

Ключевые тезисы вебинара «Управление командой отделения: как распределить роли между заведующим, медсёстрами и HR-службой»

Уважаемые коллеги!

Делимся с вами ключевыми тезисами прошедшего вебинара, посвящённого практическим аспектам управления командой в медицинской организации. Эксперты ЦНИИОИЗ разобрали вопросы наставничества, командной работы, пациентского опыта, перераспределения функций и актуальных изменений в законодательстве.

Актуальные требования законодательства

Отраслевое законодательство постоянно обновляется, и руководителям с HR-специалистами важно своевременно отслеживать изменения, чтобы выстраивать корректную работу медицинской организации.

Среди ключевых документов последнего времени:

- Приказ Минздрава от 27.10.2025 № 642н «Об утверждении порядка применения клинических рекомендаций» — клинические рекомендации обязательны к применению;
- Федеральный закон от 28.02.2025 № 28-ФЗ — ограничения на дистанционное обучение медицинских и фармацевтических работников;
- Постановление Правительства РФ от 31.10.2025 № 1706 — эксперимент по подписанию информированного добровольного согласия электронной подписью в Москве.

Наставничество в здравоохранении: нормативная база

Новые требования затронули и институт наставничества. В 2024-2026 годах наставничество в здравоохранении получило прочную правовую основу.

Ключевые документы:

- Федеральный закон от 09.11.2024 № 381-ФЗ — введение статьи 351.8 ТК РФ «Особенности регулирования труда работников, выполняющих работу по наставничеству в сфере труда»;
- Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ — наставничество для выпускников после первичной и первичной специализированной аккредитации (статья 69, 323-ФЗ);
- Приказ Минздрава от 05.03.2026 № 167н — Положение о наставничестве в сфере здравоохранения (требования к наставникам: стаж от 5 лет, письменное согласие);
- Приказ Минздрава от 05.03.2026 № 166н — перечень специальностей и сроки наставничества (1-3 года).

Наставничество становится инструментом адаптации молодых специалистов, удержания кадров и передачи профессионального опыта.

Формирование эффективной команды

Наставничество — это часть более широкой задачи: формирования эффективной команды. Коллектив — это сотрудники, выполняющие свои функции. Команда — союз специалистов с общей целью и взаимной ответственностью за результат. Сильную команду отличают чёткие роли, психологическая безопасность, конструктивное управление конфликтами и обратная связь.



Для диагностики командной работы применяется метод «Пять пороков команды», который помогает выявить зоны роста: недоверие, боязнь конфликта, безответственность, нетребовательность, безразличие к результату.

Четыре аспекта повышения командности:

- Обеспечение психологической безопасности: сотрудники не боятся ошибиться, лидер первым признаёт ошибки и поощряет инициативу;
- Выстраивание коммуникаций: фиксируются правила выполнения функций и передачи информации, проводится каскадирование стратегии;
- Конструктивное управление конфликтами: поощряется спор об идеях, применяется правило «отделять людей от проблемы»;
- Развитие лидерства: руководитель выступает наставником, защищает команду, обеспечивает ресурсами и устраняет барьеры.

Пациентский опыт на уровне отделения

Слаженная команда напрямую влияет на пациентский опыт. Пациент оценивает не абстрактную систему, а конкретный контакт на уровне отделения. Именно здесь требования медицинской организации превращаются в реальный опыт человека. Заведующий и старшая медсестра управляют этим опытом через локальные правила коммуникации, а средний медицинский персонал выступает основным контактным слоем.

Принципы работы с обратной связью:

- Профилактика конфликтов на уровне отделения как основа работы с пациентским опытом;
- Сбор естественной обратной связи: замечать благодарность, уточнять детали, предлагать простые каналы связи (QR-код, книга благодарностей);
- Системная передача информации руководству для улучшения процессов;
- Принцип «парковки жалоб»: решение вопросов внутри организации без передачи наверх без попытки решения.

Перераспределение функций

Для того чтобы команда работала продуктивно, важно правильно распределить роли. Врач должен заниматься диагностикой и лечением, поэтому часть административных задач необходимо передать среднему и немедицинскому персоналу. Это высвобождает до 30% времени врача, которое посвящается работе с пациентом.

Модель перераспределения:

- От врача: ведение паспорта участка, подготовка списков для диспансеризации, санитарно-просветительская работа;
- От медсестры: получение результатов исследований, оформление экстренных извещений, регулирование потока пациентов;
- К администратору: организация приёма, информирование пациентов, работа с документацией.

Для заведующего отделением это означает возможность перестроить работу команды так, чтобы каждый сотрудник занимался тем, что соответствует его квалификации. Врач фокусируется на пациентах, медсёстры берут на себя координацию и организационные задачи, администраторы разгружают всех от рутинной работы, которая не требует участия медицинского персонала.



В результате отделение работает эффективнее, пациенты получают помощь быстрее, а нагрузка распределяется равномерно.

Практический опыт регионов

1. Сургут (ХМАО-Югра): оптимизация работы с диспансерными пациентами

В 2025 году в двух крупных поликлиниках Сургута был реализован проект по перераспределению функций при диспансерном наблюдении. Предварительный анализ показал серьёзные проблемы: 59% медицинских организаций превышали сроки записи к терапевту участковому, а доступность записи составляла 9–10 дней.

Для решения проблемы был разработан регламент перераспределения потоков пациентов. Выделили отдельный кабинет с рабочими местами для медицинских сестёр, которые получили возможность самостоятельно открывать амбулаторные карты, записывать пациентов на необходимые исследования и сразу на приём к врачу с учётом сроков готовности результатов. Разработали речевой модуль для контакт-центра и провели информационную работу с пациентами и врачами.

Ключевой механизм — медсёстры стали брать на себя организационную часть работы с диспансерными пациентами, освобождая врачей для коррекции лечения. За шесть месяцев доступность записи к терапевту сократилась с 9-10 дней до 3, освобождено более 3000 слотов в месяц, что позволило попасть на прием тем пациентам, которым действительно нужна консультация врача. Проект не потребовал дополнительных кадровых и финансовых затрат, а врачи-терапевты выразили готовность распространить модель на других врачей-специалистов (кардиологов, неврологов).

2. ХМАО: закрытие листков нетрудоспособности через мессенджер Макс

В ХМАО проанализировали обращения пациентов и выявили, что 70% визитов к врачам связаны с ОРВИ у молодого населения. Этот поток перевели на возможность дистанционного закрытия листков нетрудоспособности через мессенджер Макс.

Механизм работы: фельдшер обзванивает пациентов в день, предшествующий повторному визиту, уточняет самочувствие. Если состояние нормальное — информация передаётся врачу, и врач закрывает листок нетрудоспособности дистанционно. Если есть подозрения на осложнения — пациент приглашается на очный приём. Это позволило разгрузить врачей от рутинных повторных приёмов и сократить очереди для пациентов, которым действительно нужна очная консультация.

