.

Безусловно все УЗ, которые перейдут на данную модель, будут иметь существенную экономию по использованию помещений, рабочего времени и финансовых затрат, связанных с приемом и хранением препаратов.

При реализации указанной схемы перераспределения средний медицинский персонал центров СПИДа и КД можно более активно задействовать для оказания консультаций по вопросам АРТ и формированию приверженности - услуг, которые они уже сегодня предоставляют, но в незначительном объеме.

Что не менее важно, реализация указанной схемы позволит значительно повысить географическую доступность антиретровирусной терапии пациентам.

ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ С ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Актуальность

Охват пациентов услугой ЗПТ как индикатор Общегосударственной целевой социальной программы противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу на 2014-2018 гг. выполнен в настоящее время лишь на 55%. Такой низкий уровень выполнения индикатора фиксируется в течение всего периода, начиная с 2008 г., т.е. с момента включения ЗПТ в национальную, а позже общегосударственные Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Еще ниже уровень фактического охвата данной услугой лиц, которые находились под диспансерным наблюдением с диагнозом "зависимость от опиоидов" (около 21% по состоянию на 01.01.2016[1,2,3]. Этого явно недостаточно, чтобы остановить эпидемию ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков. По рекомендациям международных организаций, этот показатель должен достигать 40% и выше.

До настоящего времени ни разу не состоялись государственные закупки препаратов для потребностей ЗПТ из-за недофинансирования общегосударственных программ и отсутствия политической воли. Актуальными остаются проблемы территориальной недоступности ЗПТ, социализации принимающих ее пациентов, низкого охвата рецептурной формой ЗПТ.

В то же время ключевой вопрос об обеспечении финансовой устойчивости программы ЗПТ в Украине решен: впервые в государственном бюджете на 2017 г. предусмотрено финансирование ЗПТ, есть готовность выделять средства со стороны органов местной власти и международных доноров.[4] Существуют необходимые нормативно-правовые и организационные предпосылки для расширения числа сайтов ЗПТ.

В связи с этим предлагается расширение сети учреждений здравоохранения, предоставляющих заместительную поддерживающую терапию.

1 Без учета пациентов в АР Крым, на неподконтрольных территориях Донецкой и Луганской областей.

2 ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 45. – С. 36. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://ucdc.gov.ua/uploads/documents/c21991/965cf18b2c7ecaa8c430e6965a0846cb.pdf

3 Інформація щодо кількісних та якісних неперсоніфікованих характеристик пацієнтів ЗПТ станом на 1.09.2016. Режим доступа: http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/opioid_addiction/stat-docs

4 Спільний наказ МОЗ і МФ від 21.10.2016 р. №1128/888 «Про внесення зміни до паспорта бюджетної програми на 2016 рік»

Схема: расширение сети мотивированных предоставителей ЗПТ

Исходя из существующих вызовов и концепции реформирования здравоохранения, наиболее перспективным направлением расширения данной услуги, является открытие сайтов ЗПТ прежде всего при центрах первичной медико-санитарной помощи, а также при районных консультативно-диагностических центрах, центральных районных больницах. Они могут функционировать в виде таких моделей:

- Организация выдачи препаратов силами одной медсестры под контролем нарколога уже действующих сайтов. Создание таких «филиалов» на местах направлено на эффективное перераспределение пациентов со стажем уже существующих крупных сайтов. Это позволит за счет высвободившихся на них мест увеличить число новых пациентов, обеспечить для новичков надлежащие консультирование и наблюдение, снизит временные и финансовые затраты пациентов, связанные с ежедневным посещением сайтов на базе специализированных учреждений, а значит, приблизит услугу к пациенту.
- Сайт, где препараты можно получать на месте и по рецепту. Штатным расписанием такого сайта должны быть предусмотрены должности врача-нарколога и медицинской сестры. В функции первого входят все виды консультативной помощи, включая назначение

ЗПТ, корректировку дозы, контроль за состоянием здоровья пациента, выдачу рецептов для получения препаратов ЗПТ в аптечной сети. Медицинская сестра организует выдачу препаратов, контроль за их приемом, ведение сопроводительной документации.

- Обеспечение ЗПТ исключительно в рецептурной форме. Такой вид медицинской помощи может предоставлять любой врач, успешно прошедший техническое усовершенствование по заместительному поддерживающему лечению, например, врач общей практики - семейный врач, терапевт и др. Наиболее актуальна организация такой услуги для пациентов, которые уже длительное время получают ЗПТ и переведены врачом сайта ЗПТ на рецептурную форму получения терапии. Такая организация ЗПТ является наиболее экономичной и простой моделью работы.

Потенциальные вызовы, трудности

Открытие новых сайтов ЗПТ при центрах ПМСП, ЦРБ, районных консультативно-диагностических центрах и делегирование врачам общей практики – семейной медицины (семейным врачам) обязанности ведения пациентов, получающих заместительное поддерживающее лечение, включая выдачу рецептов и контроль за использованием препаратов, представляется достаточно непростой для выполнения задачей.

Судя по результатам исследований, это связано с рядом объективных и субъективных причин. Среди первых обратим внимание на высокую интенсивность труда медработников, ведущих амбулаторный прием в центрах ПМСП. Доля незагруженного времени в структуре всего их рабочего времени составляет, по результатам хронометража, от 0,5% у терапевта до 1,1% у семейного врача. Об отсутствии значимых резервов свидетельствуют и такие показатели как «необходимое личное время» (4,1% у терапевта, 3,7% – семейного врача), «окна между входом/уходом пациента» (1,6% у терапевта, 2,4% – семейного врача).

Высокий уровень интенсификации труда врачей часто является следствием неукомплектованного штатного расписания, в особенности - нехватки медсестер, а также низких тарифных ставок, на основе которых рассчитывается их оплата труда. В таких условиях врачи вынуждены выполнять частично обязанности среднего медицинского персонала, работать на 1,5 – 2 врачебные ставки.

Следующий фактор, который следует учитывать, – это самый высокий уровень неприятия потенциальными предоставителями данной услуги из всего ВИЧ-сервиса. Не смотря на успешную организацию работы сайтов ЗПТ на базе ряда центров ПМСП, включая УЗ, где проводился опрос, более половины опрошенных медработников, занятых в ЦПМСП (64%), заявили, что не согласятся вести пациентов на ЗПТ ни при каких условиях. Их основные аргументы, как свидетельствуют ФГД, сводятся к нежеланию работать с наркотическими препаратами, оборот которых подлежит строгому контролю и отчетности. Достаточно распространены среди медицинского персонала стереотипы, предубеждения и опасения в отношении пациентов с наркотической зависимостью.

Лишь один из четырех опрошенных медработников, занятых в ЦПМСП (26%), готов обсуждать возможность предоставления данной услуги при определенных условиях, остальные 10% респондентов уже предоставляют ее.

Значимыми препятствиями для расширения ЗПТ является также сильное сопротивление (сознательное или в силу непонимания важности, плохой информированности) на различных уровнях: в т.ч. лиц, принимающих политические решения, решения о распределении национального и местных бюджетов, руководителей силовых структур, отвечающих за обеспечение общественного порядка, представителей третьего сектора, деятельность которых далека от ВИЧ-сервиса, прежде всего религиозных общин, «неравнодушной» общественности, как правило, из числа лиц пожилого возраста и т.п.

Как показал опыт расширения рецептурной формы ЗПТ, большинство аптек также неохотно подключаются к данной программе. Их руководители либо вообще отказываются выдавать по рецептам бесплатные препараты ЗПТ, либо крайне ограничивают время их выдачи, например, утренними часами. В то же время препараты ЗПТ за деньги пациентов реализуются аптеками беспрепятственно, что свидетельствует не столько о предубежденном отношении руководителей аптечных учреждений к самой ЗПТ, сколько об отсутствии бизнес-интереса к выдаче бесплатных препаратов.

Стимулы, необходимые для реализации схемы перераспределения

Медработники

По результатам формативного исследования, главным стимулом работать с пациентами, получающими ЗПТ, для медработников является увеличение заработной платы. Из 22% респондентов, готовых рассмотреть такую возможность, 21% указали именно это условие. Значительно реже (9%) респонденты согласятся предоставлять ЗПТ, если будет введена доплата за каждого пациента, 9% – если будет оформлена медстраховка за счет работодателя, 8% – дополнительное бесплатное обучение. При этом опрошенные могли указать несколько условий.

Администраторы

В контексте реформирования системы здравоохранения, которое начато в Украине, руководители лечебных учреждений, особенно предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, экономически заинтересованы в привлечении новых пациентов и удержании старых. Т.е. финансирование УЗ все в большей степени зависит от количества обслуживаемых пациентов, включая частоту получения ими медицинских услуг. В этом плане пациенты, получающие ЗПТ, являются для администраторов достаточно привлекательной категорией, с которой выгодно работать. Преимуществами для принятия решения администраторами могли бы стать высокий уровень удержания пациентов на ЗПТ (почти 80% в настоящее время) и уже апробированный четкий алгоритм работы с ними. Благодаря этому руководители УЗ смогут достаточно точно спланировать рабочую нагрузку врача и/или среднего медицинского персонала на длительный период.

Направления и формат обучения

Специальная подготовка медицинского персонала по вопросам ЗПТ остается достаточно слабым звеном с точки зрения перспектив увеличения числа предоставителей данной услуги. Проблема заложена в существующей системе подготовки молодых специалистов. На сегодняшний день в медицинских ВУЗах не ведется подготовка интернов по специальности «наркология». Ее осваивают, как правило, врачи, получившие квалификацию «психиатр» и прошедшие дополнительный курс тематического усовершенствования в академии последипломного образования. Число курсов по наркологии, где бы в необходимом объеме рассматривались вопросы ЗПТ, крайне ограничено, читаются нерегулярно.

Вопросы ЗПТ не включены в основную программу медицинских колледжей, которые готовят средний медицинский персонал.

Многие врачи-наркологи и медсестры действующих сайтов ЗПТ прошли специальную подготовку на обучающих мероприятиях, организованных МБФ «Альянс общественного здоровья», другими международными организациями и проектами. В то же время статус получаемых документов о прохождении таких тренингов недостаточен для получения медицинскими работниками более высокого уровня квалификации, в соответствии с которым ведется расчет их заработной платы.

Качественно новым уровнем в подготовке специалистов-наркологов могло бы стать открытие первой кафедры наркологии на базе одной из ведущих государственных наркологических клиник.

При подготовке специалистов для расширения сайтов ЗПТ следует также учитывать, что определение необходимости в ЗПТ и ее назначение проводит врач-нарколог. Дальнейшее ведение таких пациентов может быть передано семейным врачам, терапевтам. Для подготовки последних достаточно успешного прохождения тренинга по вопросам ЗПТ с фокусом на ее рецептурную форму.

Актуальной является подготовка к работе на сайтах медицинских сестер, включая изучение ими вопросов получения, хранения, отпуска препаратов ЗПТ, контроля за состоянием пациентов, ведения документации и др. Не менее важной составляющей обучения должно стать формирование толерантного отношения к наркозависимым пациентам, лучшего понимания их особых нужд, формирование навыков оценки их потребностей в других ВИЧ-услугах.

Ресурсы, необходимые для расширения числа предоставителей ЗПТ

Административные

1. Получение УЗ лицензии на предоставление ЗПТ от соответствующего компетентного органа (в случае ее отсутствия).
2. Подготовка приказа регионального управления здравоохранения об открытии сайта ЗПТ на базе конкретного УЗ и его обеспечении препаратами ЗПТ.

Организационные

1. Оценка потребности в ЗПТ потенциальных пациентов.
2. Организация тематического усовершенствования врачей и среднего медицинского персонала, которым будут делегированы обязанности по ведению пациентов на ЗПТ, включая выдачу препаратов.
3. Внедрение системы премирования для медработников, которым будут делегированы дополнительные обязанности, или пересмотр штатного расписания УЗ.
4. Обеспечение сайта заместительными препаратами.
5. Организация супервизии со стороны – высококвалифицированных врачей наркологов для консультирования медперсонала, которому будут делегированы обязанности, связанные с ведением пациентов на ЗПТ.
6. Выделение подходящего для работы сайта ЗПТ помещения, в котором можно будет организовать выдачу заместительных препаратов, его оснащение.

Финансовые

Выделение ресурсов, которые необходимы для:

- Проведения учебных мероприятий для медработников.
- Обеспечения необходимой материально-технической базы УЗ, при которых будут открыты сайты, включая обеспечение выделенного кабинета необходимой мебелью и оргтехникой, подключение сигнализации и интернета, установку решеток на окна.
- Внедрения и реализации системы премирования медработников, которые будут брать на себя дополнительные обязанности, связанные с ЗПТ, или увеличение числа ставок врача и/или медсестры – и соответствующее увеличение или перераспределение фонда оплаты труда УЗ с учетом нагрузки персонала, связанного с предоставлением ЗПТ.
- Реализации других организационных предпосылок.

Предполагаемые результаты

Увеличение числа сайтов ЗПТ при центрах ПМСП, ЦРБ, районных консультативно-диагностических центрах, может:

1. Существенно разгрузить уже функционирующие большие сайты при специализированных учреждениях (прежде всего при НД), уменьшить на них ежедневные очереди.
2. Увеличить территориальную доступность лечения для пациентов, проживающих за пределами областных центров и крупных городов.
3. Сократить время и регулярные денежные расходы пациентов, связанные с поездками на сайт, что может содействовать их социализации и трудоустройству.
4. В случае увеличения финансирования на закупку курсов ЗПТ – создаст необходимые предпосылки для привлечения на сайты новых пациентов.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Формат: 216x279мм
Ум.друк.арк: 32.01.
Тираж: 50 шт.

Проект USAID «Реформа ВИЧ–услуг в действии»
www.hivreforminaction.org
www.facebook.com/HIVReformUA/

АНАЛИЗ РАБОЧЕЙ НАГРУЗКИ, МОТИВАТОРОВ И СТИМУЛОВ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ВИЧ-УСЛУГИ В СЕМИ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Киев – 2016