Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

На правах рукописи

Агамов Загир Хидирович

Организационные технологии совершенствования первичной медико-санитарной помощи взрослому населению при переходе к общей врачебной практике в условиях крупного города

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
Какорина Екатерина Петровна
доктор медицинским наук, профессор

Москва – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 18
1.1. Роль первичной медико-санитарной помощи в здравоохранении на современном этапе 18
1.2. Организация первичной медико-санитарной помощи в городе Москве: 23
особенности, новые формы, влияние пандемии 23
1.3. Нормативные правовые аспекты организации общей врачебной практики и её состояние на современном этапе 35
1.4. Телемедицинские технологии и их роль в первичном звене здравоохранения 48
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 62
2.1. Характеристика базы исследования 62
2.2. Этапы и методы исследования 63
ГЛАВА 3. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ 91
3.1. Тенденции основных медико-демографических показателей 91
3.2. Особенности заболеваемости взрослого населения 100
ГЛАВА 4. РЕСУРСЫ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ 110
4.1. Кадровое обеспечение системы здравоохранения 110
4.2. Динамика объемов первичной медико-санитарной помощи 126
4.3. Сроки ожидания первичной медико-санитарной помощи 134
ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ПОСЕЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТАМИ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ МОСКВЫ 143
5.1. Структура посещаемости пациентами городской поликлиники в оценках врачей первичного звена 143
5.2. Структура посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, и её динамика 144
5.2.1. Посещения, связанные с оформлением льготных рецептов 151
5.2.2. Посещения, связанные с подготовкой пациентов, при направлении на медико-социальную экспертизу 158
5.2.3. Посещения, связанные с подготовкой пациентов при направлении на санаторно-курортное лечение 163
5.2.4. Посещения, связанные с получением медицинских справок и заключений 171
5.2.5. Посещения, связанные с оформлением направлений 175

5.3. Мнения врачей и пациентов по проблемным аспектам посещаемости и совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи в городской поликлинике 176

ГЛАВА 6. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ 192

6.1. Квалификационные характеристики и трудовые функции врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) 192

6.2. Сравнительный анализ трудовых функций врачей и среднего медицинского персонала 201

6.3. Потребность в консультациях врачей-специалистов у врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) 203

ГЛАВА 7. ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ) 206

7.1. Результаты анализа мнений пациентов к внедрению телемедицины 206

7.2. Результаты анализа мнений врачей к внедрению телемедицины 216

7.3. Оценка потенциала использования телемедицинских технологий 222

ГЛАВА 8. РАЗРАБОТКА, АПРОБАЦИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ 225

8.1. Образовательная технология для врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых 225

8.2. Опыт внедрения телемедицинских технологий 234

8.3. Оптимизация маршрутизации пациентов 243

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 261

ВЫВОДЫ 273

ПРЕДЛОЖЕНИЯ / ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 277

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ 279

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 280

Приложение А. Форма для регистрации врачами на приемах посещений для получения справки или медицинского заключения 335

Приложение Б. Форма для регистрации врачами на приемах посещений для получения направлений 336

Приложение В. Анкета пациента 337

Приложение Г. Анкета врача 339

Приложение Д. Индикативные и фактические показатели реализации государственных программ, РФ, Москва, 2012-2020 гг. 342

Приложение Е. Динамика общей заболеваемости взрослого населения г. Москвы по классам болезней (на 1000 нас.), 2012–2022 гг. 343

Приложение Ж. Динамика общей заболеваемости взрослого населения РФ по классам болезней, 2012–2022 гг. 345

Приложение И. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения г. Москвы по классам болезней, 2012-2022 гг. 347

Приложение К. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения РФ по классам болезней, 2012-2022 гг. 349

Приложение М. Занятые должности врачей-специалистов, их дефицит/избыток, ГП № 115 ДЗМ, 2013-2022 гг. 352

Приложение Н. Динамика объемов оказываемой медицинской помощи в г. Москве, 2012-2022 гг. 353

Приложение П. Динамика объемов оказываемой медицинской помощи в ГП № 115 ДЗМ, 2012-2022 гг. 354

Приложение Р. Контингент обратившихся в центры здоровья – взрослые от 18 лет и старше, 2014–2019 гг. 355

Приложение С. Чек-лист медицинской сестры для опроса пациента по телефону 356

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Одним из приоритетных направлений государственной политики Российской Федерации в целях устойчивого социально-экономического развития, является сохранение и укрепление здоровья населения[1]. Ведущая роль в этом принадлежит системе здравоохранения, главной задачей которой является повышение доступности и качества медицинской помощи.

Вопросы доступности и качества медицинской помощи неоднократно затрагивались Президентом Российской Федерации, при этом подчеркивалась приоритетность развития первичной медико-санитарной помощи: «…финансовые ресурсы должны сработать с высокой отдачей и результативностью. Это особенно важно для модернизации первичного звена здравоохранения..., главный критерий - не цифры в отчетах, а конкретные, видимые, ощутимые изменения в доступности и качестве медицинской помощи»[2].

Советом при Президенте по стратегическому развитию и национальным проектам, утверждены положения о включении в национальный проект «Здравоохранение» мероприятий, предусмотренных региональными программами модернизации первичного звена здравоохранения и установлен целевой показатель, характеризующий удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, а также мониторинг достижения этого показателя[3]. Наряду с этим поручено ускорить создание цифрового профиля здоровья гражданина, внедрение технологий искусственного интеллекта и телемедицины в деятельность медицинских организаций, в том числе, с учетом опыта медицинских организаций

---

[1] Указ о национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года // Президент России. Официальный сайт. – 2024, 7 мая. - http://www.kremlin.ru/events/president/news/73986

[2] Послание Президента России Федеральному собранию Российской Федерации // Президент России. Официальный сайт. – 2023, 21 фев. - http://kremlin.ru/events/president/news/70565

[3] Перечень поручений по итогам заседания Совета по стратегическому развитию и национальным проектам // Президент России. Официальный сайт. – 2022, 15 дек. - http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/70412

г. Москвы, а также представить предложения по усилению мотивации медицинских работников медицинских организаций первичного звена здравоохранения к улучшению качества и доступности медицинской помощи населению[1].

Первичная медико-санитарная помощь (далее ПМСП) является одним из наиболее востребованных видов медицинской помощи, что обусловлено её высокой доступностью и широкими возможностями в обеспечении необходимой помощи. Эффективная организация ПМСП имеет решающее значение для удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи (Кича Д. И., 2004; Гайдаров Г. М., 2005; Денисов И. Н., 2007; Гильманов А. А., 2008; Михайлова Ю. В., 2009; Байда А. П., 2010; Щепин В. О., 2011; Гриднев О. В., Абрамов А. Ю., Люцко В. В., 2014; Хабриев Р. У., Линденбратен А. Л., Комаров Ю. М., 2014; Стародубов В. И., 2016; Найговзина Н. Б., 2019; Решетников В. А., Сквирская Г. П., 2020; Волнухин А. В., 2021; Калининская А. А., 2022; Какорина Е. П., 2022; Сон И. М., 2023; Аксенова Е. И. и др., 2024).

Разность в социально-экономическом развитии регионов, глобализация, миграция экономически активного населения привели к росту численности населения крупных городов, что обусловлено возможностями, которые предоставляют крупные города, связанные с высоким уровнем доходов, доступа к более качественному образованию, социальным услугам, здравоохранению. Уровень урбанизации в России на 1 января 2022 года составил 74,8% (в городах проживали 108,9 млн. человек): в городах с населением свыше миллиона человек проживало более 21% россиян, а с населением более полумиллиона – 31%[2]. Урбанизация обостряет проблемы доступности и качества медицинской помощи растущему населению и накладывает ответственность на органы управления по её обеспечению, особенно в первичном звене здравоохранения (Маланиченва Н. А., 2011; Карайланов М. Г., 2016, 2023; Карачурина Л. Б., 2018; Анохин А. А., 2019; Вартанова М. Л., 2021).

[1] Перечень поручений по итогам заседания Совета по стратегическому развитию и национальным проектам // Президент России. Официальный сайт. – 2021, 15 дек. - http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/67600

[2] https://rosstat.gov.ru/

Для городов Российской Федерации характерна высокая обеспеченность врачами – более 45 на 10 тыс. населения (для сельской местности - 13,6) с более высоким уровнем обеспеченности врачами-специалистами и низким уровнем обеспеченности врачами участковой службы. Несмотря на это, сохраняющийся дефицит медицинских кадров не позволяет обеспечить равные доступность и качество медицинской помощи для всех категорий населения (Стародубов В. М. с соавт. 2010; Гайдаров Г. М., Макаров С. В., 2020; Руголь Л. В., Сон И. М., Гажева А. В., 2019; Чернышев В. М. с соавт., 2022; Карпова О. Б., 2022; Ходакова О. В., 2023; Домнич Е. Л, 2024).

С реализацией государственных программ и федеральных проектов по развитию здравоохранения, ПМСП в последние годы получила интенсивное развитие, однако в первичном звене здравоохранения сохраняются проблемы, решение которых должно лежать в основе оптимизации данного вида медицинской помощи.

В настоящее время, при оказании ПМСП наблюдаются её фрагментарность и разрозненность; неудовлетворительный уровень её доступности и качества, связанные с недостаточным кадровым обеспечением, особенно участковой службы; высокая нагрузка на врачей, недостаточный уровень квалификации медицинских работников и их мотивации; слабая профилактическая деятельность; переход на подушевой принцип оплаты медицинской помощи не привел к укреплению первичного звена здравоохранения, в отсутствие экономической мотивации медицинских организаций; не получили должного развития стационарозамещающие технологии, призванные компенсировать сокращение коек, ввиду низких тарифов на оплату медицинской помощи. Несмотря на полученный ранее в ряде регионов положительный опыт, система общей врачебной практики не способствовала укреплению роли участкового врача в первичном звене, по-прежнему ПМСП оказывается в основном врачами-терапевтами участковыми (Гриднев О. В., 2015; Решетников А. В., 2015; Карайланов М. Г., 2016; Гришина Н. К., 2017; Улумбекова Г. Э., 2018; Гиллан У., 2019; Линденбратен А. Л., 2019; Хальфин Р. А., 2020; Шевский В. И., Шейман И. М., 2021; Шарапова О. В., 2022;

Калининская А. А., 2022; Ходакова О. В., 2023; Нечаев В. С., 2023; Волнухин А. В, Сквирская Г. П., 2024).

Наряду с этим, нормативная правовая база, регламентирующая работу первичного звена здравоохранения, недостаточно адаптирована к особенностям и требованиям современного общества, а организационные технологии оказания ПМСП не соответствуют растущим потребностям населения в оказании медицинской помощи. Это привело к противоречиям в работе амбулаторного сектора здравоохранения, в том числе, между устаревшими нормативами по труду и потребностями населения в медицинской помощи; увеличенным объемом работы и снижением численности медицинских кадров; требуемым качеством медицинской помощи и уровнем финансового обеспечения (Доютова М. В., 2012; Стародубов В. И., 2016; Шипова В. М., 2016, 2019; Сон И. М., 2018; Шейман И. М., 2019; Пивень Д. В., 2020; Смышляев А. В., 2021; Стародубов В. И., Кадыров Ф.Н., Обухова О. В., 2023; Шепель Р. Н, Савченко О. М., Драпкина О. М., 2024).

Степень научной разработанности темы исследования

Поиск организационных технологий здоровьесбережения и разработки путей совершенствования оказания ПМСП остаются предметом исследований на протяжении многих лет (Гайдаров Г. М., 2005; Гильманов А. А., 2007; Комаров Ю. М., 2008; Байда А. П., 2010; Иванов М. В., 2011; Бойцов С. А., 2013; Власов В. В., 2013; Степчук М. А., 2014; Стародубов В. И., 2016; Вялков А. И., 2017; Карайланов М. Г., 2018; Кича Д. И., Фомина А. В., 2020; Шевский В. И., 2020; Перхов В. И., 2020; Сквирская Г. П., Волнухин А. В., 2020; Калининская А.А., 2021; Щепин В. О., 2021; Коновалов О. Е., 2022; Нечаев В. С., 2023; Хабриев Р. У., 2024).

Так, по данным ряда исследований (Лалабекова М. В., 2017; Концевая А. В., 2020; Баянова Н. А., 2022), получены теоретические знания о предотвратимых потерях общественного здоровья населения, связанных с территориальной, кадровой, организационной, социальной доступностью ПМСП; разработаны показатели и организационные технологии осуществления мониторинга и прогнози-

рования деятельности медицинских организаций первичного звена здравоохранения; сформированы механизмы совершенствования ПМСП, в том числе за счет развития общих врачебных (семейных) практик (Кича Д. И., 2004; Денисов И. Н., 2007; Боженко Д. П., 2010; Иванов М. В., 2011; Стародубов В. И., 2016; Сон И. М. и др., 2017; Калининская А. А. и др., 2018; Бримкулов Н. В., 2018; Сон И. М., 2019). Научно обоснованы необходимость пересмотра норм времени на посещение пациентами врачей и определение численности врачей, оказывающих ПМСП; показана высокая нагрузка на врачей первичного звена, которые затрачивают значительную долю рабочего времени на работу с медицинской документацией; определена необходимость распределения потоков пациентов в поликлиниках (Доютова М. В., 2012; Кочубей А. В., 2015; Люцько В. В., 2019; Шипова В. М., 2019; Прокофьева Е. С., 2021; Брынза Н. С., 2022). Предложены эффективные способы оплаты ПМСП (Флек В. О., 2011; Нагибин О. А., Зотов В. В., 2013; Стародубов В. И.; Саитгареев Р. Р., 2018; Кадыров Ф. Н., 2019; Борисенко О. В., 2021; Омельяновский В. В., 2023). Выявлены проблемы преемственности в работе медицинских организаций по оказанию ПМСП и службы скорой медицинской помощи (Щепин В. О., Миргородская О. В., 2012; Верткин А. Л., 2017; Шляфер С. И., 2019; Шипова В. М., 2019; Линденнбратен А. Л., 2020). Рассматривались вопросы организации новых структурных подразделений в поликлиниках и их эффективность (Шляфер С. И., 2004; Кузенко П. И., 2014; Безымянный А. С., Хальфин Р. А., 2015; Значкова Е. А., 2016; Журавлев А. В. 2017; Искандаров И. Р., 2019; Щепилина Е. С., 2020; Атаева Н. Б., 2021; Карайланов М. Г., 2022). Предложены способы повышения эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, с помощью внедрения принципов бережливого производства, повышения мотивации медицинских кадров, решения проблем комплаентности пациентов, повышения уровня компетенций руководящего персонала (Алексеева А. В., 2018; Карайланов М. Г., 2018; Елисеева Е. В., 2019; Решетников А. В., 2019; Абрамов А. Ю., 2020; Хубутия М. Ш., 2020; Бреусов А. В., Михайлова Ю. В., 2022; Берсенева Е. А., 2022; Шукуров М. Р., Коновалов О. Е., Саурина О. С., 2023; Фомина А. В., 2024). С учетом развития

информатизации, ставятся вопросы о внедрении автоматизированных систем поддержки принятия решений, телемедицинских технологий и искусственного интеллекта (Шадеркин И. А., 2019; Драпкина О. М., 2019; Кобякова О. С., 2020; Брынза Н. С., 2020; Тяжельников А. А., 2022; Кича Д. И., 2023; Камынина Н. Е., 2024; Берсенева Е. А., 2024).

В научных публикациях решение проблемы доступности ПМСП рассматривается, прежде всего, в разрезе устранения кадрового дефицита в первичном звене. Однако, несмотря на реализацию множества программ и проектов, как федерального, так и регионального уровней, проблемы кадрового обеспечения сохраняются, что определяет необходимость поиска альтернативных способов повышения доступности медицинской помощи (Щепин О. П., 2012; Линденбратен А. Л., 2015; Костин А. А., 2016; Шейман И. М, 2019; Руголь Л. В., 2019; Коновалов О. Е., 2020; Евдаков В. А., 2020; Сон И. М., 2021; Улумбекова Г. Э., 2022; Какорина Е. П., 2022).

В научной литературе отмечается недостаток исследований, посвященных повышению эффективности деятельности первичного звена здравоохранения без наращивания кадровых ресурсов. Требуют рассмотрения вопросы изучения структуры посещений врачей первичного звена, с анализом трудовых функций врачей и среднего медицинского персонала и возможностью их перераспределения; оценки потенциала широкого использования телемедицинских технологий при оказании ПМСП с определением точек их применения; анализа нормативного правового обеспечения ПМСП, с учетом сложившихся изменений при её оказании. Необходим сравнительный анализ и оценка деятельности параллельно существующих в крупном городе практик врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых.

Цель исследования – научное обоснование организационных технологий совершенствования первичной медико-санитарной помощи взрослому населению при переходе к общей врачебной практике в крупном городе.

Задачи исследования

1. Изучить опыт реформирования системы здравоохранения в крупном городе, в контексте развития ПМСП (на примере города Москвы).

2. Проанализировать медико-демографические тенденции и заболеваемость взрослого населения в городе Москве.

3. Провести анализ ресурсов и деятельности медицинских организаций города Москвы, оказывающих ПМСП взрослому населению.

4. Определить особенности посещаемости пациентами врачей различных специальностей в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению в городе Москве.

5. Изучить мнения врачей и пациентов по различным аспектам посещаемости городских поликлиник и повышения доступности ПМСП.

6. Провести анализ нормативных правовых актов, регулирующих вопросы профессиональной деятельности медицинских работников, оказывающих ПМСП взрослому населению.

7. Выполнить сравнительный анализ деятельности врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых.

8. Изучить мнения пациентов и врачей по внедрению телемедицинских технологий в первичном звене здравоохранения.

9. Разработать, апробировать и оценить эффективность организационных технологий совершенствования ПМСП взрослому населению.

Научная новизна

Впервые получены данные об объемах и причинах посещений врачей поликлиник, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи.

Дополнены данные о маршрутах движения пациентов в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению, при направлении на медико-социальную экспертизу, санаторно-курортное лечение, госпитализацию с оценкой сроков их прохождения и объемов потребляемых ресурсов.

По результатам социологического опроса врачей и пациентов, получены новые данные о проблемах при оказании ПМСП взрослому населению в медицинских организациях крупного города, приводящих к росту доли посещений, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи.

На основе полученных новых теоретических данных об имеющихся недостатках в нормативных правовых актах научно обоснованы предложения по совершенствованию нормативно-правового регулирования отдельных аспектов оказания ПМСП.

Впервые получены данные об уровне знаний врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) по отдельным профилям медицинской помощи, а также о потребности в консультациях врачей-специалистов.

На основе социологического исследования, получены данные об отношении пациентов и врачей к использованию телемедицинских технологий при оказании ПМСП с последующей оценкой практических возможностей их применения.

Сравнительные аспекты анализа деятельности врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых выявили практически полное соответствие структурных компонентов оказания ПМСП и наличие параллельного сосуществования двух организационных практик в крупном городе.

Научно обоснованная и апробированная образовательная технология для врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых, способствовала росту уровня их знаний и показала свою эффективность в повышении роли данных специалистов в лечебно-диагностическом процессе ведения пациентов, которые ранее направлялись на консультации к врачам-специалистам.

Научно обоснованная и апробированная технология оказания ПМСП пациентам диспансерной группы с использованием телемедицинских технологий и повышением при этом роли среднего медицинского персонала, позволила сократить число посещений.

Научно обоснованная и апробированная технология по оптимизации маршрутизации пациентов на госпитализацию с подозрением на онкологическое заболевание, привела к сокращению сроков ожидания медицинской помощи.

Проведена оценка эффективности предложенных организационных технологий совершенствования ПМСП при переходе к общей врачебной практике в крупном городе.

Теоретическая и практическая значимость работы

Исследование проведено в рамках темы фундаментального научного исследования ФГБНУ Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко: «Совершенствование методологии управления здравоохранением на основе информатизации, процессного подхода и математического моделирования».

Результаты анализа медико-демографических тенденций и состояния здоровья взрослого населения г. Москвы используются при разработке межведомственных программ профилактики, укрепления здоровья и предотвращения преждевременной смертности, повышения ожидаемой продолжительности жизни населения Москвы.

Полученные данные о потребности в медицинских кадрах в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению и показателях её объемов, используются при разработке программ по обеспечению медицинскими кадрами и необходимыми материально-техническими ресурсами.

Разработанная и апробированная в рамках диссертационного исследования дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Актуальные вопросы оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми» утверждена и используется в образовательном процессе.

Результаты диссертационного исследования внедрены в учебный процесс государственных образовательных учреждений высшего образования при изучении дисциплин «Эпидемиология» и «Общественное здоровье и организация здравоохранения».

Разработанные формы для регистрации посещений на приемах врачей, при оказании ПМСП взрослому населению, используются в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению, для получения информации, в целях оперативного принятия мер по обеспечению доступности ПМСП.

На основании полученных данных о структуре посещений, маршрутах движения пациентов при направлении на медико-социальную экспертизу, санаторно-курортное лечение, госпитализацию, с оценкой сроков их прохождения и объемов потребляемых при этом ресурсов, разработаны предложения по оптимизации маршрутизации пациентов в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению.

Предложенная маршрутизация, в целях сокращения сроков ожидания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологические заболевания внедрена в медицинских организациях, оказывающих ПМСП и специализированную медицинскую помощь взрослому населению.

Разработанные предложения по внесению изменений в нормативные правовые акты, регламентирующие отдельные аспекты деятельности ПМСП, представлены в органы управления здравоохранением.

Методология и методы исследования

В диссертации использованы методы библиографического, информационного и семантического поиска, контент-анализа, системного анализа, социологический (анкетный опрос, интервьюирование), статистический анализ. Обработка и статистический анализ результатов производились с применением пакета статистических программ SPSS v.22 (Chicago, IL) и Microsoft Office Excel.

Положения, выносимые на защиту

1. Рост численности населения, с увеличением доли лиц старше трудоспособного возраста, формирует высокую потребность в ПМСП, которую не позволяет обеспечить дефицит медицинских кадров, что приводит к снижению уровня доступности медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, сокращению числа посещений и увеличению сроков ожидания медицинской помощи.

2. В структуре посещений медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению, доля посещений, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи составляет 16,5–35,4%, в зависимости от врачебной специальности, что определяет необходимость оптимизации маршрутизации пациентов.

3. Для сокращения посещений, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи, необходимо перераспределение отдельных трудовых функций с врачей на средний медицинский персонал; внедрение телемедицинских технологий; корректировка и определение сроков актуальности лабораторно-инструментальных исследований с конкретизацией их перечня при маршрутизации пациентов на различные этапы оказания медицинской помощи.

4. Потребность в консультациях врачей-специалистов при оказании медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми не имеет различий. Остаются нормативно не урегулированными вопросы определения перечня заболеваний и показаний для назначения консультаций врачей-специалистов. Для снижения потребности в первичной специализированной медико-санитарной помощи необходима разработка новых форм образовательных технологий по повышению уровня квалификации врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей).

5. Комплекс предложенных организационных технологий (программа повышения квалификации врачей общей практики [семейных врачей] и врачей-терапевтов участковых, телемедицинские технологии, повышение роли среднего медицинского персонала, оптимизация маршрутизации) способствует сокращению числа посещений к врачам по причинам, непосредственно не связанным с оказанием медицинской помощи, и снижению числа пациентов, направляемых врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми к врачам-специалистам, что обеспечивает повышение доступности ПМСП взрослому населению.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования используются и внедрены в деятельность медицинских организаций, оказывающих ПМСП и специализированную помощь в городе Москве, Московской области; в образовательном процессе ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова».

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Исследование проводилось в строгом соответствии с принципами доказательной медицины. Достоверность обоснована методологией исследования, статистическими методами анализа, репрезентативным объемом базы данных и проведенными организационными экспериментами.

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: представлении проектов номинантов на соискание ежегодной премии Москвы в области медицины (2017 г., 2023 г.); защите магистерской диссертации на тему «Анализ реализации реформы здравоохранения города Москвы» в Национальном исследовательском университете «Высшая школа экономики»; первой всероссийской премии «Оргздрав: лидеры отрасли» (Москва, 2022 г.); круглом столе «Обсуждения результатов научно-исследовательских работ» ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (Москва, 2022 г.); Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России» (Москва, 2023 г.); 15-й сессии Московской урологической школы (Москва, 2023 г.); 28-й Международной научно-практической конференции "Пожилой больной. Качество жизни" (Москва, 2023 г.); 14-й конференции урологов Московской области (Москва, 2023 г.); расширенном заседании кафедры «Общественного здоровья и здравоохранения» ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (Москва, 2024 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 26 печатных работ, в том числе 14 статей в журналах, входящих в международные базы цитирования (Scopus, WoS, RSCI); 2 статьи в журналах, входящих в Перечень ВАК; 5 статей в журналах, входящих в Перечень РУДН.

Личный вклад автора

Участие автора в получении результатов, изложенных в диссертации, осуществлялось на всех этапах работы. Диссертантом сформулированы цель, задачи, основные положения, выносимые на защиту, разработан дизайн исследования, статистический инструментарий, выполнена выкопировка данных из первичной медицинской документации. Автором самостоятельно проведен аналитический обзор научных публикаций и нормативных правовых актов, социологическое исследование, математико-статистическая обработка данных, анализ и интерпретация результатов исследования, сформулированы выводы и практические рекомендации. При оформлении диссертации учтены результаты научных публикаций, в которых использованы материалы собственных исследований, выполненных автором лично или в соавторстве.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют пунктам 4, 5, 13, 15, 17 паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 356 страницах и содержит введение, 8 глав, заключение, выводы, практические предложения, список литературы, состоящий из 400 источников, 15 приложений. Диссертационное исследование иллюстрировано 80 рисунками, 69 таблицами и 4 схемами.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1.1. Роль первичной медико-санитарной помощи в здравоохранении на современном этапе

Первичная медико-санитарная помощь (далее ПМСП) – это важнейшая часть системы здравоохранения, от состояния которой, зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, её конечные результаты функционирования [Калининская А. А., 2008].

Приоритетность развития ПМСП определена на Алма-Атинской конференции в 1978 году с принятием декларации, в которой ПМСП определена как наиболее значимая и доступная в части сохранения здоровья населения, в виду её массовости и востребованности, от которой зависит сохранение трудового потенциала, а также решение большинства медико-социальных проблем. В этом секторе здравоохранения должен быть обеспечен гарантированный объем медицинской помощи, доступность медицинских услуг, координация с другими службами здравоохранения, непрерывность наблюдения за пациентами [Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Короткова Е. О., 2021].

Экономические и политические потрясения, произошедшие в Российской Федерации в конце 20-го века, привели к существенному сокращению финансирования здравоохранения, что привело к неэффективности организации оказания ПМСП с акцентом на стационарную медицинскую помощь, снижению качества медицинской помощи, ослаблению профилактической работы, износу материально-технической базы медицинских организаций, дефициту медицинских кадров. Следствием этих процессов стали негативные тенденции в состоянии здоровья населения – рост заболеваемости, инвалидизации, сокращение продолжительности жизни, снижение рождаемости, высокие показатели смертности трудоспособного населения, неудовлетворенность населения качеством оказываемой медицинской помощью и её доступностью, что определяло необходимость проведения реформ

здравоохранения [Шишкин С. В., 2000; Вишневский А. Г., 2006; Жулин С. П., 2011; Щепин О. П., 2014].

Экономический рост в Российской Федерации в 2000-х годах позволил реализовать федеральные программы и проекты в сфере здравоохранения, такие как приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006–2010 гг.), программа модернизации здравоохранения 2011–2012 гг., государственная программа «Развитие здравоохранения» (2013–2020 гг.), в которых одним из ведущим направлением была определена приоритетность развития ПМСП.

В рамках федеральных программ и проектов по развитию отечественного здравоохранения, в различные периоды времени, были реализованы следующие мероприятия: повышение заработной платы медицинских работников и их квалификации; обновление материально-технической базы медицинских организаций; внедрение информационных систем; развитие стационарозамещающих технологий; усиление профилактической деятельности. В результате чего отметились позитивные сдвиги в кадровом обеспечении медицинских организаций, изменилась инфраструктура системы здравоохранения, произошло укрупнение медицинских организаций; были приняты новые управленческие подходы к принятию решений с учетом приоритетности задач охраны здоровья населения; адаптирована нормативная правовая база к современным экономическим условиях. В результате реализации мероприятий снизилась смертность населения, в том числе младенческая и трудоспособного возраста, увеличилась ожидаемая продолжительности жизни, естественный прирост [Стародубов В. И., Виноградов К. А., 2007; Шавхалов Р. Н., 2010; Смелов П. А., 2011; Степчук М. А., 2014; Семёнов В. Ю., 2016].

Несмотря на проведенные реформы и некоторые позитивные сдвиги, общественное здоровье населения России характеризуется как неблагоприятное. После некоторого роста зафиксировано снижение показателей рождаемости и отрицательный естественный прирост населения; сохраняется медленный рост продолжительности жизни граждан, высокая смертность (особенно у мужчин трудоспособного возраста), растут показатели заболеваемости и инвалидности населения, со-

храняется низкая продолжительность здоровой жизни. В большинстве регионов отмечается снижение уровня доступности и качества медицинских услуг, а в ряде отдаленных регионов оно оценивается как критическое. Сохраняются проблемы с обеспечением медицинскими кадрами, особенно в амбулаторно-поликлиническом секторе, низкие показатели укомплектованности должностей, высокие показатели совместительства. Проведенные реструктуризации, перепрофилирование коек, оптимизация сети медицинских организаций, сокращение медицинского персонала были выполнены без учета уровня заболеваемости и потребности населения в медицинской помощи, что не способствовало обеспечению оптимальной доступности и качеству медицинской помощи. По-прежнему отмечается приоритет стационарной помощи, в пользу которого распределяются ресурсы, при этом не получили активного развития стационарозамещающие технологии. На фоне проблем с доступностью медицинской помощи, происходит замещение бесплатной медицинской помощи платной, что наряду с ростом цен на лекарства и отсутствием государственных программ по обеспечению лекарственными препаратами ограничивает доступ граждан к медицинской помощи [Хальфин Р. А., 2010; Гаврилов Э. Л., 2016; Жилинский Е. В., 2016; Буянова А. В., 2016; Зудин А. Б., 2017; Руголь Л. В., 2018; Тагаева Т. О., 2019].

Сохраняющиеся проблемы в системе здравоохранения, необходимость повышения качества и доступности медицинской помощи определили в дальнейшем принятие ряда стратегических документов, определяющих приоритеты в развитии здравоохранении.

В 2018 году Указом Президента Российской Федерации определены такие цели как снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста, смертности от болезней системы кровообращения и новообразований, в том числе от злокачественных и младенческой смертности. Достижение этих целей тесно связано с реализацией следующих широкомасштабных мер по развитию первичной медико-санитарной помощи: ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих ПМСП; обеспечение охвата всех граждан профилактиче-

скими медицинскими осмотрами; обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций, оказывающих ПМСП, с оптимизацией их работы; сокращение сроков ожидания медицинской помощи, с упрощением процедуры записи на прием к медицинским работникам[1].

В соответствии с данным указом, Минздравом России разработан и в последующем утвержден Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам национальный проект «Здравоохранение», который включил в себя восемь федеральных проектов, среди которых одним из ведущих является «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»[2]. В рамках данного проекта определена приоритетность таких направлений развития ПМСП как: повышение её доступности для сельских территорий путем создания новых фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий; расширение доступа гражданам для прохождения профилактических осмотров. Стоит отметить, что данные направления были и ранее определены в проектах и программах по развитию ПМСП. Новшеством является внедрение «Новой модели организации оказания медицинской помощи» на основе бережливого производства, которая способна обеспечить рост производительности и эффективную командную работу персонала медицинской организации, сокращение времени ожидания в очереди пациентом, уменьшение затратной части и снижение количества медицинских ошибок, повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, а персонала медицинской организации – выполняемой работой [Метельская А. В., Камынина Н. Н., 2020; Сененко А. Ш. и др., 2020; Бреусов А.В. и др., 2022].

Наряду с этим, с 2022 года реализуется федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», в рамках которого в регионах создают новые объекты, оказывающие ПМСП с привлечением для ра-

[1] Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года.
[2] Паспорт национального проекта «Здравоохранение» // Правительство России. Официальный сайт | Заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам. 2018, 24 дек. URL: http://government.ru/info/35561/.

боты в них квалифицированные кадры; выполняется капитальный ремонт медицинских организаций для обеспечения комфортных условий пребывания пациентов, а также проводится замена устаревшего медицинского оборудования[1].

В рамках национального проекта «Здравоохранение» также реализуется федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», целью которого является ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, за счет повышения укомплектованности и обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом. Аналогичные цели были определены и в предшествующих федеральных проектах. Новшеством в данном проекте является включение в целевые, такого показателя как «доля специалистов, допущенных к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации, от общего количества работающих специалистов», которая должна составить 83,7% в 2024 году.

Стоит отметить, что реализация всех направлений национального проекта «Здравоохранение» связана с устойчивым развитием ПМСП, на основе эффективного использования кадровых ресурсов, непрерывного повышения его квалификации, с выбором наиболее эффективных видов, форм и методов обучения, актуализацией, конкретизацией и адекватностью состава приобретаемых в процессе обучения компетенций выполняемым трудовым функциям и трудовым действиям [Задворная О. Л., 2021, Жеребцова Т. А. и др., 2022].

Таким образом, на современном этапе определена необходимая нормативная правовая база по обеспечению приоритетности развития ПМСП и развития её основных направлений. Однако повторяющиеся цели и задачи, касающиеся её развития, как в ранее утвержденных проектах и программах, так и в новых, свидетельствуют о существующих проблемах в реализации данных программ, в части достижения их целей.

[1] Модернизация первичного звена здравоохранения. «Национальные проекты» // Информационный ресурс о планах развития страны на ближайшее будущее и мерах по улучшению качества жизни людей. [Электронный ресурс]. URL: https://национальныепроекты.рф/projects/zdravookhranenie/modernizatsiya-pervichnogo-zvena-zdravookhraneniya-.

1.2. Организация первичной медико-санитарной помощи в городе Москве: особенности, новые формы, влияние пандемии[1]

Наряду с федеральными проектами, субъектами Российской Федерации реализовывались свои региональные программы. Среди них наиболее масштабной и значимой по охвату секторов здравоохранения и финансированию является Государственная программа города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»[2].

Город Москва является уникальной административно-территориальной единицей и характеризуется особенностями, что придает данной территории особый статус. Являясь столицей, Москва сконцентрировала в себе командно-административные, экономические, финансовые, политические, социально-культурные, информационно-коммуникационные функции и стала лидером в Российской Федерации по экономическому и социальному развитию, благоустройству жилого фонда, уровню доходов, возможностям формирования и реализации человеческого потенциала.

Наряду с этим, особенностью города Москвы также, как и других крупных городов, являются такие факторы риска здоровью как акселерация, аллергизация, рост онкологических заболеваний; ожирение, абиологические тенденции образа жизни, повышенные нервные нагрузки, шумовое загрязнение, транспортная усталость. Растущий миграционный прирост и высокая плотность населения приводит к увеличению рисков распространения инфекционных заболеваний. В конечном итоге данные факторы негативно влияют на продолжительность активной деятельности городских жителей, на заболеваемость населения, психическое и социальное здоровье и т. д., что приводит к росту потребности населения в медицинской помощи. Вместе с тем в Москве сконцентрирована широкая сеть медицинских организаций, в том числе по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, что

[1] Материалы данного параграфа представлены в публикации: Агамов З. Х. К вопросу о реформах здравоохранения Москвы (обзор публикаций) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 3. С. 455–463.

[2] Постановление Правительства Москвы 04.10.2011 № 461-ПП «Об утверждении государственной программы города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)"».

формирует потоки пациентов из других регионов, где недостаточно развиты соответствующие услуги, с соответствующей нагрузкой на систему здравоохранения [Антипин Н. А., 2010; Бобров Е. А., 2011; Новосельцева А. С., 2010; Лопаков К. В., 2012; Блинов Л. Н. и др., 2013; Фридман К. Б., 2015].

Продолжительность жизни населения крупных городов выше, чем в целом по Российской Федерации, что связано с существенным влиянием на это доли здравоохранения в экономике, при этом доминирующее влияние на данный показатель имеет уровень бедности, а не уровень доходов населения [Ревич Б. Н. и др., 2019]. При этом показатели смертности по уровню и причинам в Москве ниже, чем, к примеру, в Санкт-Петербурге, что связано с отличиями в финансировании и организации медицинской помощи, условий и образа жизни двух крупнейших мегаполисов Российской Федерации [Драпкина О. М. и др., 2020].

По данным ряда исследований [Андреев М. А. и др., 2016; Шишкин С. В. и др., 2017] московское здравоохранение характеризовалось перегруженным коечным фондом и кадровыми ресурсами в сравнении с другими мегаполисами стран с развитой системой здравоохранения, при этом существенно отставая по конечным показателям. Так, в 2013 году показатели обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом были выше аналогичных показателей крупнейших мегаполисов в 2–3 раза, а коечный фонд, к примеру, более в 3 раза чем в Лондоне. Показатели смертности от всех причин в Москве существенно выше, чем в других мегаполисах мира, но ниже чем в большинстве субъектов Российской Федерации.

Системы здравоохранения крупных мегаполисов стран с развитым здравоохранением в 2000-е годы характеризуются преобразованиями по следующим направлениям: реструктуризация больничной сети, развитие стационарозамещающих технологий, расширение амбулаторной консультативной помощи в больницах, использование моделей интегративной медицины, повышение приоритетности подготовки кадров для оказания первичной медицинской помощи, развитие долгосрочного ухода по оказанию помощи лицам с хроническими заболеваниями, а также развитие профилактики заболеваний и приверженности населения к здоровому образу жизни [Гриднев, 2014; Шишкин С. В. и др., 2022].

Политика развития московского здравоохранения плохо соотносилась с направлениями изменений в здравоохранении зарубежных мегаполисов, однако принятие государственной программы Москвы «Столичное здравоохранение», в которой представлены большинство направлений модернизации зарубежных мегаполисов, дает основание считать, что поставленные задачи модернизации столичного здравоохранения находятся «в тренде» направлений развития систем здравоохранения других крупнейших мегаполисов развитых стран.

Основной целью программы «Столичное здравоохранение» является улучшение здоровья населения на основе повышения качества и улучшения доступности медицинской помощи, приведения ее объемов и структуры в соответствие с заболеваемостью и потребностями населения, современными достижениями медицинской науки, повышением качества окружающей среды.

Одним из инструментов для решения задач по достижению вышеуказанных целей определены структурные преобразования с формированием трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи, что позволило повысить её эффективность. На начальном этапе это привело к эффективному использованию кадровых и материальных ресурсов; рационализации потоков пациентов; расширению доступа пациентов к медицинским услугам. Вместе с тем по ходу реализации программы вскрылись проблемы, связанные с недооценкой обеспеченности первичного звена медицинскими кадрами; отсутствием информационного обеспечения, не позволяющим проводить оценку эффективности деятельности различных уровней оказания ПМСП. Выявлены проблемы, связанные с управлением столь большими объединениями, с большим штатом и разобщенными ресурсами. В ходе реализации программы не проводился анализ причин неэффективности организации ПМСП, медицинские кадры не были информированы о целях, задачах и направлениях реализации данной программы [Линеденбратен А. Л. и др., 2015; Гриднев О. В., 2015].

При реализации программы «Столичное здравоохранение» коечный фонд стационаров Москвы был существенно сокращен как за счет его оптимизации, так и по причинам, связанным с ликвидацией и перепрофилированием, что вызвало

волнения в обществе и дискуссии медицинской общественности. Результатом данных мероприятий на начальном этапе стало снижение средней длительности работы койки в году, сменившаяся ростом с 2017 года. Среди причин низкой средней длительности работы койки может быть недостаточная информация о потребностях в стационарной помощи, отсутствие преемственности между первичным и стационарным звеном здравоохранения, а также внедрение новых форм взаиморасчетов между медицинскими организациями и страховыми организациями. Наряду с этим с 2015 года отмечается рост доли лиц старше трудоспособного возраста в структуре госпитализированных почти на треть, что связано с ростом числа больных с возраст-ассоциированными заболеваниями на фоне увеличения продолжительности жизни москвичей. В структуре причин госпитализации преобладали болезни сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и костно-мышечной системы [Коновалов О. Е. и др., 2020; Шляфер С. И., 2021].

Складывающиеся демографические тенденции, связанные с постарением населения, дают основания прогнозировать рост нагрузки как на стационарное, так и на первичное звено здравоохранения. Реструктуризация коечного фонда и интенсификация работы койки на фоне развития специализированной и высокотехнологичной помощи с усилением требований к обоснованности госпитализации возможна при одномоментном развитии в первичном звене стационарозамещающих технологий и служб реабилитации и долечивания. При этом первичное звено должно обеспечить диагностику и лечение пациентов, не требующих непрерывного круглосуточного наблюдения. Вместе с тем, несмотря на медико-социальную и экономическую эффективность стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи, низкие тарифы на их оплату препятствуют их развитию, так же, как и отсутствие экономической мотивации медицинских организаций, несовершенство нормативного правового обеспечения и несоответствие нормативов объемов помощи потребностям населения [Проклова Т. Н. и др., 2016; Бантьева М. Н. и др., 2018; Коновалов О. Е. и др., 2020; Сон И. М. и др., 2019].

По данным ряда авторов [Чижова О. В., 2016; Ярашева А. В. и др., 2020], адекватная работа медицинских организаций по оказанию ПМСП в Москве невозможна ввиду сохраняющегося острого дефицита кадров, а также нехватки паллиативных, реабилитационных коек и коек сестринского ухода, которых в 5 раз меньше существующей потребности. В результате оптимизации существенно выросла нагрузка на медицинский персонал, что, несмотря на увеличение заработной платы, может привести к сокращению физических ресурсов медицинских работников, их профессиональному выгоранию и, как следствие, к снижению качества работы. Все это происходит на фоне утраты авторитета медицинских работников и способствует желанию медицинских работников сменить профессию. В ближайшие годы медицинские организации столицы могут столкнуться с определенными кадровыми дисбалансами.

Переход на подушевой принцип оплаты ПМСП в рамках территориальной программы ОМС должен был укрепить первичное звено, способствовать оптимизации ресурсов, стимулировать профилактическую деятельность, снизить уровень госпитализации. Однако сохраняющийся при этом одномоментно принцип оплаты за объемы медицинской помощи, ориентирует медицинские организации на увеличение объемов, а не на усиление профилактики и улучшение качества медицинской помощи. Также стоит отметить, что у поликлиник отсутствуют экономические стимулы принимать и лечить растущее число пациентов, не направляя их в стационар. Возникновению подобных экономических стимулов может способствовать внедрение принципа фондодержания, при котором поликлиники получают средства на часть объемов стационарной помощи, что будет способствовать эффективному наблюдению за пациентами в амбулаторных условиях и снизит число госпитализаций и выразится в экономии средств на стационарную помощь [Шейман И. М., 2016; Саитгареев Р. Р., 2017].

Одним из способов преодоления кадрового дефицита в первичном звене, с целью адекватной мотивации медицинского персонала, было введение системы эффективного контракта, в котором определены функционал, обязанности и требования, предъявляемые к медицинскому персоналу и порядок их стимулирования.

Внедрение эффективного контракта повышает привлекательность труда медицинских работников, способствует повышению их квалификации и усиливает конкуренцию за рабочее место. Несмотря на переход к системе эффективного контракта и повышение заработной платы, сохраняются проблемы, вызванные отсутствием системы дифференцированного и справедливого распределения фонда заработной платы, недостаточным информированием медицинского персонала об их функциональных обязанностях и нормах нагрузки, а также качеством выполняемого труда и увязки деятельности с заработной платой [Филатов В. Н. и др., 2014; Михалкина Е. В., Андрейченко Е. В., 2017]. Результаты социологических исследований показали, что помимо материальных стимулов имеют значение условия труда врачей, возможность профессионального развития и другие факторы, составляющие мотивационную иерархию. Также респонденты отметили увеличение трудовой нагрузки, без адекватного увеличения оплаты труда. Рост нагрузки на персонал, без увязки с заработной платой, нарушение прав медицинских работников, отсутствие уверенности в профессиональном будущем приводят к размыванию профессиональных ценностей, потере долгосрочных ориентиров [Белостоцкий А. В. и др., 2016; Клименко Л. В., Посухова О. Ю., 2018; Лысенко И. Л. и др., 2014; Чирикова А. Е., 2019]. В таких условиях вопросы эффективного управления персоналом и медицинской организацией приобретают особую значимость. Отсутствие данных об эффективности управления, основанной на наличии у руководителей соответствующих навыков, знаний и компетенций, не позволяет оценить компетентность руководителей медицинских организаций, что в совокупности с другими проблемами является существенным препятствием на повышению эффективности деятельности этих организаций и системы здравоохранения в целом, которая в последние десятилетия претерпела значительные изменения, что определяет необходимость анализа взаимосвязи уровня знаний руководителей в вопросах управления персоналом и влияния социально-культурных факторов. Исторический, экономический и культурный контекст мог оказать значительное влияние на систему ценностей и мотивационную составляющую [Абрамов А.Ю. и др., 2021; Берсенева Е. А. и др., 2022, 2023].

Переход к общей врачебной практике организации ПМСП предполагал расширение функций врачей общей практики (семейных врачей) по сравнению с врачами-терапевтами участковыми, взятие на себя роли координатора маршрутизации пациентов и распорядителя ресурсов здравоохранения [Кича Д.И. и др., 2020]. Однако развитие общей врачебной практики в полном объеме сдерживается несовершенством нормативного правового обеспечения и отсутствием четкой системы подготовки профессиональных кадров, а также механизмов взаимодействия общей врачебной практики со службами здравоохранения, страхования и социальной защиты населения [Агамов З. Х., 2018; Таджиев И. Я. и др., 2018].

Программа «Столичное здравоохранение» предусматривала активное привлечение москвичей для решения организационных вопросов в сфере здравоохранения. Проведенный социологический опрос населения позволил реализовать проект «Московский стандарт поликлиники»[1], в рамках которого планируется повысить эффективность работы медицинских организаций, улучшить доступность ПМСП и повысить удовлетворенность населения медицинской помощью. В рамках данного проекта проводятся мероприятия по оптимизации маршрутизации потоков пациентов при обращении в поликлиники, организация call-центра по приему и распределению вызовов на дом, организация в структуре отдельных подразделений по оказанию медицинской помощи на дому. Реорганизованы регистратуры амбулаторно-поликлинических учреждений, организованы медицинские посты, целью которых является распределение потоков пациентов, оформлении медицинской документации, записи на прием к специалистам, исследования, оформление направлений. Наряду с этим проводятся мероприятия по созданию комфортных условий пребывания пациентов в поликлиниках (зоны комфортного пребывания, оснащенные кондиционерами, кулерами с водой, вендинговыми аппаратами).

По данным ряда авторов [Смышляев А. В. и др., 2019; Коновалов О. Е. и др., 2019], с реализацией проекта «Московского стандарта поликлиники» улучшились

[1] Приказ Департамент здравоохранения г. Москвы от 06.04.2016 № 293 «Об утверждении методических рекомендаций по реализации мероприятий "Московский стандарт поликлиники" и критериев оценки устойчивости его внедрения».

условия пребывания пациентов в поликлинике, уменьшились очереди на прием к врачам, на исследования, возросла эффективность работы сотрудников и, как следствие, повысилась удовлетворенность пациентов оказываемой медицинской помощью. Появилась возможность записываться на прием к врачам в формате онлайн, для удобства пациентов, приемы врачей распланированы на весь период работы медицинской организации, часть бумажного документооборота передана на сестринские посты, что позволило более эффективно использовать время приема врачей. В результате проведенных мероприятий организация медицинской помощи стала более эффективной, улучшились не только условия оказания медицинской помощи пациентам, но и повысилось качество оказываемой медицинской помощи.

Одним из прорывных направлений программы «Столичное здравоохранение» является её информатизация. Реализацию мероприятий в рамках данной подпрограммы можно назвать существенным достижением, что в некоторой степени повысило доступность медицинской помощи. Внедрение во всех медицинских учреждениях единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС), позволило снизить время ожидания приема врача, дало возможность пациентам записываться к специалистам и на исследования дистанционно, снизился документооборот. Внедрение электронных медицинских карт предоставило возможность как врачам поликлиник, так и стационаров, иметь информацию о состоянии здоровья пациентов, выполненных обследованиях и проведенном лечении на всех этапах оказания медицинской помощи. При этом по мере накопления информации и внедрения дополнительных функций, растущая нагрузка на систему ЕМИАС определяет необходимость поддержания её обрабатывающих возможностей на должном уровне, что в условиях регламентированного времени приема пациентов приобретает особую актуальность [Хальфин Р. А. и др., 2017].

В период эпидемии новой коронавирусной инфекции, в 2020 - 2022 гг., ЕМИАС сыграла важную роль. Созданный на базе центра медицинской профилактики ДЗМ

телемедицинский центр позволил активно использовать дистанционные консультации граждан города Москвы на основании данных о пациенте, внесенных в ЕМИАС[1]. В телемедицинском центре ДЗМ, который продолжает работать в настоящее время, в 2020–2022 гг. врачи провели более 2,7 миллиона дистанционных консультаций, в том числе 1,8 миллиона для пациентов с COVID-19, что является уникальным опытом столь масштабного практического применения телемедицинских консультаций в государственном секторе здравоохранения[2].

Процессы информатизации и цифровизации в крупных городах проходят более интенсивно, и Москва находится в авангарде этих процессов, а полученный опыт применения в системе здравоохранения может рассматриваться как перспектива в других российских регионах. При этом необходимо иметь в виду неравномерность цифровизации различных сторон жизни населения разных возрастных групп, особенно пожилого населения, в связи с чем требуется изменение социальных установок и представлений [Богомягкова Е. С. и др., 2023].

Несмотря на реализацию проекта «Московский стандарт поликлиники» и внедрение ЕМИАС, в первичном звене сохраняется высокая доля посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, такие как оформление справок, направлений на различные исследования, выписка льготных рецептов и т. д. С данными причинами связано более половины посещений к врачам-терапевтам участковым и врачам общей практики (семейным врачам). Более половины случаев вызовов врачей на дом не требует врачебной квалификации и могли бы быть выполнены средним медицинским персоналом. Посещения по поводу оформления медицинской документации связаны с большими трудозатратами и снижают мотивацию врачей, а их высокая доля в общей структуре посещений врачей первичного звена снижает доступность медицинской помощи для граждан, нуждающихся в медицинской помощи и приводит к неудовлетворенности населением качеством работы

[1] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.04.2020 N 356 «О применении телемедицинских технологий при организации оказания консультаций по вопросам коронавирусной инфекции COVID-19 и подборе персонала в медицинские организации города Москвы».

[2] Сергей Собянин: В Москве провели более 1,8 миллиона телемедконсультаций для пациентов с COVID-19 // Официальный сайт Мэра Москвы [Электронный ресурс]. URL: https://www.mos.ru/mayor/themes/18299/8025050/.

первичного звена здравоохранения, что подтверждается результатами изучения общественного мнения пациентов поликлиник Москвы, по данным которых выявлены, в том числе и негативные оценки происходящих изменений в системе здравоохранения [Гришина Н. К. и др., 2017; Агамов З. Х., 2018].

Также стоит отметить, что для москвичей старше 60 лет, имеющих множество хронических заболеваний, внедрена и реализуется программа, в рамках которой для данного контингента выделены отдельные врачебные участки, с привлечением для работы с ними врачей, прошедших повышение квалификации по ведению таких пациентов[1]. Сформирован регистр этих контингентов населения, включающий около 200 тыс. пациентов, которым организован персонифицированный подход, с выделением 40 минут времени приема, а также возможностью телефонной связи с медицинскими работниками в течение рабочего дня. Реализация проекта привела к повышению удовлетворенности пациентов данной группы оказываемой медицинской помощью и улучшению состояния их здоровья. Также снизилось число вызовов врачей на дом к данной группе пациентов на 20%, «скорой» – на 6%, а экономический эффект от реализации данной программы при снижении вызовов скорой и неотложной медицинской помощи, а также случаев госпитализации, составил 20,2 млн руб. в год [Значкова Е. А. и др., 2016]. Однако стоит учитывать, что тяжесть состояния данной категории пациентов требует привлечения, помимо ПМСП, стационарного, реабилитационного, санаторно-курортного секторов здравоохранения, что в отсутствие механизмов по координации деятельности этих служб и преемственности лечения на этапах может существенно снизить эффективность мероприятий, реализуемых в рамках данного проекта.

Ряд исследователей [Павлов К. В. и др., 2017; Руголь Л. В., и др., 2020] считает, что снижение доступности и качества ПМСП на фоне неблагоприятных медико-демографических тенденций и роста заболеваемости и инвалидности диктует

[1] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 12.01.2017 № 8 «О реализации мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».

необходимость задействования потенциала больниц для решения имеющихся проблем при оказании ПМСП. Этому благоприятствует избыточная штатная численность медицинского персонала стационарного звена, возможность оказания комплексной помощи и современной диагностики в сжатые сроки. Имеются предпосылки для формирования новой функционально-организационной структуры больниц, с ведущей их ролью в принципах преемственности и системности лечебно-диагностического процесса на всех этапах оказания медицинской помощи. Подобные тенденции отмечаются в западных странах, однако само по себе объединение не дает приращения эффекта, без реальных интеграционных процессов, на основе установления показателей результативности лечения и эффективности использования ресурсов для системы в целом, а не только для отдельных филиалов объединений, а также участия врачей первичного звена в работе стационарных подразделений [Шейман И. М., Шевский В. И., 2019].

Одним из направлений программы «Столичное здравоохранение», направленной на повышение доступности и качества медицинской помощи, является развитие государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере здравоохранения, что подтверждено зарубежным опытом. Преимуществами реализации проектов ГЧП в здравоохранении являются более эффективное управление, сбалансированность распределения рисков между инвестором и государством, применение инновационных подходов, что способствует удовлетворению потребностей населения в получении качественной медицинской помощи и снижению нагрузки на социальные статьи расхода бюджетов. Несмотря на эти преимущества, широкое распространение ГЧП сдерживается несовершенством государственных механизмов регулирования, отсутствием и несовершенством нормативно-правовой базы, низкими тарифами на оплату медицинских услуг в рамах ОМС, а также сложной экономической обстановкой в стране, что не позволяет привлечь в этот сектор инвесторов [Смышляев А. В. и др., 2018; Роднянский Д. В., Валеева Г. Ф., 2019; Бреусов А. В. И др., 2021].

Проводимые реформы в Москве существенно укрепили материально-техническую базу медицинских организаций системы Департамента здравоохранения

Москвы, позволили внедрить новые технологии диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, удалось технологически модернизировать систему здравоохранения города. Реформы находят позитивные отклики у населения, респонденты положительно относятся к оснащению медицинских учреждений современным, высокотехнологичным оборудованием, улучшению работы стационарного звена и скорой медицинской помощи, внедрению ЕМИАС. При этом по ряду вопросов, касающихся, в основном, работы первичного звена здравоохранения, у населения по-прежнему сохраняются негативные оценки, связанные с доступностью медицинской помощи, недостаточностью кадрового обеспечения первичного звена, низким уровнем квалификации врачей, вопросами этики и деонтологии [Таджиев И. Я., и др., 2017; Смирнова Т. В. и др., 2020].

Обзор публикаций, посвященный вопросам реализации государственной программы «Столичное здравоохранение», выявил позитивные сдвиги в системе здравоохранения Москвы, которые выразились в существенном улучшении материально-технической базы медицинских организаций, внедрением новых технологий диагностики и лечения, ростом заработной платы медицинских работников, внедрением ЕМИАС, созданием комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях. Однако, несмотря на это, в системе здравоохранения Москвы сохраняются проблемы, связанные с кадровым обеспечением медицинских организаций по оказанию ПМСП, особенно участковой службы; высокая нагрузка на врачей, недостаточный уровень их мотивации, низкий уровень квалификации медицинских работников. Система общеврачебной практики не способствовала укреплению роли участкового врача как координатора потоков пациентов, сохраняется фрагментарность и отсутствие преемственности в работе медицинских организаций. Переход на подушевой принцип оплаты медицинской помощи не привел к укреплению первичного звена в отсутствие экономической мотивации медицинских организаций первичного звена.

Реализация проекта «Московский стандарт поликлиники» позволила повысить комфортность пребывания пациентов в поликлинике, однако декларирован-

ное перераспределение функций между врачом и средним медицинским персоналом осталось номинальным, по-прежнему врачи выполняют работы, не связанные с оказанием медицинской помощи. Не получили серьезного развития стационарозамещающие технологии в первичном звене, призванные компенсировать сокращение коек, ввиду отсутствия экономических стимулов учреждений и низких тарифов. Таким образом, проблемы, связанные с несовершенством организации работы медицинских организаций первичного звена, требуют изменения существующих методов анализа их работы и управленческой деятельности, на основе анализа эффективности проводимых мероприятий.

1.3. Нормативные правовые аспекты организации общей врачебной практики и её состояние на современном этапе

Развитие общей врачебной (семейной) практики (ОВП) в Российской Федерации связано с Приказом Минздрава России от 26.08.1992 № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)»[1], который является первым нормативным документом, определившим, что ОВП является одной из форм организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), а «врач общей практики (семейный врач) – это специалист, широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях». Одним из обоснований к переходу на оказание ПМСП на принципах ОВП стало интенсивное развитие рыночной экономики и необходимость адаптации к ней системы здравоохранения. В данном документе определены обязанности и права ВОП, а также общие положения, включающие в себя такие аспекты деятельности, как формы взаимодействия с населением, медицинскими организациями и страховыми компаниями; представлены квалификационные характеристики ВОП, на основании которых должна быть

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.08.1992 № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» (вместе с положениями "о враче общей практики (семейном враче)", "о медицинской сестре общей практики", квалификационными характеристиками "врача общей практики (семейного врача)", "медицинской сестры общей практики»).

обеспечена унификация требований к подготовке и работе по данной специальности. Определены виды деятельности и соответствующие им персональные задачи, которые должен освоить ВОП для соответствия квалификационным требованиям. Среди них: профилактика, диагностика и лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов (представлен перечень внутренних болезней по системам и нозологиям); оказание экстренной и неотложной медицинской помощи; выполнение медицинских манипуляций; организационная работа; также в данном приказе представлен учебный план и двухгодичная программа подготовки ВОП. При этом приказ характеризовался отсутствием регламентации столь важных аспектов ОВП, как её материально-техническая и организационно-методическая базы, система профессиональной подготовки и переподготовки кадров, информационное обеспечение**,** система мониторинга и анализа её развития.

В отсутствие отработанных моделей организации ОВП на фоне традиционной модели ПМСП, где ведущим является врач-терапевт участковый, развитие ОВП не получило интенсивного развития, ограничившись разрозненно сложившимися в некоторых регионах моделями внедрения ОВП, при этом к 1999 году в стране работало не более 1200 ВОП.

Переход к рыночной экономике, сопровождавшийся социально-экономическим кризисом в стране, негативно отразился на системе здравоохранения, что привело к ухудшению состояния здоровья населения и потребовало формирования новой концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, в которой ПМСП определена основным направлением совершенствования организации медицинской помощи на основе развития института врача общей (семейной) практики[1]. Важную роль в изучении вопросов внедрения общей врачебной практики в первичном звене и перспектив её развития сыграли научные труды Денисова И. Н. (1994, 1997, 2001, 2003), Комарова Ю. М. (1995, 1997), Галкина Р. А. (1997, 1999), Шаброва А. В. (2000, 2002), Кичи Д. А. (2000, 2002, 2003) и др., в которых представлен положительный опыт реализации данной модели оказания

[1] Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации».

ПМСП, который продемонстрировал улучшение качества и доступности медицинской помощи, а также эффективное использование ресурсов, с переориентацией на профилактику заболеваний. Связано это с такими характерными чертами для ОВП, как всеобщность, доступность, интегрированность (лечебной и реабилитационной помощи, укрепления здоровья и профилактики болезней), а также постоянная основа, целостность и скоординированность, персональный характер и ориентированность как на обслуживаемый контингент, так и на семью.

Однако широкое распространение ОВП затруднялось отсутствием медико-организационных основ реструктуризации стационарной и внебольничной помощи; недостаточностью ресурсов и несовершенством системы профессиональной подготовки ВОП; недостаточностью правовой и финансовой базы и информационной поддержки, а также механизмов взаимодействия ОВП со службами здравоохранения, страхования и социальной защиты населения. С учетом вышеуказанного, мировой практики, а также положений концепции развития здравоохранения, где определена ведущая роль ОВП в оказании ПМСП, была разработана отраслевая программа «Общая врачебная (семейная) практика».

В данной программе, рассчитанной на 2000 - 2001 гг., представлен широкий перечень мероприятий по повышению эффективности и усилению ПМСП при ведущей роли в ее развитии ОВП. Совершенствование нормативно-правового обеспечения ОВП предусматривало её закрепление в системе здравоохранения с определением основ взаимоотношений с другими субъектами участвующими в оказании медицинской помощи, а также правовой, социальный статус и гарантии социальной защищенности всех субъектов ОВП; определение организационной структуры ОВП, ее форм, а также объемы и характер предоставляемой населению помощи; разработку стандартов качества оказания медицинской помощи в рамках ОВП; подготовку и условия повышения квалификации кадров ОВП, определение порядка сертификации и лицензирования ОВП; принципы обеспечения и контроля качества и условий оказания медико-санитарной помощи и др.[1].

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.1999 № 463 «Об отраслевой программе «Общая врачебная (семейная) практика».

Развитие организационных основ ОВП предусматривало обоснование медико-организационных основ реорганизации внебольничной помощи населению на основе прогрессивных моделей развития с учетом реструктуризации стационарной помощи; разработку методов комплексного анализа оказываемой населению медицинской помощи и ресурсного обеспечения системы здравоохранения; разработку и апробацию системы обеспечения качества и эффективности оказания ПМСП на базовых территориях; разработку моделей системы ПМСП с учетом поэтапного перехода к ОВП и реструктуризации стационарной помощи.

Существенное внимание в программе уделено развитию системы профессиональной подготовки кадров для ОВП. Предусмотрено развитие основ и методов профессиональной подготовки и повышения квалификации кадров для ОВП, с разработкой образовательных стандартов; совершенствование учебно-методических материалов; разработка и апробация системы аттестации, сертификации и лицензирования кадров ОВП.

Также среди мероприятий данной программы представлены меры по нормативно-технологическому обеспечению строительства и размещения амбулаторно-поликлинических учреждений нового типа, информационному обеспечению программы и системы мониторинга и анализа развития ОВП. Управление и контроль за реализацией отраслевой программы были возложены на Минздрав России и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Принятие данной программы позволило охватить практически все аспекты деятельности ОВП, с учетом полученного ранее опыта. За указанный период проведена большая организационная и методическая работа по формированию не только отношения общественности к работе ВОП, но и по созданию и разработке научно-методического и организационно-технологического обеспечения ОВП.

Однако, по результатам данной программы, реальной реформы ПМСП не произошло. По-прежнему ПМСП оказывалась при ведущей роли врача-терапевта участкового, на фоне активного развития специализации ПМСП. Подготовленные ВОП продолжали работать врачами-терапевтами участковыми, а в некоторых ре-

гионах подготовка ВОП вовсе не была осуществлена. Так и не сформировались механизмы реализации и единые подходы в реформирования ПМСП, не произошли соответствующие изменения в системе финансирования и переоснащения амбулаторно-поликлинических учреждений для работы по принципам ОВП.

В 2002 году коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации отметила необходимость совершенствования нормативно-правовой базы социально-экономических, финансовых, материально-технических, организационно-методических и управленческих механизмов, обусловливающих особенности создания и функционирования службы ОВП. Даны рекомендации профильным подразделениями Минздрава и заинтересованным ведомствам по определению дифференцированных подходов к условиям оплаты труда ВОП, в том числе в условиях ОМС, а также приведение в соответствие отраслевой нормативной базы с учетом внедрения в первичное звено ВОП[1].

В последующем последовали НПА, в которых были утверждены такие аспекты деятельности как: положения о ВОП, о медицинской сестре ОВП, об отделении ОВП и его оснащении[2], первичная медицинская документация и отчетная документация ВОП[3]. Также определен порядок осуществления деятельности ВОП, в котором отмечено, что ОВП может организовываться так же, как и терапевтическая помощь, в муниципальном районе – в амбулатории, центре ОВП, участковой больнице, поликлинике, районной больнице, центральной районной больнице; в городском округе – в городской поликлинике, центре, медсанчасти, городской больнице, в том числе осуществлять свою деятельность самостоятельно[4].

---

[1] Решение Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.01.2002 «О ходе выполнения отраслевой программы «Общая врачебная (семейная) практика». Протокол №1; Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2003 «Финансирование общих врачебных (семейных) практик в условиях обязательного медицинского страхования рекомендации».

[2] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2002 № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации».

[3] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.08.2003 № 402 «Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача)».

[4] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.01.2005 № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2005 № 633 «Об организации медицинской помощи»; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.07.2005 № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

Несмотря на утвержденное нормативное отождествление понятий «врач общей практики» и «семейный врач», в первичном звене, наряду с терапевтическими участками, могут быть организованы как участки врача общей практики, так и участки семейного врача. При этом определена следующая численность населения на участках: на терапевтическом – 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше; на участке врача общей практики – 1500 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше; на участке семейного врача – 1200 человек взрослого и детского населения[1]. Однако в последующем нормативные правовые документы были отменены[2].

Нормативно также был закреплен перечень критериев оценки эффективности деятельности ВОП, среди которых: стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения, частота вызовов скорой медицинской помощи, увеличение числа посещений с профилактической целью; полнота охвата профилактическими прививками, а также лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, ряд показателей по отдельным нозологиям (туберкулез, артериальная гипертония, сахарный диабет и онкологические заболевания) и показателям, отражающим состояния здоровья детей и беременных женщин[3].

В последующем, основные положения об организации деятельности ВОП были отражены в приказе Минздрава России от 15.05.2012 № 543 «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», где в перечень специалистов, имеющих право оказывать ПМСП вошел ВОП, а также представлены медицинские организации, в которых они могут

---

[1] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.08.2006 № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу»

[2] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.05.2012 № 577н «О признании утратившими силу приложений N 3-5 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2002 № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации»; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.10.2009 № 846 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2005 № 633 «Об организации медицинской помощи»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»; Постановление Правительства Российской Федерации от 17.06.2020 № 868 «О признании утратившими силу некоторых актов…».

[3] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.05.2007 № 325 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)».

оказывать медицинскую помощь. В данном приказе определена возможность организации участка ВОП, наряду с терапевтическим, с определением численности населения на данном участке со следующим разделением: на участке ВОП – 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше; на участке семейного врача – 1000 человек взрослого и детского населения. Представлены рекомендации о возможной организации отделения общей врачебной (семейной) практики со стандартом его оснащения.

Также определен норматив времени на одно посещение пациентом ВОП – 18 минут в связи с заболеванием, необходимым для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации – не более 35%)[1].

Таким образом, сформированная нормативная правовая база позволила закрепить все основные аспекты деятельности ОВП в Российской Федерации, которые должны способствовать её широкому внедрению в первичное звено. В результате внедрения общеврачебной практики в некоторых регионах Российской Федерации в конце 1990-х – начале 2000-х годов получен положительный опыт, который характеризовался сокращением числа вызовов скорой медицинской помощи, снижением потребности в специализированной первичной медико-санитарной помощи, повышением качества и доступности медицинской помощи и рациональным использованием ресурсов.

Несмотря на высокую потребность, а также закрепление правовых основ деятельности ВОП, развитие института ОВП не получило своего развития в Российской Федерации, ввиду несоответствия существующей модели ОВП требованиям по оказанию ПМСП, неопределенностью зоны ответственности ВОП в части определения перечня заболеваний, которые он должен диагностировать и контролировать, а также состояний, при которых должны назначаться консультации узких спе-

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога».

циалистов. За период 2007–2013 гг. число врачей общей практики (семейных врачей) увеличилось незначительно (с 0,56 до 0,7 на 10 тыс. населения); по-прежнему врачи-терапевты участковые являются ведущими специалистами участковой службы [Боженко Д. П. и др., 2010; Сон И. М. и др., 2014; Стародубов В. И. и др., 2014; Бримкулов Н. Н., Белевский А. С., 2018].

В настоящее время российская модель работы врача-терапевта участкового как «привратника» функционирует номинально: более 50% врачей-терапевтов участковых отметили, что их пациенты напрямую записываются к врачам акушерам-гинекологам, врачам-офтальмологам, врачам-урологам, врачам-дерматовенерологам, врачам-оториноларингологам, врачам травматологам-ортопедам, врачам-психиатрам и другим врачам-специалистам. При этом в странах западной, центральной и восточной Европы у ВОП, которые являются центральной фигурой ПМСП, 80–95% пациентов начинают и заканчивают лечение в первичном звене без направления к врачам-специалистам [Kringos D. S. et al., 2015; Шейман И. М., 2019]. В отличие от России, в европейских странах расширяется роль медсестер в оказании ПМСП, которые самостоятельно проводят вакцинацию, отвечают за пропаганду здорового образа жизни, за плановые осмотры хронических больных[1]. Такое перераспределение обязанностей между врачами и средним медицинским персоналом, без снижения качества медицинской помощи, максимизирует отдачу от имеющегося медперсонала, а также экономит средства, необходимые для подготовки врачей [Rafferty A. M. et al., 2019; Lovink M. H. et al., 2019].

По данным Александровой О. Ю. с соавт. (2021), в отечественном здравоохранении необходимо совершенствование системы организации труда в части перераспределения функций и повышения ответственности среднего медицинского персонала: врачи – хотели бы избавиться от видов работ, которые может выполнять средний медицинский персонал; медицинские сестры – чтобы их роль и, соответственно, профессиональный престиж были более весомыми, имелись бы перспективы карьерного роста.

[1] OECD. Realizing the Full Potential of Primary Health Care. Policy brief. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, 2020. 16 p.

Базовый принцип построения системы оказания ПМСП на основе ОВП определяет необходимость наращивания числа ВОП, используя долгосрочное планирование их количества, регулирование структуры последипломного обучения с акцентированием внимания на первичную помощь; при этом повышаются требования к подготовке соответствующих специалистов [Lafortune G. et al., 2015].

По мнению Волнухина А. В. (2021), российское здравоохранение нуждается в комплексе мер по укреплению позиций ОВП, связанных с совершенствованием и адаптацией ее организационных моделей, координацией их деятельности с другими службами здравоохранения и социальными службами, модернизацией оснащения рабочих мест ВОП, совершенствованием подготовки; обеспечение надлежащим методическим и научным сопровождением.

Обзор публикаций по организационным аспектам внедрения общеврачебной практики в Российской Федерации и её эффективности показал отсутствие на современном этапе исследований по этой тематике, что существенно затрудняет развитие данной модели, продемонстрировавшей эффективность в исследованиях более чем двадцатилетней давности, а также зарубежным опытом.

На современном этапе самым масштабным региональным опытом перехода на развитие участковой службы по принципу врача общей практики (семейного врача) является опыт московского здравоохранения в рамках государственной программы города Москвы «Столичное здравоохранение»[1], стратегическим направлением которой является смещение «центра тяжести» в сторону первичного звена оказания медицинской помощи.

Данной программой, на основе создания института врачей общей практики (семейных врачей), в Москве предполагается улучшить преемственность ведения пациентов, расширить функционал врачей-терапевтов участковых, повысить их квалификацию, которые бы как специалисты широкого профиля владели навыками и знаниями как врача-терапевта, так и врача-специалиста, что позволит им лечить больных с наиболее распространенными заболеваниями. Наряду с этим вовлечение

[1] Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-пп «Об утверждении государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

ВОП позволит оптимизировать маршрутизацию больных с подозрением на злокачественные новообразования на диагностическом этапе с введением контроля маршрутизации пациентов для снижения сроков догоспитального обследования.

Предпосылками такого перехода, по заявлениям органов управления здравоохранением Москвы, является сложившаяся практика, при которой «…участковый врач-терапевт при обращении к ним пациентов направляет его к нескольким узким специалистам, посещение которых может занять длительное время и чаще всего сводится к проведению разовой консультативной помощи. Загруженность узких специалистов значительно возрастает, а участковый врач, помимо выполнения основных профессиональных компетенций, оказывается диспетчером по распределению пациентов к другим специалистам. При этом практически отсутствуют профилактическая работа и диспансеризация. В результате неудовлетворенными оказываются и пациенты, и врачи. Как следствие, снижается престиж участкового врача…».

С 2014 года, в штатное расписание московских городских поликлиник введена должность ВОП – специалиста широкого профиля, который должен обладать профессиональными компетенциями как врача-терапевта участкового, так и врачей-специалистов. Проводится профессиональная переподготовка, без отрыва от работы, врачей-терапевтов участковых по внутренним болезням, неврологии, ЛОР-заболеваниям, хирургии, фтизиатрии, кожным, глазным и инфекционным болезням, в том числе с использованием дистанционных форм обучения и расширения внеаудиторной работы врача с обязательным контролем знаний (самообразование), которые позволили сократить установленную норму в 864 часа, до четырехмесячного цикла в 504 часа.

По результатам реализации данной модели предполагается повысить доступность за счет снижения нагрузки на врачей-терапевтов участковых и врачей-специалистов, что отразится в виде высвобождения части квот для самозаписи к ним. При этом также ожидается снижение числа обследований на одного пациента за счет комплексного подхода к формированию плана обследования и лечения ВОП.

При этом врачам общей практики (семейным врачам) установлены дополнительные выплаты стимулирующего характера в размере 20 тыс. рублей[1].

По данным Калининской А. А. (2022), в результате реализации данной модели в Москве к 2019 году обеспеченность ВОП на 10 тыс. населения выросла с 0,01 до 2,47, при этом число врачей-терапевтов участковых, часть которых была переобучена во врачей общей практики (семейных врачей), сократилась с 4,1 до 0,92 на 10 тыс. населения. Одномоментно с этим, с учетом того, что ВОП будет заниматься лечебно-диагностическим процессом пациентов по узким профилям, снизилась обеспеченность врачами-специалистами с 25,8 до 18,77 на 10 тыс. населения.

Результаты сравнительного социологического исследования показали удовлетворенность оказанием медицинской помощью, организованной по принципу ВОП – 87,6%, врача-терапевта участкового – 73,3%. При этом для обеих моделей оказания медицинской помощи наиболее низкой оказалась удовлетворенность параметрами, характеризующими ее организацию [Волнухин А. В. и др., 2023]. Однако удовлетворенность пациента является субъективным критерием качества и доступности медицинской помощи, отражающим степень соответствия ожиданиям процесса и его результатов. Поэтому и на индивидуальном, и на популяционном уровнях его нельзя оценивать без связи с экспертным анализом объективных критериев доступности и качества медицинской помощи [Садовой М. А. и др., 2016; Claudia S. de Waard et al., 2018; Jens Detollenaere et al., 2018]. Факторы, влияющие на неудовлетворенность пациентов медицинской помощью, оказываемой ВОП, схожи как в РФ, так и за рубежом, среди которых: необоснованное отклонении их запросов, выполнении ВОП преимущественно функции «привратника», проведении осмотра второпях и недостаточном информировании; сложности получения направления к специалисту, длительное ожидание приема врача, отсутствие современного медицинского оборудования, некомфортные условия пребывания в меди-

[1] Приказ Департамента здравоохранения Москвы от 01.06.2017 № 400 «О выплатах стимулирующего характера врачам общей практики (семейным врачам)».

цинской организации, недостатки работы регистратуры, длительное ожидание результатов лабораторно-инструментальных исследований [Anthony Jerant et al., 2018; Rasmah S. et al., 2019; Артеменко Н. А., 2016; Mette Tranberg et al., 2018; Jinming Fang et al., 2019; Sonja Bidmon et al., 2020].

В аспекте удовлетворенности пациентов ПМСП, доминируют вопросы, связанные с влиянием на это уровня квалификации. По данным Пивеня Д. В. (2022), очевидна потребность в своевременной и качественной подготовке врачей. Данная проблема усугубилась в период пандемии COVD-19, когда многие врачи были мобилизованы на работу с пациентами с новой коронавирусной инфекцией и вынуждены были прервать свою основную деятельность на длительный срок, в связи с чем необходимы меры по повышению квалификации врачей, при этом важным является их содержание и условия реализации.

Определенную роль в этом должна сыграть сформированная система непрерывного медицинского образования. Электронный формат поступления информации (вебинары, тренинги) отличается оперативностью поступления до медицинского персонала, в отличие от традиционных утвержденных форм обучения, зачастую не отвечающих запросам практического здравоохранения [Пенькова Л. В. и др., 2020; Кузнецов М. Ю. и др., 2022].

Дистанционные формы обучения вносят существенный вклад в решение задач оптимизации медицинского образования – его актуализации, своевременности, структуризации направлений получения профессиональных знаний, умений и навыков в отношении новых методик диагностики, лечения, профилактики, реабилитации заболеваний и организации лечебного процесса [Мошетова Л. К. и др., 2019]. При этом необходимо совершенствовать регламентирующую нормативно-правовую базу, а также одномоментно с этим развивать курсы повышения квалификации по освоению медицинскими работниками современных информационных технологии [Ланько С. В. и др., 2019]. Наряду с этим важным является определение профессиональных потребностей врачей в повышении уровня знаний, с учетом специализации и личной заинтересованности [Жабоева С. Л. и др., 2016].

По данным ряда авторов [Лопатина А. Б., 2016; Красносельских Т. В. и др., 2020; Тюкина Л. В., 2022], непрерывное повышение квалификации врачей является актуальной задачей, сопряженной со сложностями организационного и научно-практического характера, а внедрение методов дистанционного обучения имеет свои неоспоримые достоинства, которые касаются упрощения организационной структуры вопросов обучения и усвоения большого количества новой информации. Однако такие формы обучения имеют и свои недостатки и не восполняют живого общения с преподавателем, который является носителем теоретических знаний и практических навыков. Наряду с этим при дистанционном обучении отмечается недостаток практических занятий, низкое качество лекционного и практического материала. По данным опросов выявлена неудовлетворенность многих респондентов качеством предлагаемого материала.

В повышении квалификации важной составляющей является мотивация врачей к обучению. По данным социологических исследований, 72,3% врачей не считают необходимым курсы повышения квалификации каждые 5 лет; 54,6% врачей с опытом работы до 5 лет определяют необходимым только практическое обучение; недовольны уровнем преподавания и организацией курсов повышения квалификации 66,4% опрошенных; 75,5% врачей не посещают медицинские семинары, конференции и другие мероприятия, а 35,7% врачей отметили, что администрация медицинских организаций не поддерживает стремление к образованию и не отпускает с рабочего места. Среди претензий к курсам повышения квалификации, респонденты отметили: несоответствие теоретических знаний практике; недостаток тренингов по отработке практических навыков; необходимость отрыва от работы. Среди предложений по улучшению курсов повышения квалификации, врачи отметили необходимость их краткосрочности, без отрыва от работы; актуальные темы для практической деятельности с возможностью интерактивного общения с аудиторией; увеличение практических занятий [Бреусов А. В. и др., 2010; Авилов О. В. и др., 2015; Ветшева Н. Н. и др., 2017].

По данным Волнухина А. В. с соавт. (2022), для обеспечения результативности непрерывного медицинского образования важно знать социально-профессиональный

портрет врача общей практики (семейного врача), который в Москве представлен следующим образом: женщина в основном возрастном диапазоне от 31 года до 60 лет, с базовой подготовкой по терапии и общим профессиональным стажем более 20 лет, прошедшая профессиональную переподготовку по общей врачебной практике в течение последних 10 лет, работающая в государственной медицинской организации и не имеющая ученой степени. Ключевыми факторами, влияющими на профессиональную удовлетворенность, для них являются общение с пациентами, психологические и социальные аспекты, признание, баланс между работой и личной жизнью, независимость, гибкий график работы и учебы, возможность работать неполный рабочий день, справедливая оплата труда. Среди основных проблем, связанных с условиями труда, отмечают перегрузку и бюрократические сложности. Факторами риска увольнения являются ненормированный график работы, неудовлетворительные финансовые условия, профессиональное выгорание.

Обзор публикаций позволил в некоторой степени отразить вопросы внедрения ОВП в Москве, однако отсутствие работ по результатам и эффективности внедрения данной модели по сравнению с традиционной формой оказания ПМСП врачом-терапевтом участковым, определяет необходимость исследований в данном направлении.

1.4. Телемедицинские технологии и их роль в первичном звене здравоохранения

Информатизация здравоохранения в Российской Федерации имеет тенденцию к росту, однако существующие финансовые, организационно-управленческие, технические, юридические различия между субъектами Российской Федерации могут быть весомыми факторами в замедлении темпов ее унифицированного роста, что в условиях продолжающегося экономического кризиса и конкуренции приоритетов в развитии системы здравоохранения формирует определенные риски и определяет необходимость дальнейшего совершенствования регулирования вопросов

информатизации здравоохранения, научного обоснования, проведения исследований различных аспектов ее применения с учетом практического опыта и анализа существующих практик [Агамов З. Х., Берсенева Е. А., 2022].

В госпрограмме Москвы «Столичное здравоохранение», наряду с внедрением общей врачебной практики, одним из важнейших направлений по повышению эффективности оказания ПМСП определена информатизация здравоохранения и широкое внедрение телемедицинских технологий, с учетом зарубежного и отечественного опыта, недостаточное развитие которых является в настоящее время сдерживающим фактором развития здравоохранения. В рамках данного направления поставлены задачи по реализации программ стимулирования внедрения современных информационных систем; реализация мероприятий по популяризации использования информационных технологий в здравоохранении; масштабирование решений для оказания медицинских услуг с использованием телемедицины[1].

Последнее десятилетие мировое здравоохранение характеризуется активным развитием и внедрением в практику телемедицины, что связано с широким распространением информационных и коммуникационных технологий, расширением зоны покрытия интернетом, доступностью компьютеров и смартфонов, которые вошли в повседневную жизнь населения и стали неотъемлемыми атрибутами жизни граждан независимо от места проживания[2].

«Современная телемедицина – это широкое понятие, включающее в себя различного рода процедуры передачи медицинской информации с целью поддержания уровня здоровья населения, его сохранения и/или улучшения, а также дополнительного обучения медицинских кадров.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет термин «телемедицина» как способ предоставления специалистами системы охраны здоровья, медицинских услуг с применением информационных и коммуникационных технологий, посредством которых осуществляется обмен информацией, необходимой для

[1] Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-пп «Об утверждении государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».
[2] Материалы данного параграфа представлены в публикации: Агамов З. Х., Берсенева Е. А., Москвичева Л. И. Проблемные аспекты нормативно-правового регулирования телемедицины в Российской Федерации // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24, № 1. С. 11–16.

профилактики, диагностики и лечения, а также обучения медицинских работников в условиях удаленного доступа [Kim J., Alanazi H., Daim T., 2015].

Телемедицинские технологии в практическом здравоохранении могут быть реализованы в следующих формах:

– телехирургия – выполнение хирургического вмешательства с помощью дистанционно управляемой робототехники;

– телеконсультация между врачами одной или различных специальностей;

– телемониторинг – использование информационных технологий и телекоммуникаций для наблюдения за пациентами на расстоянии (включая телереабилитацию);

– мобильное здоровьесбережение – использование персональных цифровых инструментов для оценки показателей индивидуального состояния здоровья;

– электронное здравоохранение – применение телекоммуникаций для оптимизации процессов оказания медицинских услуг (включая телеобразование, технологии виртуальной реальности) [Huang E.Y, Knight S. et al., 2019].

Во многих странах телемедицинские технологии находят широкое применение на различных этапах оказания медицинской помощи: догоспитальном, госпитальном, постгоспитальном. Движущей силой данного процесса является потребность в развитии альтернативных вариантов получения медицинских услуг, при которых пациент может оставаться в домашних условиях [Hayiroglu M. I., 2019).

В зависимости от используемых способов передачи информации телемедицинские технологии могут быть реализованы следующим образом:

– синхронная телемедицина – двунаправленная связь в реальном времени между медицинским работником и пациентом / его родственником / медицинской сестрой / врачом с использованием аудиовизуальных телекоммуникационных технологий;

– асинхронная телемедицина – электронная передача медицинских данных (изображений, текста, видеозаписей) поставщику медицинских услуг для их оценки и предоставления услуги;

– дистанционное наблюдение за пациентом (удаленный мониторинг) – получение медицинских данных непосредственно от пациента, во время его обычной

повседневной деятельности либо выполнения лечебных процедур, передаваемых поставщику медицинских услуг для анализа и формирования рекомендаций;

– обучение специалистов на основе мобильных коммуникационных платформ (мобильных телефонов, планшетов, персонального компьютера) [Gioia G., Salducci M., 2019].

Эффективность и безопасность применения телемедицинских технологий в здравоохранении продемонстрирована множеством рандомизированных контролируемых исследований. Телемедицина с успехом используется в лечении больных такими заболеваниями, как: сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, рассеянный склероз, острое нарушение мозгового кровообращения, ВИЧ-инфекция, хронический болевой синдром [Flumignan C.D.Q., Rocha A.P.D. et al., 2019].

Телемедицина позволяет улучшить качество и доступность медицинской помощи в удаленных, труднодоступных регионах, а также сельских районах и в развивающихся странах, не имеющих надлежащей инфраструктуры здравоохранения. Данные консультации могут объединять различных специалистов как в рамках одной страны, так и способствовать развитию международного сотрудничества. Применение телемедицинских технологий способствует росту уровня информированности населения о способах поддержания собственного здоровья, контроля течения хронических заболеваний, правильности выполнения рекомендуемых специалистами лечебных мероприятий. Получение медицинских услуг дистанционно может способствовать разгрузке медицинских учреждений первичного звена, а также сокращению числа госпитализаций по поводу обострения хронических заболеваний [Protásio L., 2019].

Использование телемедицинских услуг, как показывает зарубежная практика, может привести к реальным улучшениям в состоянии пациентов. В частности, использование телемедицинских систем для проведения телеконсультаций и телемониторинга больных сахарным диабетом в США привело к снижению частоты госпитализаций и амбулаторных визитов пациентов с сахарным диабетом на 58% (по данным клинических исследований, проведенных в 2011 году «WellDos

DiabetsManager). Аналогичные исследования по иным хроническим заболеваниям в зарубежных странах также демонстрируют положительный эффект получения телемедицинских услуг пациентами. Так, в соответствии с исследованиями, проведенными в 2012 году Scheper Hospital в Нидерландах, результатом наблюдения посредством телемониторинга за пациентами, страдающими хроническими сердечными заболеваниями, стало уменьшение количества госпитализаций на 64%, количества амбулаторных посещений – на 39%; времени госпитализации – на 87%.

Однако потенциальные выгоды телемедицины должны оцениваться с учетом множества особенностей и сложностей, связанных с ее использованием, включая юридические, организационные, финансовые, технические, этические и социальные аспекты. Основными трудностями применения телемедицинских технологий в различных странах сегодня являются:

– недопонимание, неверное истолкование пациентом полученных от врача рекомендаций;

– невозможность оценки невербальных коммуникаций при общении, в результате чего не достигается оптимальный уровень доверия между пациентом и врачом, а также необходимая степень приверженности больного лечению;

– размытость ответственности за техническую подготовку медицинских работников и качество оказываемых дистанционных услуг;

– вовлечение неклинического персонала в телеконсультации и небезопасность, уязвимость линий электропередачи;

– необходимость в бессрочном хранении медицинской документации;

– высокие затраты на телемедицинские услуги (оборудование, обучение и постоянная техническая поддержка);

– наличие операционных рисков, обусловленных технологическими недостатками или недостаточностью рабочего персонала;

– сложная техническая совместимость между странами;

– отсутствие единых этических стандартов и правил проведения телемедицинских консультаций;

– необходимость создания глобальной инфраструктуры электронного здравоохранения;

– отсутствие надежных, методологически обоснованных исследований, оценивающих эффективность различных технологий, связанных с телемедицинскими услугами;

– отсутствие исследований экономической эффективности применения телемедицинских технологий [Gioia G., Salducci M., 2019; Flumignan C. D. Q., Rocha A. P. D. et al., 2019; Protásio Lemos da Luz., 2019].

Несмотря на то, что в Российской Федерации (РФ) в последние годы было принято множество федеральных и отраслевых нормативных правовых актов, регламентирующих отношения в области применения телемедицинских технологий, их распространение затронуло, в основном, частное здравоохранение, оставаясь весьма ограниченным в наиболее массовом государственном секторе. Данное явление связано с недостаточной проработанностью законодательной базы, которая в настоящее время не регулирует все аспекты применения телемедицины. При этом необходим научный анализ практического опыта реализации данных технологий в России, который позволил бы конкретизировать нормы и стандарты применения телемедицины и послужил информационной платформой для дальнейшего совершенствования нормативного правового регулирования данной сферы в РФ.

Процесс развития телемедицины в РФ начался в 2001 году, когда была принята «Концепция развития телемедицинских технологий в Российской Федерации», согласно которой к телемедицинским технологиям относятся консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий»[1]. Концепция определила основные направления развития, цели и варианты применения телемедицинских технологий в Российской Федерации и организационную структуру телемедицинских центров.

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №344/76 от 27.08.2001 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации».

В данном документе указаны важнейшие нормативные правовые аспекты реализации телемедицины, такие как: определение показаний для проведения телемедицинских консультаций населению; обязательное добровольное информированное согласие пациента на проведение консультации с использованием информационных и коммуникационных технологий; определение ответственности консультанта за исход рекомендуемого им лечения; разработка процедуры подтверждения качества и количества передаваемых/получаемых материалов и их регистрации; создание условий конфиденциальности консультации и защиты персональных данных ее участников; необходимость документирования сеанса оказания телемедицинской услуги с последующим архивированием данных; разработка процедуры аутентификации консультанта и другие.

В 2004 году телемедицина была включена в номенклатуру работ и услуг в здравоохранении в отдельный вид работ по медицинской информатике[1]. Серьезный толчок развитию телемедицины в мире дала принятая в 2005 году на 58-й сессии ВОЗ резолюция «Электронное здравоохранение», которая определила роль телемедицины в мире и рекомендации по развитию и внедрению телекоммуникационных технологий[2].

28 октября 2010 года Ассамблеей государств СНГ был принят закон о телемедицинских услугах, с последующим заключением Соглашения о сотрудничестве в разработке и реализации единых совместимых национальных информационно-коммуникационных систем в здравоохранении, позволяющих увеличить доступность и качество оказываемых медицинских услуг населению независимо от региона проживания и социального статуса[3].

Определенный вклад в развитие телемедицины в РФ также внёс Федеральный Закон от 29 ноября 2010 года № 326 «Об обязательном медицинском страхо-

[1] Номенклатура работ и услуг в здравоохранении (утвержденная Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.06.2004).
[2] Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. WHA58.28 Электронное здравоохранение.
[3] Постановление Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ от 28.10.2010 №35-7 «Модельный закон о телемедицинских услугах»; Соглашение о сотрудничестве государств-участников СНГ в создании совместимых национальных телемедицинских систем и дальнейшем их развитии и использовании (Санкт-Петербург, 19 ноября 2010 г.).

вании в Российской Федерации». Согласно статье 50 данного нормативного правового документа, создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также внедрение телемедицинских систем и систем электронного документооборота стали одним из трех основных направлений финансового обеспечения программ по модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации[1]. В результате данных мероприятий было успешно организовано около 600 тыс. автоматизированных рабочих мест для медицинских работников, а также в медицинских учреждениях в разы возросло абсолютное количество требуемого для проведения сеансов видеоконференцсвязи оборудования [Салтыкова Н. Ю., 2012; Леванов В. М. и др., 2017].

Следующим этапом стало утверждение в 2014 году Правительством РФ Государственной программы «Развитие здравоохранения». В ней отмечалась необходимость развития информационных технологий в российском здравоохранении, а также перспективность разработки и внедрения в практику новых технологий передачи и обработки информации. В последующих редакциях данного документа была отдельно выделена подпрограмма «Информационные технологии и управление развитием отрасли», в которой важнейшим мероприятием являлась информатизация системы здравоохранения, включая развитие телемедицинских технологий[2]. Указанные нормативные правовые акты длительное время носили декларативный характер, и использование телемедицины при оказании медицинских услуг в РФ не было в должной степени отрегулировано.

Утвержденный 25.10.2016 приоритетный проект «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий»[3] способствовал принятию Федерального закона от 29.07.2017 № 242-ФЗ, в котором впервые введено понятие «телемедицинские технологии» и дано ему определение[4].

---

[1] Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 №326-ФЗ.

[2] Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

[3] Паспорт приоритетного проекта «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий» (приложение к протоколу президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 25.10.2016 № 9).

[4] Федеральный закон от 29.07.2017 №242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» детализировал представленные в Федеральном законе № 242-ФЗ положения, однако также не был лишен недостатков и противоречий. Данным Приказом установлена возможность применения телемедицинских технологий в рамках программы государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ[1]. Однако в «Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» применение данных технологий указано только в разделе VI и лишь в отношении оказания медицинских услуг населению, проживающему в отдаленных, труднодоступных, малонаселенных пунктах или сельской местности. Согласно данному документу телемедицинские услуги учитываются в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи территориальными программами государственных гарантий[2].

Таким образом, согласно базовой ПГГ, применение телемедицинских технологий отдано в ведение регионов, что существенно ограничивает возможность их реализации в связи со значительными различиями в уровнях развития регионов и их финансовых возможностях. Данный шаг можно объяснить тем, что включение телемедицинских технологий в базовую программу государственных гарантий повлекло бы выделение субвенций и дотаций регионам на обеспечение необходимой инфраструктурой, что в условиях нехватки финансирования затруднительно.

Следует также отметить, что согласно Приказу Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», услуги телемедицины представлены только дистанционной расшифровкой и описанием/интерпретацией данных функциональной и лучевой диагностики, а также гистологических и цитологических исследований. Проведение консультаций врачей-

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».
[2] Постановление Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

специалистов с использованием телемедицинских технологий федеральной номенклатурой не предусмотрено[1].

Однако, согласно разъяснительному письму Министерства здравоохранения Российской Федерации, телемедицинские технологии не являются видом медицинской помощи, а всего лишь технологической составляющей при оказании медицинской помощи[2]. Но даже если рассматривать телемедицинские технологии как составляющую медицинской помощи, её следовало бы включить отдельным пунктом в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС[3].

Ещё один правовой барьер при оплате медицинской помощи, оказываемой с применением информационных и коммуникационных технологий, установлен в нормативных документах в виде возможности оплаты медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, оказанной преимущественно только в медицинских организациях третьего уровня[4].

Несмотря на разъяснение в письме Минздрава России о телемедицинских технологиях как о технологическом компоненте при оказании медицинской помощи, для телемедицинских технологий установлен определенный порядок Приказом Минздрава России от 30.11.2017 № 965н, положения которого противоречат Федеральному закону №323-ФЗ, согласно которому, «порядки оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям»[5].

Не менее важным аспектом, ограничивающим широкое внедрение телемедицинских услуг, являются организационные различия их применения в условиях систем частного и государственного здравоохранения. Так, пункт 9 вышеуказанного Приказа устанавливает обязательность, в случае получения медицинской помощи

---

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

[2] Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.04.2018 № 18-2/0579 «О разъяснении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

[3] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (ред. от 09.04.2020) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

[4] Информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №11-7/10/2-7543, №14525/26-1/И от 21.11. 2018 года «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

[5] Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

в рамках программы государственных гарантий, идентификации и аутентификации пациента с использованием единой системы идентификации и аутентификации (ЕСИА). В то время как Федеральным законом № 242-ФЗ определен единый порядок использования ЕСИА во всех случаях оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий.

В Приказе Минздрава России № 965н не представлены этапы оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и стандартов оснащения лечебно-профилактических учреждений для проведения телемедицинских консультаций. Указывается лишь необходимость наличия «помещения, средств связи и оборудования для проведения консультаций», что затрудняет оценку уровня оснащенности медицинских организаций для полноценного использования информационных и коммуникационных технологий. Данным Приказом также ограничено использование мобильных средств связи для оказания медицинской помощи, их использование допускается только бригадами скорой медицинской помощи, а также в труднодоступных районах Севера.

Определенным толчком в развитии нормативного правового обеспечения использования телемедицинских услуг при оказании медицинской помощи в РФ явилось распространение новой коронавирусной инфекции. Необходимость оперативного реагирования на ситуацию способствовала принятию ряда нормативных правовых документов, регулирующих отношения в процессе оказания медицинских услуг инфекционным больным, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

Наряду с использованием населением индивидуальных средств защиты и соблюдением введенного во многих регионах РФ режима самоизоляции, оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в условиях пандемии COVID-19 является наиболее оптимальным способом противодействия распространению коронавирусной инфекции за счет снижения частоты очных контактов между медицинскими работниками и пациентами / их родственниками / врачами / медицинскими сестрами, а также уменьшения потребности в госпитализациях по поводу обострения хронической патологии.

Приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» регламентировал создание федерального и региональных дистанционных консультативных центров, для телемедицинских консультаций врачей регионов по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции и внебольничных пневмоний[1]. В отличие от Приказа № 965н, в данном нормативном правовом документе определен порядок взаимодействия между участниками телемедицинских консультаций, который включает в себя перечень состояний, при которых возможна телемедицинская консультация, типовой протокол телемедицинской консультации, техническое сопровождение. Также данным подзаконным правовым актом определена ответственность лиц за организацию телемедицинских консультаций, установлен круглосуточный режим работы консультативных центров, введены формы отчетности.

Наиболее подробно детализировал порядок оказания телемедицинских консультаций пациентам Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.04.2020 №356 «О применении телемедицинских технологий при организации оказания консультаций по вопросам коронавирусной инфекции COVID-19 и подборе персонала в медицинские организации города Москвы»[2]. Данный нормативный правовой документ можно считать единственным, который на сегодняшний день раскрыл практически все аспекты оказания медицинской помощи населению с применением телемедицинских услуг.

Согласно данному Приказу на базе центра медицинской профилактики ДЗМ создано структурное подразделение – телемедицинский центр (ТМЦ) по оказанию дистанционных консультаций гражданам города Москвы, состояние которых позволяет наблюдаться на дому. В приказе определена организационная структура

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03. 2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

[2] Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.04.2020 № 56 «О применении телемедицинских технологий при организации оказания консультаций по вопросам коронавирусной инфекции COVID-19 и подборе персонала в медицинские организации города Москвы».

ТМЦ с указанием штатных нормативов, в которые помимо врачей включены администраторы, операторы электронно-вычислительных машин, аналитики и прочий персонал с указанием конкретных функций каждой должности, а также представлены требования к организации рабочего места медицинского работника с перечнем необходимого оборудования для осуществления телемедицинских консультаций. Впервые в нормативном правовом документе определен порядок контроля качества телемедицинских консультаций (ретроспективный аудит результатов консультации, зафиксированных в электронной карте пациента). Выполнение дистанционной консультации, согласно данному Приказу, возможно только после очного осмотра и должно осуществляться в круглосуточном режиме после регистрации пациента и авторизации на телемедицинской платформе. Определена четкая последовательность действий врача в ходе телемедицинской консультации, представлен перечень состояний, при которых пациенты остаются под динамическим наблюдением на дому или передаются в активы службы вызовов на дому или станцию скорой медицинской помощи.

В телемедицинском центре ДЗМ, на 21 января 2022 г. в Москве провели более 1,8 миллиона телемедицинских консультаций для пациентов с COVID-19, что является уникальным опытом столь масштабного практического применения телемедицинских консультаций пациентов в государственном секторе здравоохранения[1].

По данным исследования Тяжельникова А. А. (2022), в ходе использования телемедицинских технологий при лечении пациентов с COVID-19 в 1,7 раз выросло число полностью выздоровевших пациентов, в 2,8 раз сократилась доля пациентов с осложнениями основного заболевания, в 2,3 раза уменьшилось число пациентов, требующих очной явки к врачу поликлиники, почти в 2 раза сократилось число вызовов скорой медицинской помощи и в 4 раза – госпитализаций.

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 позволила получить опыт использования телемедицинских технологий при лечении пациентов с COVID-19 и определяет необходимость их дальнейшего использования в самом

[1] Сергей Собянин: В Москве провели более 1,8 миллиона телемедконсультаций для пациентов с COVID-19 // Официальный сайт Мэра Москвы. [Электронный ресурс]. URL: ttps://www.mos.ru/mayor/themes/18299/8025050/.

массовом секторе здравоохранения – первичном звене для обеспечения качества и доступности медицинской помощи при возрастающих ее объемах, связанных с ростом продолжительности жизни граждан и накопленной заболеваемостью населения, сформированной в период ограничительных мер в период пандемии, на фоне неудовлетворительного обеспечения медицинскими кадрами учреждений первичного звена.

Недостаток научных исследований в этом направлении определяет необходимость получения практического опыта с последующим анализом его результатов, что послужит информационной платформой для разработки регламента, стандартов и методических рекомендаций, с последующим распространением телемедицинских технологий в медицинских организациях первичного звена.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика базы исследования

Исследование проводилось в субъекте Российской Федерации – городе федерального значения Москва, который является крупнейшим мегаполисом Российской Федерации, политическим, административным, экономическим, финансовым, научным центром страны с формированием особого городского пространства с более высокими ориентирами по оказанию медицинской помощи населению города. По данным Росстата, на начало 2023 года численность населения Москвы составила 13104177 человек, населяющих 146 муниципальных образований, включая 125 муниципальных округов, 19 поселений и 2 городских округа, распределенные на 12 административных округов.

На конец 2022 года в системе здравоохранения Москвы функционировало 172 больничных учреждения, в которых было размещено 80250 коек, и 1308 амбулаторно-поликлинических учреждения, в которых выполнено 167296066 посещений. Работу системы здравоохранения Москвы обеспечивало 92165 врачей и 112457 средних медицинских работников.

В качестве основной базы исследования было определено Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 115 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее ГП № 115).

Поликлиника территориально располагается в Северо-Западном административном округе Москвы. Имеет в своей структуре головное учреждение и 4 филиала, расположенные в районах Хорошево-Мневники (головное учреждение и филиал № 2), Щукино (филиалы № 1 и № 4) и Покровское – Стрешнево (филиал №3). Численность обслуживаемого населения на начало 2023 года составила 228665 человек, из них: трудоспособного возраста – 144911 человек (63,3%), старше трудоспособного возраста – 83754 человек (35,7%). Мощность подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 3489 посещений в смену. Население распределено на 48 терапевтических участков, среднее число населения

на 1 терапевтический участок составляет 4763 человека. Согласно штатному расписанию, на начало 2023 года имелось 348,75 должностей врачей, из которых занято – 295,75 должностей: среднего медицинского персонала – 322,5 должностей, из которых занято – 225,5; прочий персонал – 219 должностей, из которых занято – 191. В структуре ГП № 115 имеется отделение медицинской профилактики с центром здоровья, хирургическое отделение, консультативно-диагностическое отделение, пять терапевтических отделений, рентгенологическое отделение, отделение помощи на дому.

При проведении социологического исследования, для получения данных о посещениях пациентами врачей, выяснения организационных аспектов оказания первичной медико-санитарной помощи в поликлинике и способах повышения её доступности, помимо врачей ГБУЗ «ГП № 115 ДЗМ», участвовали также врачи ГБУЗ «ГП № 9 ДЗМ», ГБУЗ «ГП № 219 ДЗМ» и ГБУЗ «КДЦ № 4 ДЗМ».

2.2. Этапы и методы исследования

Исследование включало в себя несколько этапов (Таблица 2.1).

Разработанная программа исследования включала комплекс современных методов, адаптированных к задачам исследования, с последующей статистической обработкой и научным анализом полученных данных. Предложенная последовательность проведения исследования, используемые при этом методы исследования и выбранная база исследования позволили решить поставленные задачи, научно обосновать, разработать и апробировать организационные технологии по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в городе Москве.

На всех этапах, при проведении выборочных исследований, обеспечивалась их репрезентативность с допущением 5%-й ошибки и составляла не менее 400 единиц наблюдения, согласно таблице Паниотто[1].

[1] Паниотто В. И., Максименко В. С. Статистический анализ социологических данных. Киев: Издательский Дом «КМ Академия», 2004, 270 с.

Таблица 2.1 – Этапы и методы исследования

Этапы исследования	*Методы исследования*	*Источники информации и объем исследования*
1-й этап. Изучение отечественных и зарубежных публикаций и нормативных правовых актов по теме исследования. Разработка плана диссертационного исследования	Изучение и обобщение опыта, контент-анализ, аналитический	Научные публикации, нормативные правовые акты, официальные источники по проблеме исследования (400 единиц).
2-й этап. Анализ тенденций основных медико-демографических показателей и особенностей заболеваемости взрослого населения Москвы и проведение их сопоставления с аналогичными показателями Российской Федерации и индикативными значениями государственных программ здравоохранения и федеральных проектов	Аналитический, статистический	Статистические сборники Минздрава России за 2012–2022 гг.: – «Медико-демографические показатели Российской Федерации»; – «Заболеваемость взрослого населения России (с диагнозом, установленным впервые в жизни)»; – «Общая заболеваемость взрослого населения в России»; – «Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста в России (с диагнозом, установленным впервые в жизни)»; – «Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста в России». Статистические сборники Департамента здравоохранения Москвы «Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы» за 2012–2022 гг.
3-й этап. Анализ динамики объемов оказываемой медицинской помощи и показателей кадрового обеспечения Москвы и их сопоставление с аналогичными показателями в Российской Федерации. Анализ показателей объемов оказываемой медицинской помощи и показателей кадрового обеспечения городской поликлиники №115 ДЗМ Анализ динамики объемов и структуры посещений по врачебным специальностям, сроков ожидания медицинской помощи и продолжительности приема в городской поликлинике № 115 ДЗМ и по городским московским поликлиникам в целом.	Статистический, аналитический	Статистические сборники Минздрава России за 2012–2022 гг.: – «Ресурсы и деятельность медицинских организаций, 1 часть. Медицинские кадры»; – «Ресурсы и деятельность медицинских организаций, 2 часть. Средний медицинский персонал»; – «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 3, 4 и 5 части. Коечный фонд (число и обеспеченность населения койками различных профилей)»; коечный фонд (средняя занятость и средняя длительность пребывания на койке в году)»; коечный фонд (оборот койки и летальность)»; – «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 6 часть. Основные показатели здравоохранения». Статистические сборники Росстата «Здравоохранение в России» за 2012 - 2022 гг. Статистические сборники ДЗМ «Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы» за 2012 - 2023 гг. Формы федерального статистического наблюдения №30 ГБУЗ ГП № 115 ДЗМ за 2012–2022 гг. Аналитическая подсистема ЕМИАС (данные за 2018-2022 гг.).

Продолжение таблицы 2.1

Этапы исследования	*Методы исследования*	*Источники информации и объем исследования*
3-й этап. Исследование особенностей посещаемости пациентами городской поликлиники и её структуры – посещения при подготовке пациентов к МСЭ; – посещения при подготовке пациентов на санаторно-курортное лечение; – посещения для получения справок и заключений – посещения для получения направлений Анализ мнений врачей и пациентов по различным аспектам оказания ПМСП	Статистический, аналитический, социологический, экономический	Разработанные формы для регистрации посещений пациентов; 2531 посещение в 2017 году и 3420 посещений в 2021 году. Журналы регистрации пациентов, направленных на МСЭ за 2022 год (2307 пациентов). Данные ЭМК 471 пациента, направленных на МСЭ в 2022 году. Журналы регистрации справок по форме 070/у-04 для получения путевки на санаторно-курортное лечение (8367 пациентов). Журнал регистрации выданных санаторно-курортных карт по форме 072/у-04 (5302 пациента). Данные ЭМК 400 пациентов, направленных на санаторно-курортное лечение. Разработанные формы для регистрации посещений пациентов для получения справок и заключений (706 посещений); для получения направлений (904 посещения). Результаты интервьюирования 393 врачей и 389 пациентов
4-й этап. Исследование различий в деятельности врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых в Москве. Исследование трудовых функций врачей и медицинских сестер. Исследование отношения к внедрению телемедицинских технологий при оказании ПМСП и определение потенциала использования телемедицинских технологий при оказании ПМСП	Статистический, аналитический, социологический	Нормативные правовые документы федерального и регионального уровней Данные по числу принятых в течение года пациентов и направляемых на консультации к врачам-специалистам с приемов (ЕМИАС): – 59 врачей общей практики (принято 249455, из них 20428 направлено); – 53 врачей-терапевтов участковых (принято 199417, из них 23216 направлено). Данные по обоснованности назначаемых консультаций получены из специально разработанных форм для регистрации посещений на приемах у врачей-специалистов (1307 пациентов, направленных врачами общей практики и 1297 врачами-терапевтами участковыми) Выполнено анкетирование пациентов и врачей городской поликлиники с использованием специально разработанных анкет (1500 пациентов и 500 врачей). Разработанные формы для регистрации посещений пациентов, на предмет возможности их выполнения с помощью телемедицинских технологий (3233 посещения)
5-й этап. Разработка, апробация и оценка эффективности организационных технологий совершенствования ПМСП: повышение квалификации врачей-терапевтов участковых и ВОП по специальности «урология»; повышение роли среднего медицинского персонала; внедрение телемедицинских технологий.	Аналитический, статистический, социологический, экономический	Разработанная форма для регистрации врачами-урологами посещений пациентов (2530 посещений) в ходе эксперимента. База данных пациентов с подозрением на рак предстательной железы участвующих в организационном эксперименте (207 пациентов). База данных пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением 110 пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты и низким риском прогрессии. Мероприятия в рамках организационных экспериментов.

Обработка и статистический анализ результатов производились с применением пакета статистических программ SPSS v.22 (Chicago, IL) и Microsoft Office Excel. Данные представлены в абсолютных и относительных величинах. Для сравнительной оценки качественных показателей в разных выборках применялся критерий X^2, Z-критерий и критерий Мак-Нимара. Для определения связи между параметрами применялся корреляционный анализ по Спирмену. Статистически значимые различия принимались при $p < 0,005$.

На первом этапе изучено состояние здоровья взрослого населения Москвы и Российской Федерации в динамике за 2012–2022 г. на основе данных официальной статистической отчетности. Для динамического анализа показателей рождаемости, смертности, миграционного и естественного прироста населения, ожидаемой продолжительности жизни, заболеваемости населения и её структуры использовались статистические сборники Минздрава России за 2012–2022 гг.: «Медико-демографические показатели Российской Федерации», «Общая заболеваемость взрослого населения в России», «Заболеваемость взрослого населения России (с диагнозом, установленным впервые в жизни)», «Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста в России», «Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста России (с диагнозом, установленным впервые в жизни)». Для получения отдельных данных по состоянию здоровья населения Москвы за 2012–2022 гг. использовались статистические сборники Департамента здравоохранения Москвы «Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы». По ряду показателей, для выполнения сравнительного анализа на соответствие целевым показателям государственных программ по развитию здравоохранения и федеральных проектов, использованы данные целевых значений из соответствующих нормативных правовых актов: Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «Об утверждении государственной программы города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)"», Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

На следующем этапе изучены ресурсы и деятельность государственной системы здравоохранения Москвы. При этом использованы данные официальной статистической отчетности за 2012–2022 гг.: статистические сборники Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций»; статистические сборники Росстата «Здравоохранение в России» за 2012 - 2022 гг.; статистические сборники Росстата «Здравоохранение в России» за 2012 - 2022 гг.; «Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы»; формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о деятельности медицинской организации» по ГП № 115.

Выполнен динамический анализ следующих показателей: обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения, соотношения врач / средний медицинский персонал, сравнительный анализ данных показателей на соответствие целевым значениям, представленным в соответствующих нормативных правовых актах: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»; Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 « Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»; Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 N 461-ПП «Об утверждении государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»; Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», паспорт федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».

Отдельно рассмотрены показатели обеспеченности населения города Москвы и ГП № 115 врачами-терапевтами участковыми и врачами (общей практики) и их средним медицинским персоналом, соотношение данных врачебных специальностей, укомплектованность врачебных должностей данных специальностей, коэффициент совместительства. Рассчитаны данные по дефициту/избытку

врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), среднего медицинского персонала врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики, некоторых врачей-специалистов. Для расчетов использованы нормативные значения рекомендованных штатных должностей, представленные в соответствующих действующих приказах по порядкам оказания медицинской помощи по соответствующим профилям и заболеваниям от 2012 года, а также в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Выполнен динамический анализ показателей объемов оказываемой медицинской помощи в городе Москве и ГП № 115: среднее число посещений на 1 жителя, посещений с профилактической целью, посещений на дому и посещений к среднему персоналу, возрастная структура посещений, структура посещений по врачебным специальностям, профилактические осмотры взрослого населения, показателей деятельности стационарных медицинских организаций (обеспеченность койками, средняя занятость койки, средняя длительность пребывания на койке, оборот койки), показатели работы скорой медицинской помощи (число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах и число лиц, которым оказана помощь амбулаторно), уровень госпитализации взрослого населения, в том числе по скорой медицинской помощи.

Источником информации для получения данных для следующего этапа исследования послужила внедренная в Москве единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС)[1], которая позволяет: управлять потоками пациентов; содержит интегрированные амбулаторные медицинские карты пациентов; выписывать электронные рецепты; вести консолидированный управленческий учёт, а также персонифицированный учёт медицинской помощи; содержит информацию о загруженности медицинских учреждений и востребованности врачей.

[1] Постановление Правительства Москвы от 07.04.2011 № 114-ПП «О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2013 годы».

ЕМИАС позволяет изучить доступность ПМСП в аспекте сроков ожидания медицинской помощи, при этом определены критерии доступности и их целевые значения, которые служат для оценки качества и эффективности деятельности учреждений государственной системы здравоохранения города Москвы. Аналитическая подсистема, позволяет получать данные и в разрезе объектов разного уровня, от терапевтического участка до городского, в целом[1].

Аналитическая система ЕМИАС содержит данные по количеству пациентов с различным временем ожидания приема в момент записи через каналы самозаписи. Время ожидания – это количество календарных дней до ближайшего свободного талона к врачам выбранной специальности, доступных пациентам на момент совершаемой ими записи, и это время может не совпадать с фактическим временем ожидания, выбранным пациентом по собственному желанию. В ЕМИАС время ожидания оценивается по шкале, включающей в себя три диапазона: комфортное, допустимое и недопустимое, с определением соответствующего количества дней ожидания (Таблица 2.2)

Таблица 2.2 – Диапазоны времени ожидания пациентов, дни

Специальность	Комфортное	Допустимое	Недопустимое
Терапевт/педиатр	0–1	2–3	4–14
Другие специальности	0–5	6–7	8–14

ЕМИАС также позволяет получать данные по такому показателю, как неудовлетворенный спрос, который показывает количество пациентов, которые не смогли записаться на прием по причине отсутствия свободных талонов.

Представленные сроки ожидания приема врачей являются условными, обоснования которым в доступных источниках не выявлено. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее ПГГ) опреде-

[1] Приказ Департамент здравоохранения города Москвы от 29.07.2015 № 632 «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы».

ляет, что сроки ожидания приема врача-терапевта участкового / ВОП не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию. Таким образом, соответствующим ПГГ сроком ожидания приема врача-терапевта участкового / ВОП, является число пациентов в диапазоне «комфортное».

В соответствии с ПГГ сроки ожидания приема врачей-специалистов при оказании ПМСП в плановой форме (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) составляет не более 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию, при этом утвержденной территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ) в городе Москве данный срок для врачей-специалистов установлен не более 10 календарных дней. С учетом этого, соответствующим ТПГГ в городе Москва является число пациентов в диапазонах, «комфортное», «допустимое» и частично в диапазоне «недопустимое», а соответствующим ПГГ являются все пациенты, попавшие в представленные выше диапазоны.

На основе полученных данных из ЕМИАС о числе граждан, производивших запись на прием к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) и врачам-специалистам в ГП № 115 и городе Москве, в целом, рассчитаны сроки ожидания медицинской помощи в динамике по годам за период 2018–2022 гг. с определением соответствия их срокам ожидания, установленным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также рассчитана доля не состоявшихся приемов по врачебным специальностям от общего числа записавшихся пациентов, структура приемов по средней длительности приема пациента по врачебным специальностям.

Выполнено сравнение полученных данных из ЕМИАС по средней длительности приема врачей различных специальностей по месяцам за 2022 год с нормами времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом в связи с заболеванием, необходимыми для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации): врач-терапевт участковый – 15 минут; врач общей практики – 18 минут; врач-невролог – 22 минуты; врач-офтальмолог –

14 минут; врач-кардиолог – 24 минуты; врач-эндокринолог – 19 минут; врач-хирург – 26 минут. При этом определена норма времени на повторное посещение в размере 70–80 % от норм времени, связанных с первичным посещением врача-специалиста, на профилактическое посещение в размере 60–70 % от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием.

Одним из ведущих методов исследования, использованным в диссертации на различных этапах, является метод интервьюирования. Данный метод является оптимальным для изучения объектов или проблем, при которых применение количественных методов может быть ограниченным вследствие объективных свойств изучаемых явлений, отсутствия адекватных способов их измерения, ограниченных ресурсных возможностей исследователя, отсутствии доступа к информации, а также при изменчивости признаков изучаемого объекта. В зависимости от этапов исследования был применен метод группового и индивидуального интервьюирования врачей и пациентов, в соответствии с рекомендациями, изложенными в учебно-методических пособиях Штейнберга И. Е. (2009) и Белановского С. А. (2019).

Групповой метод позволяет получить более разнообразный массив ответов по сравнению с индивидуальным и обеспечить более широкую основу для систематического исследования рассматриваемой проблемы. При этом коммуникации с респондентами, осуществляемые с помощью неформализованных вопросов, предполагают получение развернутых «качественных» ответов.

Главный методический аргумент состоит в том, что групповой формат интервью является мотивационным и когнитивным стимулом. Учитывая, что функции респондентов в групповом интервью не являются сложными, эффект социальной фасилитации проявляется в виде воодушевления участников (мотивационный аспект). Когнитивный аспект стимулирования обсуждения связан с тем, что респонденты слышат мнения друг друга и учитывают это в своих ответах, что приводит к появлению новых вопросов и их обсуждению (Белановский С. А., 2019).

Групповой метод интервью был выбран в связи с отсутствием необходимости получения экспертного мнения, имеющимися возможностями одномоментного

сбора вместе нужных респондентов и однородностью исследуемой группы и включало следующие этапы: подготовка к проведению интервью; выбор респондентов; разработка вопросника; интервью; обработка и анализ результатов.

Согласно методическим рекомендациям, численность респондентов в фокус-группах составила 6–12 человек. Общее число принявших участие в интервьюировании составило – 393 врача и 389 пациентов. Интервьюирование врачей проводилось на врачебных конференциях. Интервьюирование пациентов проводилось в рамках, реализуемого в ГП № 115 проекта «Медицинский лекторий», цель которого информирование пациентов по вопросам охраны здоровья и получение обратной связи о проблемах, возникающих у них при оказании медицинской помощи[1].

Критерии отбора врачей для интервью: работа на приеме по предварительной записи, врачи-терапевты участковые и врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты. При необходимости получения мнений по некоторым вопросам в разрезе нескольких лет, привлекались врачи с опытом работы в поликлинике от 5 лет и более. Критерием отбора пациентов было наличие у них опыта посещений врачей поликлиники при определенных видах маршрутизации пациентов. В зависимости от изучаемой проблемы составлялись соответствующие вопросники с тематиками.

Для создания доверительного общения, согласно методическим рекомендациям, использована тактика «разбивания льда» с помощью вопросов: для врачей – «Сколько лет вы работаете в этой ГП?» и «Как вы относитесь к реформам здравоохранения в Москве?»; для пациентов – «Как часто вы посещаете поликлинику?», «Довольны ли вы работой врачей?».

Предварительно выполнялось пилотное интервью с первой фокус-группой, которое позволило детализировать и конкретизировать вопросник, с целью сокращения потерь и искажения информации из-за наличия психологического и других барьеров и тех обстоятельств в ситуации опроса, которые не были учтены при разработке программы и методики исследования.

---

[1] Загир Агамов: Наши пациенты стали больше доверять врачам, выстраивается коммуникация // Официальный сайт НИИОЗММ ДЗМ | Газета «Московская медицина. Cito» [Электронный ресурс]. URL: https://niioz.ru/upload/iblock/188/188bf0759bf9aff8dfd5d38b77313400.pdf.

Дискуссии велась по заранее разработанному плану, с той оговоркой, что цель состоит не в следовании плану самому по себе, а в получении предусмотренной им информации, включая и прямо не предусмотренные в списке вопросы, но релевантные цели исследования. Обсуждение всех вопросов регулировалось и концентрировалось на содержательном аспекте с помощью использования интервьюером определенных методов: молчание, паравербальные сигналы, переадресовка вопросов, «стравливание участников», цитирование сказанного ранее, неполное понимание, наивный стиль вопросов, неправильное понимание, конфронтация или оспаривание. Дискуссия завершалась получением резюме, путем суммирования основных точек зрения и комментариями к ним каждого участника.

Все интервью рукописно фиксировались с обозначением ключевых, опорных слов и фрагментов фраз, которые позже были расшифрованы, опираясь на собственную память, что, позволило получить достаточно полные тексты интервью без существенных искажений их смысла. По результатам интервьюирования формировался заключительный отчет, в котором выполнена стилистическая обработка фраз с соблюдением принципа логического контроля. Согласно методическим рекомендациям, при описании долей распределения мнений использованы формулировки типа «большинство», «меньшинство», «подавляющая часть», «незначительная часть», «примерно половина» и т. п.

С целью определения структуры посещений был разработан вопросник для врачей, который включал в себя следующие темы для обсуждения с врачами:

1) Занимаются ли врачи городской поликлиники только оказанием медицинской помощи?

2) Какие виды работ, не связанных с оказанием медицинской помощи, выполняет врач современной городской поликлиники?

3) Можно ли посещения пациентами поликлиники, разделить на две категории: посещения, связанные и не связанные с оказанием медицинской помощи?

4) Перечислите посещения, которые, по Вашему мнению, не связаны с оказанием медицинской помощи?

При обсуждении данных вопросов, руководствовались формулировкой понятия «медицинская помощь», представленной в Федеральном законе от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На следующем этапе, с учетом данных полученных по результатам интервью, для определения структуры посещений пациентами врачей поликлиники была разработана форма для регистрации посещений на приемах врачей. Блок для регистрации посещений, не связанных и связанных с оказанием медицинской помощи, были дополнительно структурирован, в соответствии с полученными в ходе интервью данными (Таблица 2.3).

Таблица 2.3 – Форма для регистрации посещений

Посещения		Число пациентов
Посещения по причинам, связанным с оказанием медицинской помощи	С профилактической целью, в том числе по диспансерному наблюдению	
	По поводу заболевания	
	Для врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики Состояния, симптомы, которые послужили поводом, для назначения консультации врачей-специалистов *Для врачей-специалистов* В связи с симптомами, не связанными с патологией по профилю врача-специалиста	
Посещения по причинам, не связанным с оказанием медицинской помощи	Оформление льготного рецепта	
	Оформление справок или заключений при оформлении посыльного листа на МСЭ, санаторно-курортной карты, для предоставления в другие учреждения	
	Оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов; консультации, госпитализации	
Всего на приеме		

Для оценки потребности в консультациях врачей-специалистов, в случае врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей), отдельно была выделена группа посещений, связанная с состояниями и симптомами, которые послужили поводом для назначения консультации врачей-специалистов; а в случае врачей-специалистов – посещения в связи с симптомами, не связанными с патологией по профилю, при которых врачи-специалисты направляют пациентов к

врачам других специальностей. Также в этом блоке выделены посещения с профилактической целью, в том числе по диспансерному наблюдению.

Для регистрации посещений были выбраны врачи следующих специальностей: врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), а также врачи-хирурги и врачи-урологи, которые относятся к врачам-специалистам первого уровня оказания ПМСП. Регистрация пациентов выполнена дважды в 2017 и 2021 годах. При регистрации в 2017 году, с учетом того, что внедрение общей врачебной практики в московском здравоохранении началось в 2016 году, ввиду незначительного количества врачей данной специальности в ГП № 115, регистрация посещений у врачей общей практики (семейных врачей) выполнена только в 2021 году. По результатам заполнения данных форм выполнен сравнительный анализ результатов, полученных в 2017 и 2021 годах. Повторная регистрация, спустя 5 лет, была выполнена с целью оценки изменений в структуре посещений врачей, которая должна была произойти в рамках реализации проекта «Московский стандарт поликлиники», одной из задач которого является освобождение врачей от работ, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи и сокращение числа посещений, связанных с этим, за счет перераспределения трудовых функций на средний медицинский персонал[1]. В 2017 году было зарегистрировано 2531 посещений, в 2021 году – 3240 посещений.

Полученные данные потребовали дальнейшего изучения причин, формирующих посещения, не связанные с оказанием медицинской помощи.

Выполнен анализ нормативного правового обеспечения, регламентирующего льготное лекарственное обеспечение и способствующего формированию посещений для выписки льготных рецептов. Представлены данные в динамике по заболеваемости отдельными нозологиями, при которых предусмотрено льготное лекарственное обеспечение как прогноз роста посещений по поводу льготного лекарственного обеспечения.

[1] Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.04.2016 N 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий "Московский стандарт поликлиники" и критериев оценки устойчивости его внедрения».

Для получения информации о деятельности поликлиники в части работ по подготовке пациентов к освидетельствованию на медико-социальную экспертизу (МСЭ) изучена: численность направляемых пациентов на МСЭ, в целом по ГП № 115 и по филиалам, их возрастно-половой состав, а также структура направляемых по классам болезней. Для оценки объема потребляемых ресурсов изучены данные электронных медицинских карт (далее ЭМК) 471 пациента, направленного на МСЭ в 2022 году, в одном из филиалов ГП № 115 – филиал № 4. Для данного филиала 471 пациент является генеральной совокупностью, а для всей ГП № 115 – выборочной, обеспечивающей её репрезентативность. Выполнен анализ по следующим критериям: число посещений пациентами данной группы врачей-терапевтов участковых и ВОП; число посещений врачей-специалистов для получения заключения при направлении на МСЭ; наличие выписки о госпитализации данных пациентов и необходимых лабораторно-инструментальных исследований в течение 6 месяцев и менее перед направлением на освидетельствование; сроки прохождения подготовки пациентов на МСЭ. Стартовой точкой при направлении на МСЭ определена дата посещения пациентом врача-терапевта участкового или ВОП, на приеме у которого принимается решение о направлении пациента на врачебную комиссию, для решения вопроса о его направлении на МСЭ, финальной точкой – дата регистрации пациента в журнале регистрации пациентов, направленных на МСЭ, которая соответствует отправке документов в бюро МСЭ.

По изученным критериям рассчитано:

– среднее число посещений пациентом врача-терапевта участкового / ВОП;

– среднее число посещений пациентом врача-специалиста;

– доля пациентов с записями врачей-специалистов в течение 6 месяцев и менее;

– доля пациентов с наличием лабораторно-инструментальных исследований в течение последних 6 месяцев, в том числе из стационара;

– средняя длительность прохождения маршрута подготовки на МСЭ.

На основании средних значений, сформированы соответствующие коэффициенты, которые в дальнейшем использованы для расчета средней стоимости услуг при подготовке пациента на МСЭ:

– коэффициент среднего числа посещений врача-терапевта участкового / ВОП – 3,7;

– коэффициент стоимости дополнительных приемов врачей-терапевтов участковых / ВОП – 1,7;

– коэффициент среднего числа посещений врача-специалиста – 2,7;

– коэффициент избыточности лабораторно-инструментальных исследований – 0,48;

– коэффициент избыточности консультаций врачей-специалистов – 0,59.

Нормативные правовые акты устанавливают сроки лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов при направлении пациентов на МСЭ, которые действуют до 60 календарных дней при первичном направлении, 90 календарных дней при повторном направлении. При этом направляемые на МСЭ пациенты, как правило, лица, имеющие множественные хронические заболевания и состоящие под диспансерным наблюдением, в рамках которого проходят соответствующие лабораторно-инструментальные исследования и получают консультации врачей-специалистов, с частотой 1-2 раза в год. Однако регламентированные сроки актуальности результатов, обоснования которым в доступных источниках нет, вызывают необходимость их повторного, избыточного назначения. Соответственно, применение коэффициентов позволяет определить: фактическую стоимость услуг, оказываемых при подготовке пациентов на МСЭ и на сколько регламентация вышеуказанных сроков действительности лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов повышают эту стоимость.

Произведены расчеты средней стоимости выполненных посещений 1 пациентом в рамках подготовки к МСЭ. Для этого рассчитана средняя стоимость приема участковых врачей и врачей-специалистов. Ввиду того, что участковым врачом может быть, как врач-терапевт участковый, так и ВОП, стоимость приемов которых отличается, определена средняя стоимость их приемов: первичный – 128,42 руб., повторный – 92,17 руб. (Таблица 2.4).

Таблица 2.4 – Тарифы на оплату приема врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (в рублях)

Наименование услуги	Тариф, руб.
Прием врача общей практики (семейного врача) взрослого населения лечебно-диагностический, первичный, амб.	128,42
Прием врача-терапевта участкового, лечебно-диагностический, первичный	128,43
Прием врача общей практики (семейного врача) взрослого населения лечебно-диагностический, повторный, амб.	85,76
Прием врача-терапевта участкового, лечебно-диагностический, повторный	98,58
Средняя стоимость приема врача-терапевта участкового/ВОП, лечебно-диагностический	110,29

Пациентам, проходящим подготовку к МСЭ, назначались консультации следующих врачей-специалистов: врач-уролог, врач-хирург, врач-офтальмолог, врач-оториноларинголог, врач-кардиолог, врач-невролог, врач-эндокринолог, врач-онколог, врач акушер-гинеколог, врач-нейрохирург, врач травматолог-ортопед, врач сердечно-сосудистый хирург, врач-ревматолог, врач-пульмонолог, врач-инфекционист. С учетом, тарифов, средняя средней стоимость консультации врача-специалиста составила 123,40 руб. Так как пациенты могли посещать врачей более 1 раза, в расчет взяты как первичные, так и повторные посещения. Расчеты выполнены согласно тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС города Москвы на 2022 год[1].

Учитывая, что более половины лиц, направляемых на освидетельствование, являются пациентами с болезнями системы кровообращения, на примере данной категории выполнены расчеты стоимости наборов услуг, оказываемых поликлиникой при подготовке пациентов к направлению на МСЭ: минимального комплекса медицинских услуг, представленых в НПА; фактический, с учетом текущего порядка; фактического с учетом избыточности назначения лабораторно-инструментальной диагностики и консультаций врачей-специалистов. Минимальный перечень медицинских обследований и заключений специалистов, необходимых для

[1] Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые, в том числе для осуществления горизонтальных расчетов (за исключением профиля «стоматология»). Приложение № 6 к Тарифному соглашению на 2022 год от «30» декабря 2021 года.

получения клинико-функциональных данных о состоянии пациентов с целью проведения МСЭ регламентирован соответствующим НПА[1] (Таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Базовый перечень обследований при болезнях системы кровообращения необходимых для получения клинико-функциональных данных в целях проведения МСЭ

1	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный
2	Общий (клинический) анализ крови развернутый
3	Анализ крови биохимический общетерапевтический
4	Общий (клинический) анализ мочи
5	Регистрация электрокардиограммы
6	Эхокардиография трехмерная

Учитывая, что врачи-кардиологи являются специалистами второго уровня, процессом подготовки пациентов при направлении на МСЭ и оформлением соответствующей медицинской документации занимаются врачи-терапевты участковые или ВОП, которые назначают лабораторно-инструментальные исследования и консультации врачей-специалистов. В связи с этим в минимальный комплекс включены два приема врача-терапевта участкового / ВОП: на первом приеме пациентам должны назначаться все необходимые лабораторно-инструментальные исследования и консультации врачей-специалистов, а на повторном приеме оформляется необходимая документация для направления на МСЭ.

По аналогичной методике выполнено изучение посещаемости врачей при подготовке их к санаторно-курортному лечению. Представлено описание текущего порядка подготовки пациентов к санаторно-курортному лечению, особенности маршрутизации пациентов при этом. Изучена численность пациентов, направляемых на санаторно-курортное лечение, в целом по ГП № 115, их возрастно-половой состав, а также структура направленных по классам болезней. Для оценки объема

[1] Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 10.06.2021 № 402н/631н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы».

потребляемых ресурсов изучены данные ЭМК 400 пациентов, направленных на санаторно-курортное лечение.

Данные, полученные на репрезентативной выборке, позволили получить коэффициенты, с учетом которых можно рассчитать среднюю стоимость медицинских услуг, предоставляемых в поликлинике при направлении пациентов на санаторно-курортное лечение:

– коэффициент среднего числа посещений врача-терапевта участкового / ВОП – 3,7;

– коэффициент для расчета стоимости дополнительного повторного приема врача-терапевта участкового / ВОП – 0,8;

– коэффициент для расчета стоимости избыточно выполненных лабораторно-инструментальных исследований – 0,55;

– коэффициент для расчета стоимости консультаций врачей-специалистов – 2,5;

– коэффициент для расчета стоимости избыточно назначенной консультации врача-специалиста – 0,48.

С учетом перечня специалистов, консультации которых были назначены при оформлении санаторно-курортной карты (девять специальностей), рассчитана средняя стоимость приема врача-специалиста, которая составила 127,29 рублей. С учетом того, что консультации были как первичные, так и повторные, в расчет средней брались стоимости и первичных, и повторных консультаций. Средняя стоимость приема врача-терапевта участкового / ВОП составила 110,29 руб.

Расчет выполнен с учетом трех посещений врача-терапевта участкового или ВОП и разовой базовой лабораторно-инструментальной диагностики при оформлении санаторно-курортной карты без учета дополнительных консультаций и обследований при наличии у пациентов сопутствующих заболеваний.

Для получения объективной информации о причинах возникновения потребности у пациентов в посещении врачей с целью получения справок и заключений о состоянии своего здоровья проведено групповое интервьюирование с врачами ГП № 115. На основании этого разработана форма регистрации посещений для получения справок и заключений о состоянии здоровья, которую в дальнейшем, было

предложено заполнить на приемах врачам, участвовавшим в интервьюировании, путем регистрации данного вида посещения с распределением в соответствующую колонку (Приложение А). Врачам разъяснено, что регистрации подлежат посещения, при которых пациентам нужна не медицинская помощь, а только справка или заключение врача; было зарегистрировано 706 посещений. При анализе полученных данных врачи-терапевты участковые и ВОП рассматривались вместе ввиду того, что трудовые функции у данных категорий специальностей, в части выдачи справок и заключений пациентам о состоянии их здоровья, одинаковый. Выполнен анализ нормативных правовых актов на предмет регламентации получения справок и заключений в поликлиниках.

Для получения объективной информации о причинах возникновения потребности у пациентов в посещении врачей с целью получения направлений на лабораторно-инструментальные исследования, консультации, госпитализации (далее направления) выполнено групповое интервьюирование. На следующем этапе была разработана форма для регистрации посещений для получения направлений, которую в дальнейшем, было предложено заполнить на приемах врачам, участвовавшим в интервьюировании, путем регистрации данного вида посещения с распределением в соответствующую колонку (Приложение Б). Врачам разъяснено, что регистрации подлежат посещения, при которых пациентам не нужна медицинская помощь, а поводом является только получение направлений или получение результатов лабораторно-инструментальных исследований; было зарегистрировано 934 посещения.

Полученные данные были дополнены мнениями врачей и пациентов, полученными в ходе групповых интервью по вопросам посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, и возможных вариантах их сокращения. Обсуждению подверглись следующие разделы:

1) содержание работ, выполняемых врачами на приеме, при их посещении пациентами для выписки льготного рецепта, при подготовке к направлению на МСЭ, санаторно-курортное лечение, получение справок и заключений, направлений на лабораторно-инструментальные исследования, консультации, госпитализации;

2) причины, формирующие данные посещения, сроки ожидания пациентами приемов врачей и лабораторно-инструментальных исследований;

3) возможные способы сокращения числа посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, способы оптимизации маршрутизации пациентов.

С учетом полученных результатов, на следующем этапе выполнен анализ деятельности врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей); изучение возможных форм интеграции среднего медицинского персонала в лечебно-диагностический процесс с передачей ему ряда трудовых функций врачей; определение перспектив и потенциала использования дистанционных форм взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками.

Согласно нормативным правовым актам[1], причиной перехода к общей врачебной практики в Российской Федерации является ограниченный функционал врачей-терапевтов участковых, сложившийся на дифференциации и специализации ПМСП, с передачей ряда лечебно-профилактических функций и манипуляций, входящих в базовую подготовку врача-терапевта участкового другим врачам первичного звена, что приводило к потере преемственности в работе врача-терапевта участкового и других специалистов при ведении пациента. Врач-терапевт участковый перестал быть центральной фигурой в первичном звене, а является, в известной мере, диспетчером, не отвечающим за здоровье пациента в целом. Сформировался социальный заказ общества на создание в структуре ПМСП службы общей врачебной (семейной) практики, что, как предполагалось, позволит расширить формы организации оказания ПМСП и увеличить объем медицинской помощи, оказываемой на догоспитальном этапе; более эффективно и экономно использовать медицинские кадры и материальные ресурсы здравоохранения; повысить качество ПМСП и престиж врача, обеспечивающего эту помощь; повысить уровень профессиональной подготовки врача.

Переход к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) предусматривает ориентацию ВОП на оказание

[1] Приказ Минздрава России от 26.08.1992 № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)».

широкого спектра медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях как терапевтического (включая педиатрию), так и хирургического плана (с акушерством и гинекологией), а также по специализированным видам помощи. Предусмотрено развитие системы профессиональной подготовки и переподготовки, повышения квалификации кадров для общей врачебной (семейной) практики, которая позволит сформировать соответствующих специалистов[1].

Для выявления различий в регламентирующих нормативных правовых актах проведен сравнительный анализ квалификационных характеристик должностей врача общей практики (семейного врача) и врача-терапевта участкового, требований по их подготовке по данным специальностям, а также трудовых функций. При этом использованы следующие нормативные правовые акты:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1092 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)».

3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 №1097 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)».

4. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)».

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.1999 № 463 «Об отраслевой программе «Общая врачебная (семейная) практика».

5. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении профессионального стандарта «Врач общей практики (семейный врач)» (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018).

Для разработки теоретических подходов к практическому перераспределению трудовых функций между врачами и средним медицинским персоналом, выполнен сравнительный анализ трудовых функций врачей и среднего медицинского персонала, при этом использованы следующие нормативные правовые акты:

1. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)».

2. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 05.06.2017 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-офтальмолог».

3. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 04.08.2017 № 612н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог».

4. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-уролог».

5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 140н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-кардиолог».

6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 132н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-эндокринолог».

7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26.11.2018 № 743н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург».

8. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении профессионального стандарта «Врач общей практики (семейный врач)» (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018).

9. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.01.2019 № 51н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-невролог».

10. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра / медицинский брат».

Ведущей причиной перехода в Москве к общей врачебной практике, является снижение потребности в специализированной ПМСП за счет освоения врачами общей практики (семейными врачами) части трудовых функций врачей-специалистов. В связи с этим в городских поликлиниках Москвы прекращена самостоятельная прямая запись пациентов к врачам следующих специальностей: врач аллерголог-иммунолог, врач-гастроэнтеролог, врач-инфекционист, врач-кардиолог, врач-пульмонолог, врач-онколог, врач-ревматолог, врач-эндокринолог, врач-невролог, врач-колопроктолог. Данные врачи-специалисты отнесены к второму уровню оказания ПМСП, а запись к ним возможна только с приема врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейным врачам), к которым сохранена первичная запись, также, как и к врачу-урологу, врачу-хирургу, врачу-офтальмологу и врачу-оториноларингологу, которые отнесены к первому уровню оказания ПМСП.

Учитывая существенное влияние, которое оказала эпидемия новой коронавирусной инфекции на систему здравоохранения Москвы в 2020–2022 гг., в том числе и на первичное звено, в плане её реорганизации и мобилизации кадровых ресурсов для борьбы с эпидемией, а также введенные в этот период различные ограничительные меры, выполнен ретроспективный анализ потребности в консультациях специалистов у врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) за 2019 год в ГП № 115.

Для сравнительного анализа были использованы данные из ЕМИАС о числе принятых пациентов врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) (59 ВОП и 53 врача-терапевта участкового) и направленных ими на консультации к врачам-специалистам второго уровня, определена структура этих направлений по врачам-специалистам.

С 2015 по 2022 гг. число врачей возрастной категории до 36 лет в ГП № 115 увеличилось с 32,6 до 52,6%, что связано с возможностью, предоставленной с 2018 года выпускникам медицинских вузов, после получения аккредитации, работать в первичном звене на должностях врачей-терапевтов участковых (Рисунок 2.1).

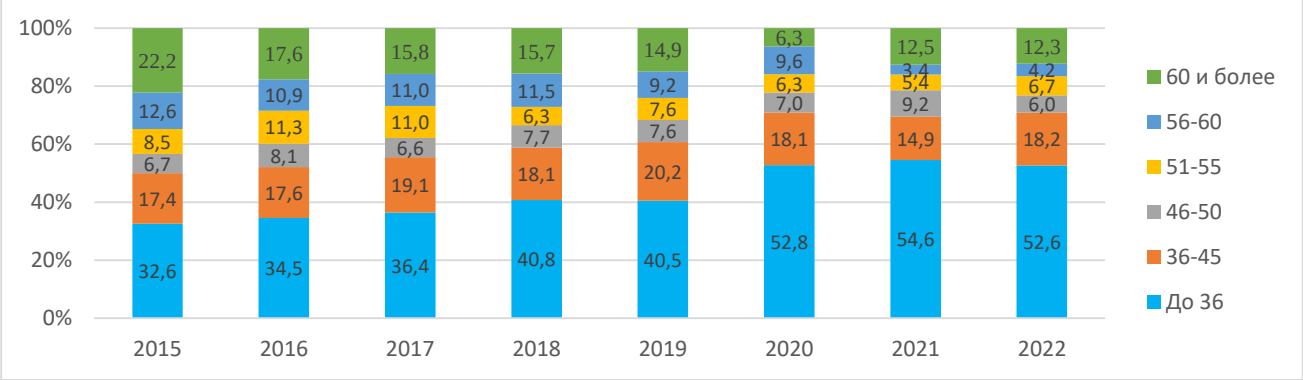


Рисунок 2.1 – Динамика возрастной структуры врачей ГП № 115, 2015–2021 гг. (%)

Учитывая влияние опыта врачей на решение о направлении пациента на консультацию к врачам-специалистам, для нивелирования данного фактора и более объективной оценки потребности в специализированной ПМСП на приемах у ВОП и врачей-терапевтов участковых, были отобраны по 10 врачей соответствующих специальностей, со стажем работы более 10 лет, на приемах которых была определена доля пациентов, направляемых на консультации к врачам-специалистам.

В 2018 году Департаментом здравоохранения Москвы опубликованы «Алгоритмы ведения пациентов»[1] в разработке которых участвовали все главные внештатные специалисты ДЗМ и высококвалифицированные столичные врачи двадцати специальностей. Данный сборник содержит практические рекомендации, предназначенные для врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) по ведению пациентов.

Впервые определены показания для назначения консультаций врачей-специалистов, при этом не сделаны различия для врачей-терапевтов участковых и ВОП, показания для назначения единые для обеих специальностей. Данные алгоритмы

[1] Алгоритмы ведения пациентов / Департамент здравоохранения Москвы. Москва, 2018. С. 360.

рекомендованы к использованию в практике врачей первичного звена во всех поликлиниках ДЗМ и в соответствие с этими алгоритмами в поликлиниках проводится внутренний контроль качества медицинской помощи в части определения обоснованности направления к специалистам 2-го уровня.

Для выполнения сравнительного анализа деятельности врачей-терапевтов участковых и ВОП, в части обоснованности назначения консультаций врачей-специалистов, изучена структура посещений пациентов врачей-специалистов (врач-невролог, врач-эндокринолог, врач-кардиолог), направленных врачами-терапевтами участковыми и ВОП с консультативной целью. Для этого разработана форма для регистрации посещений на приемах у данных врачей-специалистов (Таблица 2.6).

Таблица 2.6 – Форма для регистрации посещений на приемах у врачей-специалистов

От врачей общей практики (семейных врачей)		От врачей-терапевтов участковых		Всего
Обоснованно	Необоснованно	Обоснованно	Необоснованно	

Для регистрации посещений определены наиболее часто встречающиеся состояния, с которыми к данным врачам-специалистам направляют пациентов. Регистрация посещений врачами-специалистами велась на основании соответствия посещения, показаниям к назначению консультации данных врачей-специалистов согласно «Алгоритмам ведения пациентов».

Врач-невролог: боль внизу спины

Показания к назначению консультации врача-невролога врачами-терапевтами участковыми и ВОП при боли внизу спины:

1) наличие симптомов поражения корешка или спинного мозга;

2) отсутствие эффекта от лечения;

3) нарастание болевого синдрома в течение 4 недель.

Врач-эндокринолог: сахарный диабет и гипотиреоз

Показания к назначению консультации врача-эндокринолога врачами-терапевтами участковыми и ВОП:

1) установление диагноза: сахарный диабет, при наличии анализов (глюкоза крови натощак, HbA1c, клинический анализ крови, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинин [расчет СКФ], АЛТ, АСТ, мочевая кислота, мочевина; клинический анализ мочи, микроальбумин в моче); гипотиреоз (ТТГ, Т4 свободный, клинический анализ крови, общий холестерин, ТГ, ЛПНП, ЛПВП);

2) недостаточность эффективности проводимого лечения.

Врач-кардиолог: ишемическая болезнь сердца и гипертония

Показания к назначению консультации врача-кардиолога врачами-терапевтами участковыми и ВОП:

1) гипертония (при неэффективности лечения);

2) ИБС (при наличии стенокардии III-IV ФК – 4 раза в год; при наличии перенесенного инфаркта миокарда – первые 12 месяцев наблюдается у врача-кардиолога; во всех случаях для решения вопроса о реваскуляризации и коррекции терапии).

На следующем этапе проведен социологический опрос на предмет потенциального использования телемедицинских технологий в амбулаторной практике основных категорий потребителей и производителей телемедицинских услуг (пациентов и врачей), степени их готовности, а также мнений относительно влияния на доступность и качество медицинской помощи при внедрении этих технологий.

Инструментарий исследований представлен двумя видами разработанных анкет, в соответствии с изучаемыми категориями (Приложения В, Г).

Анкеты содержали два раздела вопросов: первый, позволяющий идентифицировать и позиционировать респондента внутри исследуемой группы по значимым для целей анкетирования признакам, и вопросам, определяющим отношение к различным аспектам внедрения телемедицины и последствий их внедрения. Часть вопросов второго раздела была общей для обеих групп анкетируемых, что позволило провести сравнение мнений респондентов к принципиальным позициям в использовании телемедицинских технологий.

Анкетирование пациентов проводилось во время врачебных приемов в диагностических кабинетах (УЗИ, ЭКГ, рентгенкабинет) и на сестринских постах, в

присутствии медицинского работника для разъяснений пациентам вопросов, в случае необходимости. Как для пациентов, так и для врачей вопросы были закрытые.

Для пациентов в качестве идентификационных признаков были определены пол, возраст, образование, частота обращений в поликлинику. Опрошено 1500 пациентов, обращавшихся в городскую поликлинику № 115 ДЗМ.

Идентификационный блок анкет для врачей содержал вопросы о возрасте, стаже и врачебной специальности. Проанализированы результаты анкетирования, проведенного среди 500 врачей городских поликлиник Москвы.

Содержание вопросов в анкетах отвечали целям и задачам исследования. Ответы не вызывали затруднения у опрашиваемых. Данные анкетирования были обработаны в программе Microsoft XL, SPSS Statistics.

Следующим этапом, с целью определения места потенциального применения телемедицинских технологий в амбулаторной практике, проведено групповое интервьюирование врачей, целью которого было получение информации о потоке пациентов на приемах, в отношении необходимости очного контакта и возможности, при отсутствии необходимости в этом, выполнять прием дистанционно.

В ходе интервьюирования определены критерии, которые позволили бы потенциально выполнить приём дистанционно: отсутствие необходимости в осмотре, перевязке, манипуляции, исследовании, т.е. приём можно осуществить дистанционно, без последствий для здоровья пациентов.

Таким образом, все пациенты на приемах были разделены условно на 2 группы:

1) посещения, которые требуют очного контакта врача с пациентом: осмотр, манипуляция, исследование, перевязка и т. д. (необходим очный прием);

2) посещения, при которых нет необходимости в очном контакте врача с пациентом: не требуется осмотр, исследование, манипуляция, перевязка и т. д. (прием может быть осуществлен дистанционно).

На основании полученных данных, с целью достоверного определения структуры посещений, разработана форма для их регистрации на врачебных приемах, с группировкой их на первичные и повторные (Таблица 2.7).

Таблица 2.7– Форма для регистрации посещений

Врачебная специальность_____		
Вид посещения	Прием	
	Первичный прием	Повторный прием
Посещения, при которых **требуется** осмотр, манипуляция, перевязка и т.д. (очный контакт врача с пациентом)		
Не требуется осмотр, манипуляция, перевязка и т.д. (возможен дистанционный контакт врача с пациентом)		
В зависимости от вида посещения, распределите его в соответствующую ячейку, обозначая условным значком **« I »**		
Спасибо за сотрудничество!		

Для регистрации посещений были выбраны врачи следующих специальностей: врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый, врач-невролог, врач-уролог, врач-эндокринолог, врач-кардиолог. Врачи иных специальностей, врач-хирург, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог не были отобраны для данного этапа исследования, в виду специфики приёма, при котором в большинстве случаев требуется осмотр, манипуляция, перевязки и т. д.

Полученные данные комплексного анализа позволили научно обосновать организационные технологии совершенствования первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, разработка, апробация и оценка эффективности которых представлены в последней главе диссертационного исследования.

ГЛАВА 3. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

3.1. Тенденции основных медико-демографических показателей[1]

Динамика численности населения в г. Москва с 2012 по 2022 годы характеризуется тенденцией к увеличению на 9,8% и на начало 2022 года составила 13015 млн. человек, из них мужчин – 46,2%, женщин – 53,8%. Отмечается рост численности населения младше (+34,7%) и старше трудоспособного возраста (+33,7%), с соответствующим ростом доли населения данных возрастных групп, которые в 2022 году составили 15,7% – младше трудоспособного возраста и 28,9% – старше трудоспособного возраста. Отмечается уменьшение населения трудоспособного возраста на 1%, доля которого в 2022 году составила 55,4% (Рисунок 3.1, Таблица 3.1).

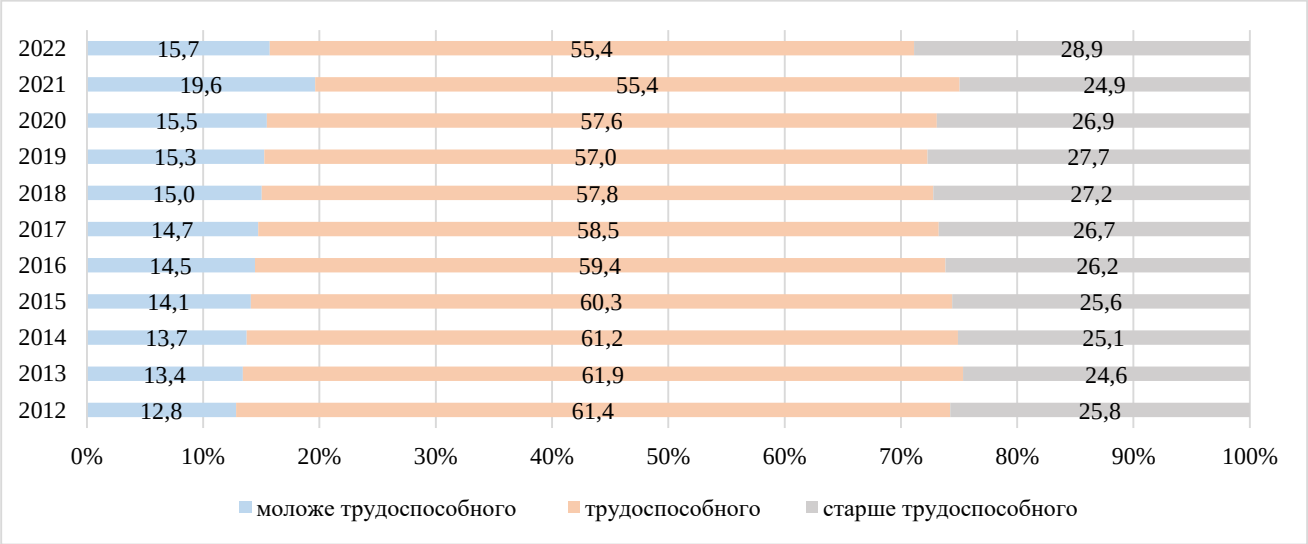


Рисунок 3.1 – Возрастной состав населения Москвы (%), 2012–2022 гг.

Для РФ характерны более медленные темпы роста числа лиц младше и старше трудоспособного возраста – на 15,9% и 8%, соответственно, со снижением числа лиц трудоспособного возраста на 4,4%. В 2022 году их доли составляли: младше трудоспособного возраста – 18,8%, старше трудоспособного – 24% и трудоспособного – 57,2% (Таблица 3.2).

[1] Материалы данного параграфа представлены в публикации: Агамов З. Х. Медико-демографические тенденции в городе Москве в период реализации реформ здравоохранения / З. Х. Агамов // Профилактическая медицина. - 2021. - Т. 24. - № 9. - С. 24-29.

Таблица 3.1 – Динамика численности постоянного населения Москвы по основным возрастным группам, абс., 2012–2022 гг.

Возрастные группы	Годы											Прирост, %
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Всего:	11612,9	11979,5	12108,3	12197,6	12330,1	12380,7	12506,5	12615,3	12678,0	12655,0	13015,0	9,8
– моложе трудоспособного	1520,7	1606,6	1664,4	1718,4	1782,5	1824,3	1878,9	1925,4	1962,0	2486,1	2047,7	34,7
– трудоспособном	7281,9	7420,3	7405,9	7357,2	7320,3	7246,3	7224,5	7192,8	7304,0	7011,8	7209,0	-1,0
– старше трудоспособного	2810,3	2952,6	3038,0	3122,0	3227,3	3310,1	3403,1	3497,1	3412,0	3157,1	3758,3	33,7

Таблица 3.2 – Динамика численности населения Российской Федерации по основным возрастным группам, абс., 2012–2022 гг.

Возрастные группы	Годы											При-рост, %
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Всего:	143056,4	143347,1	143666,9	146267,3	146544,7	146804,4	146880,4	146780,7	146748,6	146171,0	145557,5[1]	1,7
– моложе трудоспособного	23568	24110	24717	25689	26360	26895	27254	27430	27442	27387	27317	15,9
– трудоспособный	87055	86137	85162	85415	84199	83224	82264	81362	82678	81881	83227	-4,4
– старше трудоспособного	32433	33100	33788	35163	35986	36685	37362	37989	36629	36903	35013	8,0

[1] Данные без учёта Донецкой Народной Республики (ДНР), Луганской Народной Республики (ЛНР), Запорожской и Херсонской областей.

По данным регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц, в 2022 году численность обслуживаемого прикрепленного населения Москвы составила 11639923 человек. За период 2015–2022 гг. число прикрепившихся к поликлиникам Москвы граждан увеличилось на 12,6%. Доля граждан, прикрепленных на медицинское обслуживание к медицинским организациям, оказывающим ПМСП, подведомственным ДЗМ, от общего числа населения Москвы, выросла с 84,7% в 2015 г. до 89,4% в 2022 г.

Прикрепление к медицинским организациям Москвы, оказывающим ПМСП, осуществляется в зависимости от возраста: 0–17 лет – к детским поликлиникам, 18 лет и старше – к взрослым поликлиникам. Возрастная структура прикрепленных к поликлиникам граждан за данный период существенно не меняется. В 2022 году доля прикрепленных лиц трудоспособного возраста составила 54,4%, старше трудоспособного возраста – 27% и детей до 17 лет – 18,6% (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Динамика численности обслуживаемого прикрепленного населения Москвы по основным возрастным группам, 2015–2022 гг.

Возрастные группы	Годы							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Всего, абс.	10333979	10425744	10573695	10764045	10924942	11140376	11467312	11639923
Трудоспособного возраста, %	54,8	54,6	53,9	53,4	53,3	53,8	54,3	54,4
Старше трудоспособного возраста, %	28,1	27,7	28,2	28,4	28,1	27,6	27,2	27,0
Дети от 0 до 17 лет включительно, %	17,2	17,7	17,9	18,2	18,6	18,6	18,5	18,6
Доля прикрепленных от общего населения, %	84,7	84,6	85,4	86,1	86,6	87,9	90,6	89,4

Разница в численности зарегистрированного населения Москвы и количества прикрепленных граждан на медицинское обслуживание обусловлена тем, что некоторые категории граждан получают медицинскую помощь в ведомственных медицинских организациях (военные, работники правоохранительных органов и др.), в частных медицинских организациях (в рамках добровольного медицинского страхования), а также наличием контингентов, которые по каким-либо причинам не получили полис обязательного медицинского страхования.

Изменения возрастной структуры населения за период исследования привели к росту показателя демографической нагрузки на трудоспособное население, который за период исследования вырос на 35,4% – с 595 до 805 человек (Рисунок 3.2).

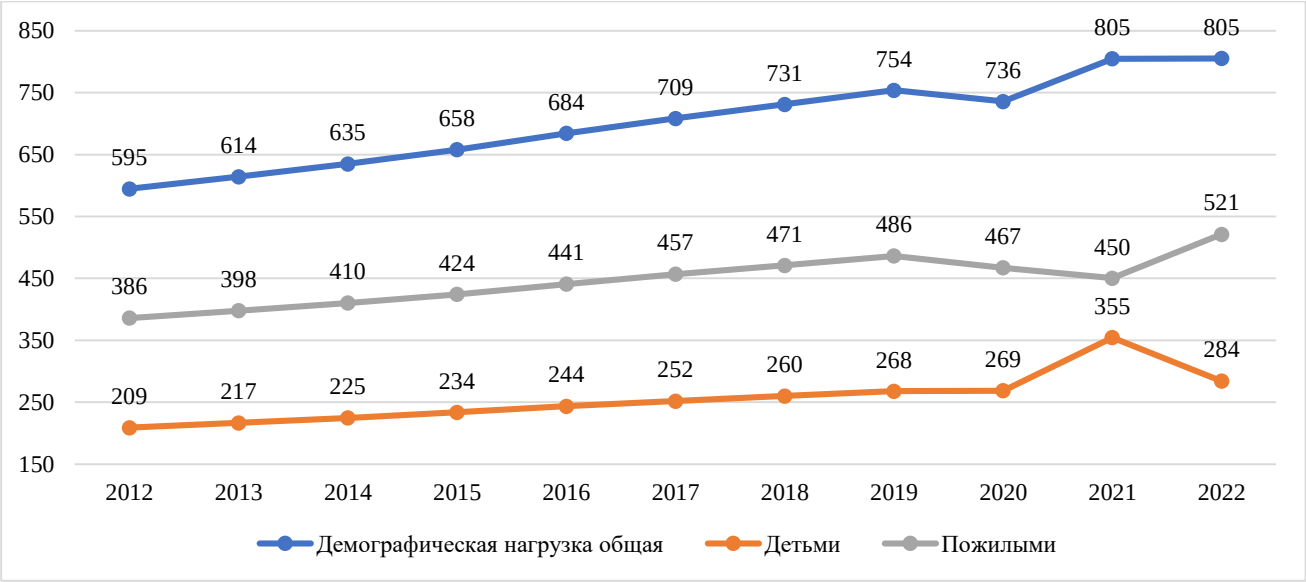


Рисунок 3.2 – Демографическая нагрузка на 1000 лиц трудоспособного возраста, Москва, 2012–2022 гг.

Такие же тенденции наблюдаются и по Российской Федерации. Однако отмечается рост данного показателя к 2019 году, с последующим снижением, что отражает в целом демографические тенденции по стране (Таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Демографическая нагрузка на 1000 лиц трудоспособного возраста, РФ, 2012–2022 гг.

Возрастные группы	Годы											Прирост, %
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Общая	643	664	687	712	740	764	785	804	775	785	749	16,4
Детьми	271	280	290	301	313	323	331	337	332	334	328	21,2
Пожилыми	373	384	397	412	427	441	454	467	443	451	421	13,0

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) населения Москвы за период 2012–2019 гг. выросла на 2,7 лет, однако последующий период характеризуется её сокращением в 2020–2021 гг., с последующим ростом к 2022, которые сопоставимы со значениями 2019 года. За исследуемый период, по годам, показатель ОПЖ населения Москвы держится выше чем по Российской Федерации, в целом, на 4,4–5,8

лет (Рисунок 3.3). Аналогичные тенденции определяются и при рассмотрении данного показателя как по женщинам, так и по мужчинам. При рассмотрении гендерных различий отмечается сокращение разницы в ОПЖ между мужчинами и женщинами в Москве с 8 до 7 лет, в РФ – с 11,3 до 10,2 лет (Таблица 3.5).

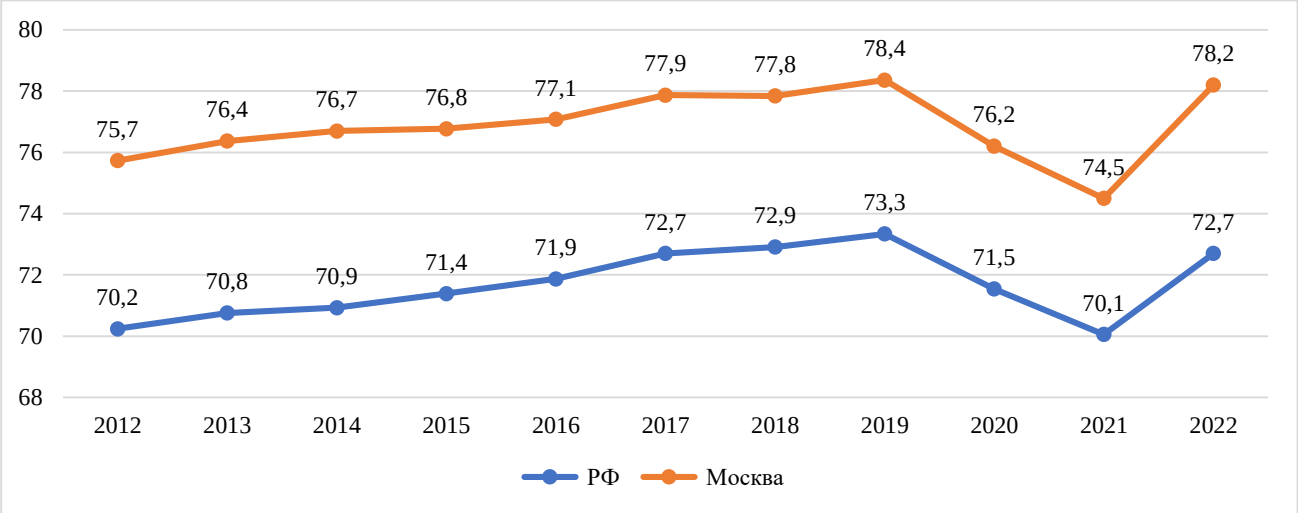


Рисунок 3.3 – Ожидаемая продолжительность жизни (в годах), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Таблица 3.5 – Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин (в годах), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Годы	Женщины		Мужчины	
	РФ	Москва	РФ	Москва
2012	75,9	79,6	64,6	71,6
2013	76,3	80,2	65,1	72,3
2014	76,5	80,4	65,3	72,8
2015	76,7	80,4	65,9	73,0
2016	77,1	80,4	66,5	73,5
2017	77,6	81,1	67,5	74,4
2018	77,8	81,2	67,8	74,3
2019	78,2	81,7	68,2	75,2
2020	76,4	79,8	66,5	72,4
2021	74,5	77,9	65,5	71,0
2022	77,7	81,5	67,5	74,5

Рассмотрение демографических показателей Российской Федерации в целом и Москвы позволило выявить следующие особенности. С 2012 года отмечается повышение уровня рождаемости к 2016 году, с последующим её снижением. При

этом в 2021–2022 годах в Москве отмечается рост рождаемости, в отличие от РФ. Отмечается снижение уровня смертности до 2020 года, с последующим ростом, составив в 2021 году 13,7 и 16,7 на 1000 населения по Москве и РФ, соответственно, с последующим снижением к 2022 году. Естественный прирост населения сменился убылью, при этом на уровне страны убыль началась в 2016 году, а в Москве в 2020 году, достигая в 2021 году максимальных значений в минус 7,1 и минус 3,3, соответственно (Таблица 3.6).

Таблица 3.6 – Рождаемость и смертность, естественный прирост населения (на 1000 нас.), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Годы	Рождаемость		Смертность		Естественный прирост	
	РФ	Москва	РФ	Москва	РФ	Москва
2012	13,3	11,3	13,3	9,9	0,0	1,4
2013	13,2	11,3	13,0	9,6	0,2	1,7
2014	13,3	11,3	13,1	9,7	0,2	1,6
2015	13,3	11,6	13,0	9,9	0,3	1,7
2016	12,9	11,8	12,9	10,0	-0,01	1,8
2017	11,5	10,7	12,4	9,6	-0,9	1,2
2018	10,9	10,6	12,5	9,7	-1,6	0,9
2019	10,1	10,8	12,3	9,6	-2,2	1,2
2020	9,8	9,8	14,6	11,8	-4,8	-2,0
2021	9,6	10,4	16,7	13,7	-7,1	-3,3
2022	8,8	9,8	13,8	10,1	-4,0	-0,3

Отрицательный естественный прирост населения, зафиксированный в России с 2016 года, не компенсируется миграционным приростом, который с 2012 года способствовал некоторому росту населения. Несколько иная динамика отмечена в Москве, где сокращение населения зафиксировано только в 2021 году, что связано с отрицательным естественным приростом. Уровень миграционного прироста в динамике снижается, достигая минимальных значений в 2020 году, с последующим ростом к 2022 году, что привело к увеличению численности населения Москвы (Таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Динамика численности населения (млн), показателей общего, естественного и миграционного прироста (на 1000 нас.), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Темп прироста, базисный, %
РФ	143056,4	143347,1	143666,9	146267,3	146544,7	146804,4	146880,4	146780,7	146748,6	146171,0	145557,6[1]	2,7
Темп прироста по годам, %		0,2	0,2	1,8	0,2	0,2	0,1	-0,1	0,0	-0,4	-0,4	
Общий прирост	2,0	2,2	2,1	1,9	1,8	0,5	-0,7	-0,2	-3,9	-4,2	-3,6	
Естественный прирост	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	-0,9	-1,5	-2,2	-4,8	-7,1	-4,0	
Миграционный прирост	2,1	2,1	1,9	1,7	1,8	1,4	0,9	1,9	0,9	2,9	0,4	
Москва	11612,9	11979,5	12108,3	12197,6	12330,1	12380,7	12506,5	12615,3	12692,0	12655,1	13015,0	9,8
Темп прироста по годам, %		3,2	1,1	0,7	1,1	0,4	1,0	0,9	0,6	-0,3	2,8	
Общий прирост	10,3	10,7	7,4	10,8	4,1	10,1	8,7	5,0	-1,8	-1,6	6,8	
Естественный прирост	1,4	1,7	1,6	1,7	1,7	1,2	0,8	1,2	-2,0	-3,3	-0,3	
Миграционный прирост	8,9	9,0	5,7	9,1	2,4	8,9	7,9	3,8	0,1	1,8	7,1	

[1] Данные без учёта Донецкой Народной Республики (ДНР), Луганской Народной Республики (ЛНР), Запорожской и Херсонской областей.

Период исследования характеризуется снижением смертности по всем основным классам причин смерти, при этом выявлены некоторые особенности, зафиксированные в 2020–2021 гг., связанные с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19. Шесть классов причин смерти – болезни системы кровообращения, новообразования, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, некоторые инфекционные и паразитарные заболевания, а также внешние причины составляли до 2020 года более 70% всех смертей в Москве и более 80% по Российской Федерации в целом.

В структуре основных причин смерти ведущие позиции занимают болезни системы кровообращения, при этом в динамике смертность от этого класса снижается как в Российской Федерации, в целом, так и в Москве. Второе место среди причин смерти занимают новообразования, а внешние причины – третье место (Таблица 3.8).

В динамике, к 2019 году, по всем классам болезней отмечается снижение смертности, кроме новообразований, по которым отмечен незначительный рост. На уровне страны, в отличие от Москвы, отмечен рост смертности от болезней системы пищеварения почти на 8% (за 2012–2019 гг.). При этом в данный период выявлен рост доли умерших от других причин смерти, болезней нервной системы, болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, психических расстройств и расстройств поведения. Кроме того, увеличивалась доля умерших от симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках.

В 2020 году зафиксированы однообразные изменения в динамике смертности на рассматриваемых территориях, такие как повышение смертности от болезней органов кровообращения и органов пищеварения и снижение смертности от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний и новообразований. При этом смертность от болезней органов дыхания и внешних причин в 2020 году в Москве сократилась, в отличие от Российской Федерации.

Таблица 3.8 – Смертность по основным классам и отдельным причинам (на 100 тыс. нас.), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Регион	Причины смерти	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Прирост, %
РФ	Общая смертность на 100 тыс. нас.	1331,2	1304,3	1305,8	1303,6	1289,3	1243,6	1245,6	1225,3	1460,2	1673,9	1294,1	-2,8
	Болезни системы кровообращения	737,1	698,1	653,9	635,3	616,4	587,6	583,1	573,2	640,8	640,3	566,8	-23,1
	Новообразования	203,1	203,1	201,9	205,1	204,3	200,6	203,0	203,5	202,0	194,1	191,6	-5,7
	Внешние причины	135,3	129,2	129,9	121,3	114,2	104,0	98,5	93,8	95,3	95,3	99,5	-26,5
	Болезни органов пищеварения	62,1	61,6	67,2	69,6	67,0	63,3	65,0	67,0	73,3	74,5	70,4	13,4
	Болезни органов дыхания	49,4	51,6	54,5	51,8	48,0	42,2	41,6	40,3	65,9	78,7	55,6	12,6
	Инфекционные и паразитарные болезни	22,4	22,2	22,3	23,5	24,1	23,9	23,6	22,4	20,6	19	17,9	-20,1
	Другие причины	121,8	138,5	176,1	197,0	215,3	222,0	230,8	225,1	362,3	572,0	292,3	140,0
Мск	Общая смертность на 100 тыс. нас.	987,6	962,89	966,6	993,9	1001,8	955,3	971,5	959	1178,7	1366,7	962,2	-2,6
	Болезни системы кровообращения	550,6	529,6	523,7	524,2	555,8	537,0	521,7	489,2	532,0	511,1	414,9	-24,6
	Новообразования	204,5	204,2	207,5	211,0	222,8	213,5	215,7	214,7	208,0	199,5	178,4	-12,8
	Внешние причины	56,4	51,4	51,2	49,0	56,4	55,3	53,3	43,1	40,6	60,6	38,8	-31,2
	Болезни органов пищеварения	44,8	39,3	38,9	39,8	40,6	37,8	38,4	39,3	41,7	39,9	33,2	-25,9
	Болезни органов дыхания	24,7	24,1	23,3	26,8	29,1	25,0	27,2	22,4	20,8	21,6	13,3	-46,2
	Инфекционные и паразитарные болезни	12,4	11,9	11,9	11,0	12,5	14,1	12,8	11,6	10,4	10,4	9,3	-25,0
	Другие причины	94,2	102,4	110,1	132,1	84,6	72,6	102,5	138,7	325,2	523,6	274,3	191,2

В 2022 году выявлены незначительные колебания смертности от основных причин. Среди значимых изменений зафиксировано снижение смертности от болезней системы кровообращения на всех рассматриваемых территориях.

В 2020–2021 гг. выявлен рост смертности от других, неосновных классов болезней, доля которых составила более 30% и связана с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19, которая выделена в отдельную причину смерти. Москву отличает от всей Российской Федерации более низкие показатели смертности от всех основных классов и причин (Таблица 3.8).

Показатели смертности являются индикаторами степени достижения результатов в рамках государственной программы «Столичное здравоохранение»[1] и государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»[2]. Индикативному, фактический показатель общей смертности соответствовал в РФ только в 2016 году, в Москве – в 2013 и в 2017 годах, остальные годы – превышали индикативные. Показатель смертности от болезней системы кровообращения в РФ превышает индикативные в 2016 и в 2019 годах; в Москве – в 2016–2017 гг. Смертность от новообразований в РФ и Москве, на протяжении в период реализации госпрограмм, выше индикативных значений (Таблица 3.8). Продолжительность жизни в РФ ниже индикативных показателей в течение всего периода. Фактические значения данного показателя превышают индикативные в Москве (Приложение Д).

3.2. Особенности заболеваемости взрослого населения[3]

За 2012–2022 гг. уровень общей заболеваемости взрослого населения вырос в Москве – на 6,6%, в Российской Федерации – на 10,9%, особенностью данной

[1] Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «Об утверждении государственной программы города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» [Электронный ресурс]. URL: https://docs.cntd.ru/document/537907516

[2] Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]. URL: https://docs.cntd.ru/document/902389217?marker=6540IN.

[3] Материалы данного параграфа представлены в публикациях: Агамов З. Х. Заболеваемость населения в период реализации реформы здравоохранения Москвы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 6. С. 1569–1573; Агамов З. Х., Какорина Е.П., Орлов С.В. Некоторые аспекты состояния здоровья пожилого населения Москвы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2022. № 11–12. С. 31–39.

динамики является снижение уровня общей заболеваемости в 2020 году, с последующим ростом. При сравнительном анализе, внутри рассматриваемого периода, до 2020 года выявлены отличия в зависимости от территории. В Москве данный показатель к 2017 году постепенно снижался на 15%, с последующим ростом. В противоположность Москве, в Российской Федерации данный период характеризуется относительно стабильными показателями, без существенной динамики (Рисунок 3.4).

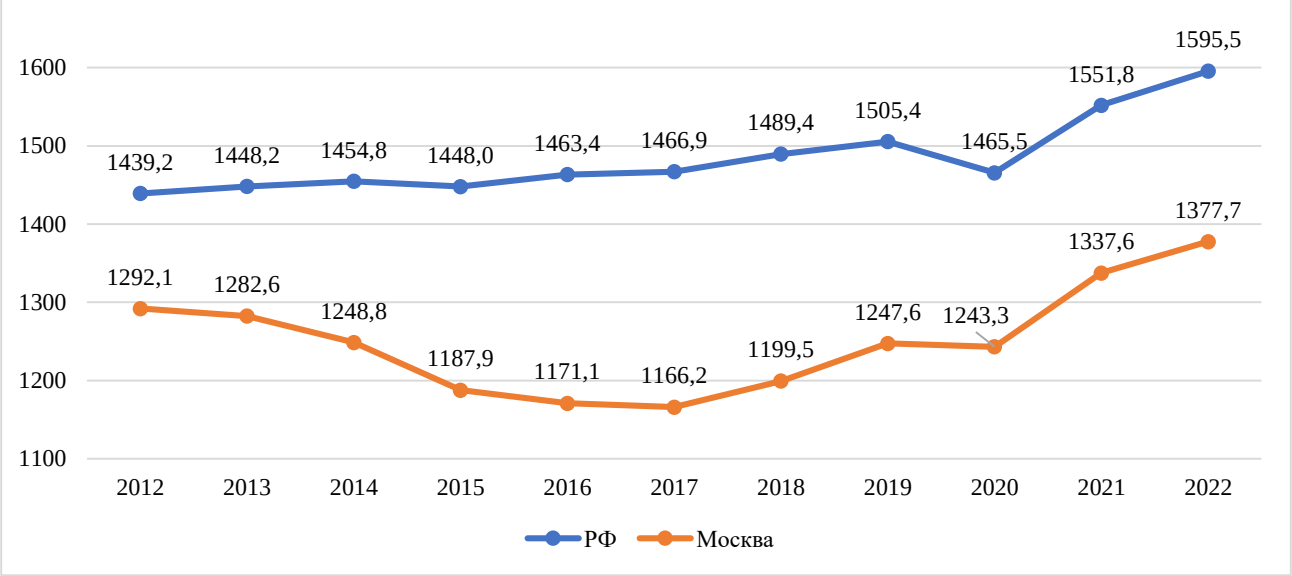


Рисунок 3.4 – Общая заболеваемость взрослого населения (на 1000 нас.), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Для первичной заболеваемости характерны аналогичные тенденции роста: в РФ – на 20,4%, в Москве – на 9,2%. Так же, как и в случае с общей заболеваемостью, в целом по Российской Федерации показатель первичной заболеваемости относительно стабилен и не претерпевает существенных изменений до 2020 года (Рисунок 3.5).

При рассмотрении динамики показателей общей заболеваемости в Москве выявлен рост по следующим классам: болезни крови, кроветворных органов – на 118,9%, новообразования – 70,5%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 49,1%, болезни кожи и подкожной клетчатки – 12,7%, болезни мочеполовой системы – 9,5%, болезни органов дыхания – 9,1% и болезни нервной системы – 4,1%. По остальным классам болезней отмечается сни-

жение показателей, в том числе для столь значимых в потреблении ресурсов здравоохранения болезней системы кровообращения, пищеварения и других. Для всех классов болезней выявлены однообразные колебания в динамике внутри периода исследования, характеризующиеся снижением показателя общей заболеваемости в зависимости от класса к 2015–2017 гг. и последующим ростом к 2022 году. В целом, аналогичные тренды характерны и для показателей общей заболеваемости по классам болезней для Российской Федерации в целом (Приложения Е, Ж).

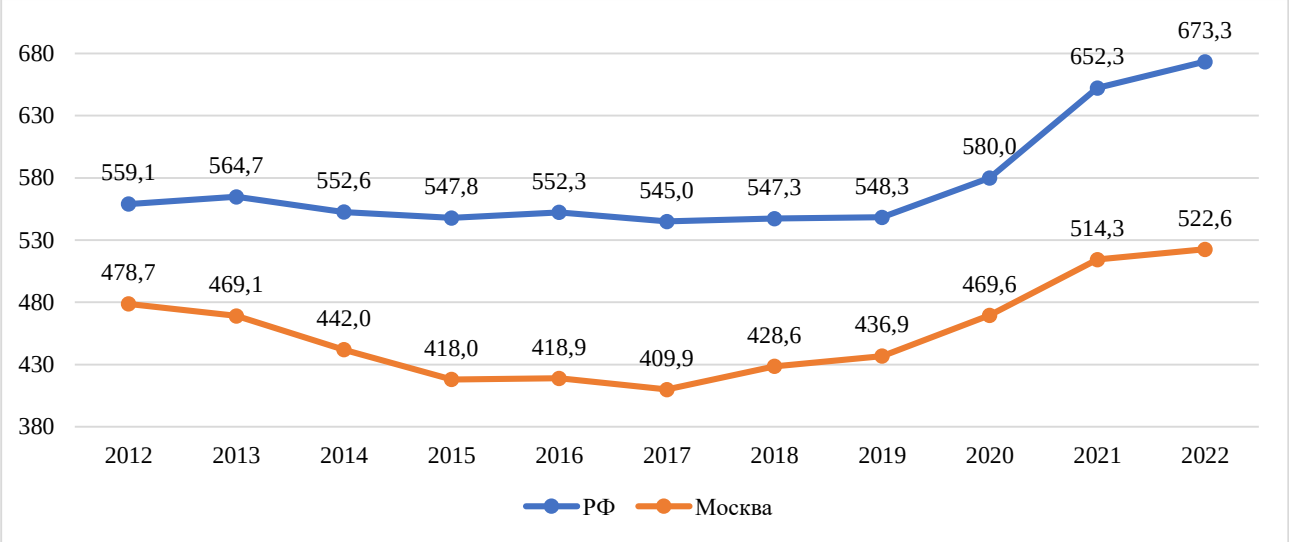


Рисунок 3.5 – Первичная заболеваемость взрослого населения (на 1000 нас.), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Динамика показателей первичной заболеваемости в Москве по классам болезней, в отличие от общей, характеризуется ростом только по 4 классам: болезни крови, кроветворных органов – на 92,1%; болезни кожи и подкожной клетчатки – 9%; болезни органов дыхания – 5,7%; болезни эндокринной системы – 5,2%. Для остальных классов болезней характерна отрицательная динамика.

В РФ по всем классам болезней, кроме класса болезней органов кровообращения и органов дыхания, отмечается снижение показателей первичной заболеваемости взрослого населения. В случаях показателей общей заболеваемости по классам болезни крови и кроветворных органов и COVID-19 рост связан с первичной заболеваемостью по данным классам. По остальным классам болезней отмечается снижение показателя общей заболеваемости. Так же, как и в случае показателей

общей заболеваемости, для всех классов болезней выявлены однообразные колебания в динамике за период исследования, характеризующиеся снижением показателя первичной заболеваемости в зависимости от класса к 2015–2017 гг. и последующим ростом (Приложения И, К).

В структуре общей заболеваемости взрослого населения Москвы в 2022 году наибольшую долю занимают болезни системы кровообращения – 20,4% и болезни органов дыхания – 17%. Доли других классов в отдельности составляют менее 10%.

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения болезни органов дыхания занимают наибольшую долю в структуре и составляют 34%, далее следует COVID-19 – 16,4%; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин составляют – 13,7%; беременность, роды и послеродовый период – 12,3%. Доли остальных классов в отдельности не превышают 7%. По Российской Федерации определяется в целом аналогичная структура как общей, так и первичной заболеваемости взрослого населения (Таблица 3.9).

Таким образом, в Москве период исследования характеризуется ростом общей заболеваемости по ряду классов, при этом по некоторым из них первичная заболеваемость снижается. Структура за период исследования в целом не меняется, за исключением 2020–2022 гг., что связано с распространением новой коронавирусной инфекции.

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 поставила перед государством задачи оперативного решения вопросов организации медицинской помощи растущему потоку пациентов и определила необходимость реализации мероприятий по снижению темпов распространения инфекции, а также реорганизации системы здравоохранения регионов, с перепрофилированием медицинских организаций для работы с пациентами с COVID-19, мобилизацией и перемещением значительного количества медицинских кадров для этого.

Отражением этих процессов, являются изменения, выявленные в динамике первичной заболеваемости в период 2020–2022 гг.

Таблица 3.9 – Структура общей и первичной заболеваемости взрослого населения (%), РФ, Москва, 2022 г.

Показатель	Общая заболеваемость		Первичная заболеваемость	
Регион	РФ	Москва	РФ	Москва
Класс болезней по МКБ				
– некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2,0	1,3	2,1	2,4
– новообразования	3,9	4,9	1,8	2,4
– болезни крови, кроветворных органов	0,6	0,2	0,3	0,1
– болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6,1	6,3	1,7	1,2
– психические расстройства и расстройства поведения	2,6	1,7	0,6	0,8
– болезни нервной системы	2,9	1,4	1,4	0,9
– болезни глаза и его придаточного аппарата	5,0	5,6	3,0	3,2
– болезни уха и сосцевидного отростка	1,8	1,5	2,6	2,4
– болезни системы кровообращения	20,2	20,4	6,0	2,5
– болезни органов дыхания	17,6	17,0	35,0	34,0
– болезни органов пищеварения	6,3	6,0	3,2	1,5
– болезни кожи и подкожной клетчатки	2,8	3,1	4,5	7,0
– болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	8,6	9,0	4,2	2,3
– болезни мочеполовой системы	7,5	8,8	6,0	6,0
– беременность, роды и послеродовой период	5,1	4,7	8,3	12,3
– врожденные аномалии	0,1	0,0	0,0	0,0
– симптомы, признаки и отклонения от нормы	0,1	0,0	0,1	0,0
– травмы, отравления, последствия внешних причин	4,9	5,2	11,7	13,7
– COVID -19	5,7	6,2	13,4	16,4

Рост первичной заболеваемости взрослого населения в 2020–2022 гг. связан с появлением в её структуре COVID-19, доля которого в динамике снижается, однако отличается по регионам: в Москве – с 14,4% до 12,9%, в РФ – с 6,8% до 5,8% (Рисунок 3.6).

Распространение новой коронавирусной инфекции с соответствующим перемещением кадров для работы с пациентами с COVID-19 вытеснило другие классы болезней в структуре первичной заболеваемости взрослого населения, уровень ко-

торых снизился, а по некоторым классам существенно. Уровень первичной заболеваемости без учета COVID-19 в 2020–2022 году снизился как в Москве, так и в РФ (Рисунок 3.7).

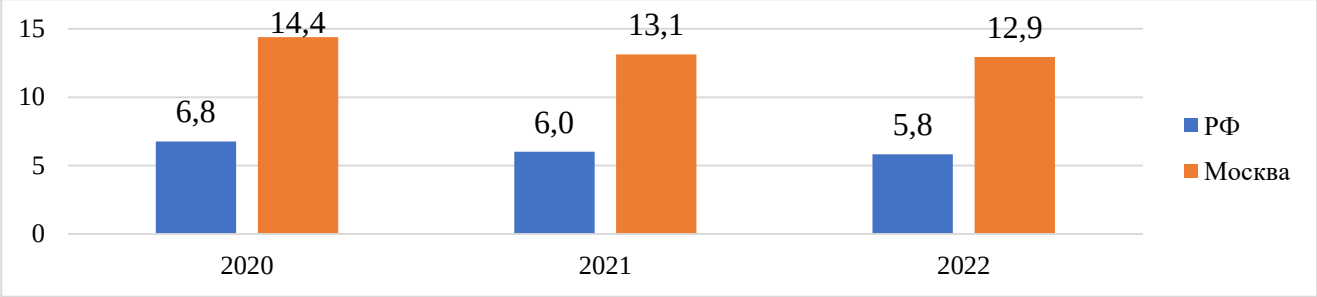


Рисунок 3.6 – Доля заболеваемости COVID-19 в структуре первичной заболеваемости населения, РФ, Москва, 2020–2022 гг.

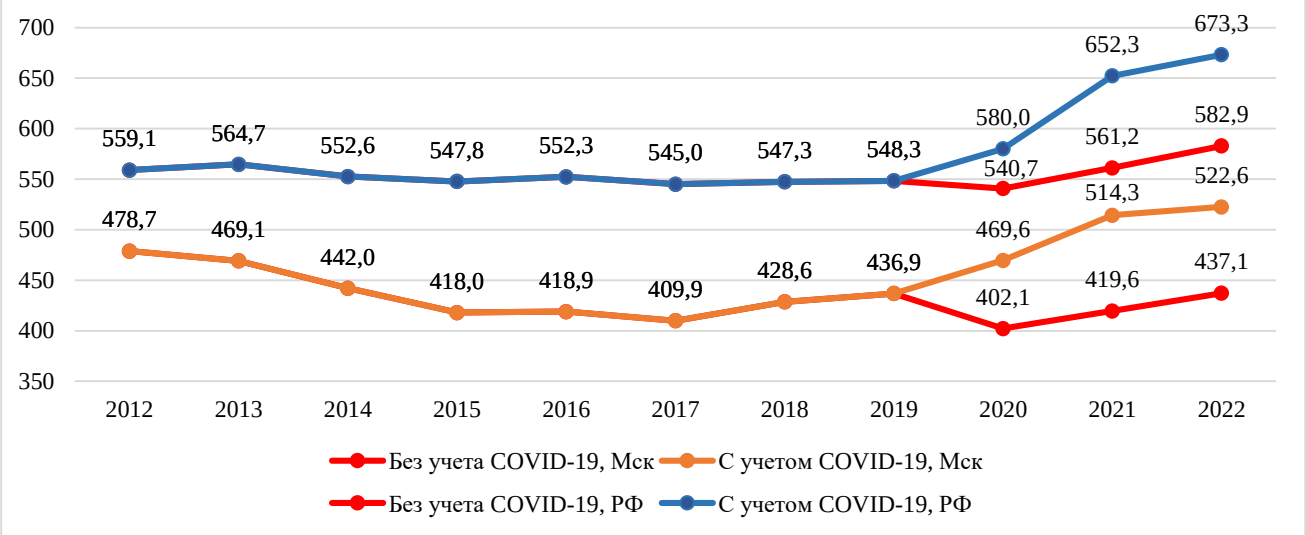


Рисунок 3.7 – Динамика первичной заболеваемости с учетом и без учета COVID-19 (на 1000 нас.), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Также отмечается, что по классам болезней, по которым выявлен рост уровня первичной заболеваемости в 2021 году, было зафиксировано сокращение в 2020 году. По всем классам болезней, за исключением болезней органов дыхания, в 2020 году зарегистрировано снижение уровня первичной заболеваемости. Дальнейший рост первичной заболеваемости по ряду классов связан со снятием ограничительных мероприятий и карантинных мер в 2021 году, с соответствующим ростом числа посещений в медицинские организации (Приложения И, К).

Ухудшение состояния здоровья с возрастом связано со старением, при котором закономерно возрастает распространенность хронических заболеваний и формирует рост числа посещений медицинских организаций первичного звена [Мадянова В. В., 2022].

Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста за исследуемый период в Российской Федерации выросла на 9,6%, а в Москве снизилась на 5,7%. Внутри данного периода, как в РФ, так и в Москве отмечается постепенное снижение данного показателя к 2017 году, с последующим ростом к 2022 г. В Москве данное снижение более выражено, чем в РФ (Рисунок 3.8).

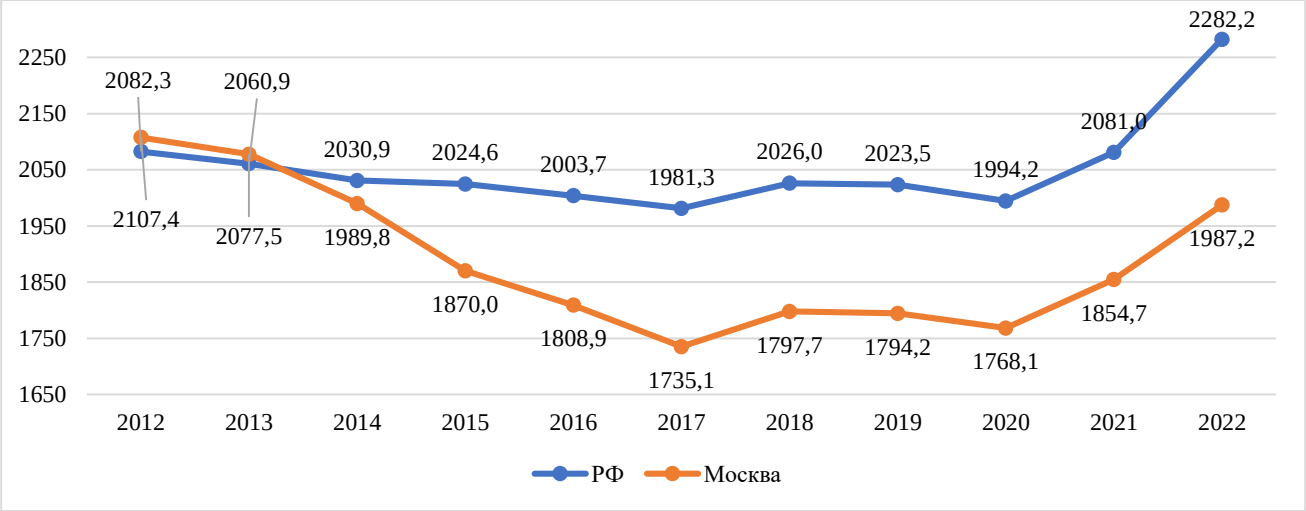


Рисунок 3.8 – Динамика общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста(на 1000 нас.), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Динамики первичной заболеваемости населения старше трудоспособного возраста на рассматриваемых уровнях характеризуются аналогичными трендами, что и общая заболеваемость. При этом выявлен рост первичной заболеваемости населения старше трудоспособного возраста: в РФ – на 32,2%, в Москве – на 12% (Рисунок 3.9).

Доля заболеваний населения старше трудоспособного возраста в структуре всех заболеваний взрослого населения в 2012–2019 гг. на всех территориальных уровнях выросла, с последующим снижением в 2022 году (Рисунок 3.10).

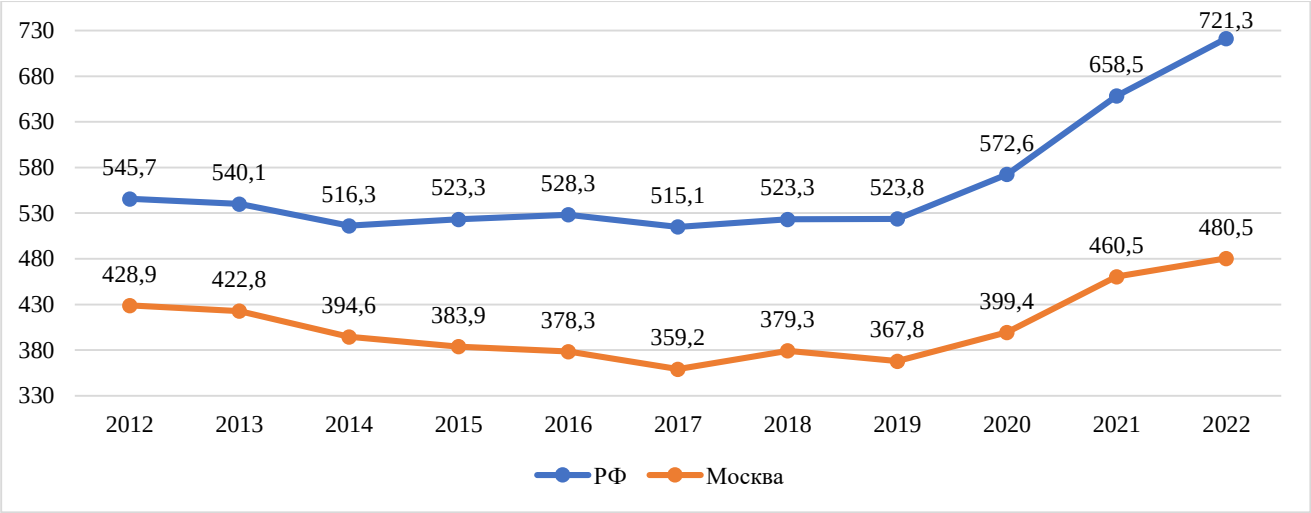


Рисунок 3.9 – Динамика первичной заболеваемости населения старше трудоспособного возраста(на 1000 нас.), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

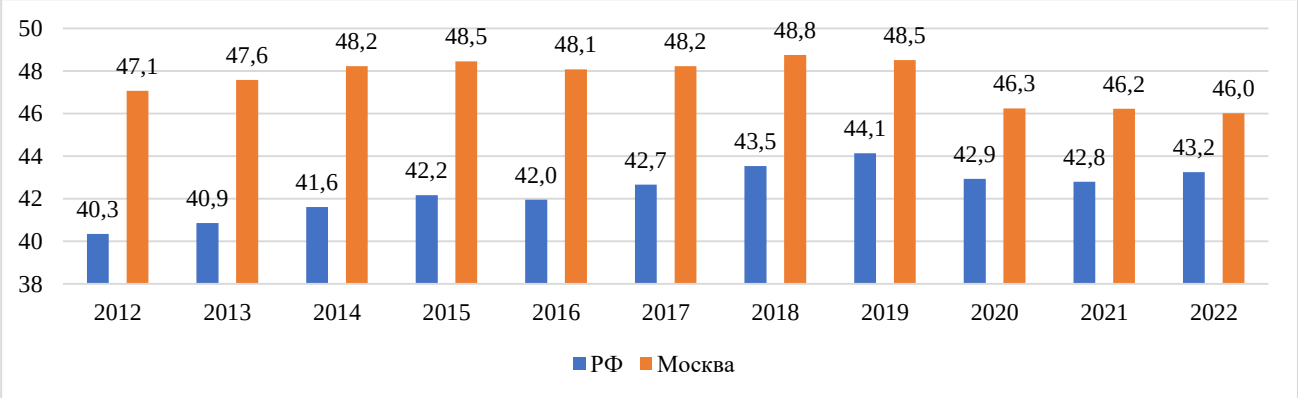


Рисунок 3.10 – Доля зарегистрированных заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста от общего числа заболеваний у взрослого населения (%), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Рост доли впервые выявленных заболеваний населения старше трудоспособного возраста в структуре заболеваний взрослого населения, в целом, также зарегистрирован за период 2012–2019 гг., и последующее снижение в 2020 году. Однако, как на уровне всей страны, так и Москвы в 2021–2022 гг. определяется рост доли впервые выявленных заболеваний населения старше трудоспособного возраста (Рисунок 3.11).

Динамические сдвиги в показателях заболеваемости населения старше трудоспособного возраста, так же, как и в случае показателей заболеваемости взрослого населения в целом связаны с распространением новой коронавирусной инфекции, регистрацией и отдельным учетом случаев заболеваний COVID-19 (Рисунок 3.12).

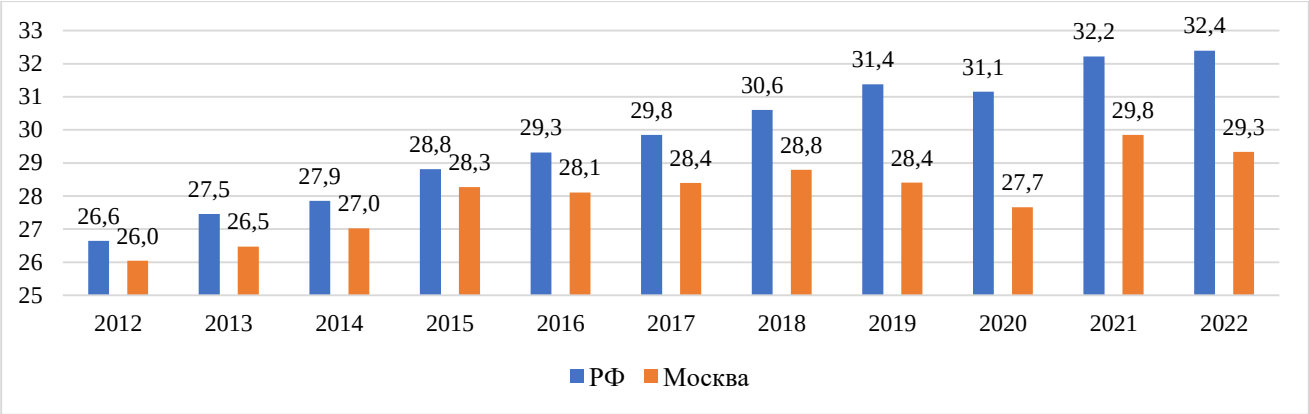


Рисунок 3.11 – Доля впервые выявленных заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста от общего числа впервые выявленных заболеваний у взрослого населения (%), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

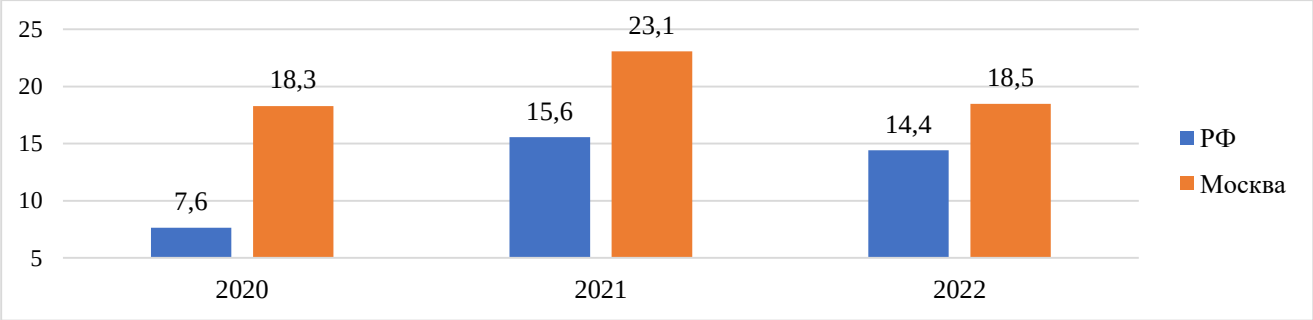


Рисунок 3.12 – Доля COVID-19 в структуре впервые зарегистрированных заболеваний у населения старше трудоспособного возраста (%), РФ, Москва, 2020–2022 гг.

Для лиц старших возрастных групп характерна их уязвимость при поражении COVID-19, связанная со снижением физиологических резервов, общей сопротивляемости и устойчивости организма, наличием хронических заболеваний, обострение которых впоследствии формирует рост потребности в медицинской помощи. В структуре заболеваний с COVID-19 доля лиц старше трудоспособного возраста в 2020–2021 гг. составила: в РФ – 35,2–35,9%, в Москве – 35,2–37,4% (Рисунок 3.13).

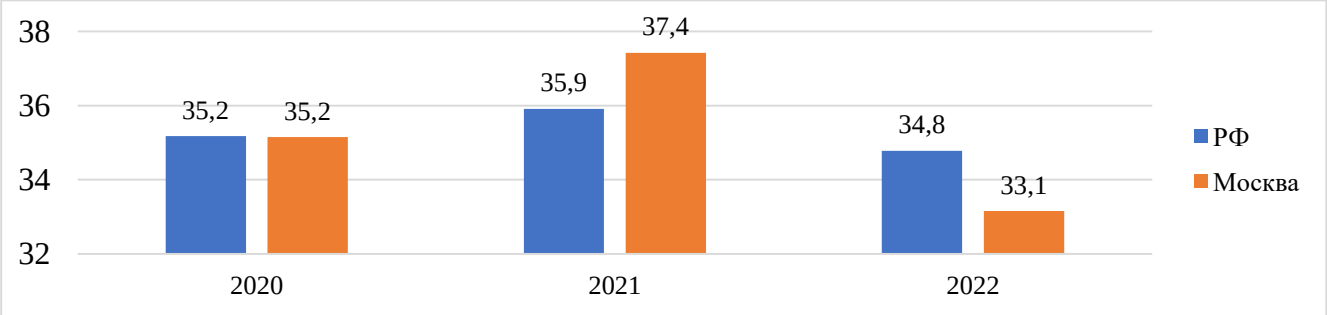


Рисунок 3.13 – Доля COVID-19 зарегистрированных у лиц старше трудоспособного возраста от общего числа COVID-19 у взрослого населения, РФ, Москва, 2020–2022 гг.

Выявленные в Москве медико-демографические тенденции формируют рост потребности в медицинской помощи, что связано с ростом численности населения. При этом выявлены следующие особенности: миграционный прирост компенсирует отрицательный естественный прирост, связанный со снижением рождаемости; увеличение продолжительности жизни москвичей; при этом доля населения трудоспособного возраста сократилась, а доля лиц старше и младше трудоспособного выросла.

Для Москвы характерны низкие показатели смертности практически по всем классам болезней и отдельным причинам смерти, в отличие от Российской Федерации, что может быть обусловлено уровнем развития здравоохранения субъекта, качеством жизни населения, связанным с социально-экономическим развитием региона.

В Москве выявлен рост показателей общей и первичной заболеваемости взрослого населения. Однако в отличие от Российской Федерации выявлено снижение данных показателей внутри рассматриваемого периода с последующим ростом, при этом структура заболеваемости в течение всего периода идентична. Показатели заболеваемости населения Москвы старше трудоспособного возраста повторяют данные тенденции, составляя более 45% в структуре общей и более 26% в структуре первичной заболеваемости взрослого населения.

Результаты анализа тенденций основных медико-демографических показателей и показателей заболеваемости населения Москвы определяют необходимость адаптации системы здравоохранения крупного города к изменяющимся потребностям населения в медицинской помощи. Для комплексного представления о возможностях здравоохранения в обеспечении растущей потребности населения в медицинской помощи необходим анализ ресурсов и деятельности системы здравоохранения г. Москвы, прежде всего первичного звена здравоохранения как наиболее массового сектора здравоохранения по оказанию медицинской помощи.

ГЛАВА 4. РЕСУРСЫ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

4.1. Кадровое обеспечение системы здравоохранения

За 2012–2022 гг., показатель обеспеченности врачами в городе Москве снизился на 24,2% и составил 43,3 на 10 тыс. нас., а в РФ на 11,3%, составив в 2022 году 36,8 на 10 тыс. нас. Характерным является снижение данного показателя к 2014 г., наиболее существенное в Москве (-21%), а в РФ на 9,5% (Рисунок 4.1). К 2020 году данный показатель вырос до 46,5, однако в последующем снижается до 43,3 на 10 тыс. населения.

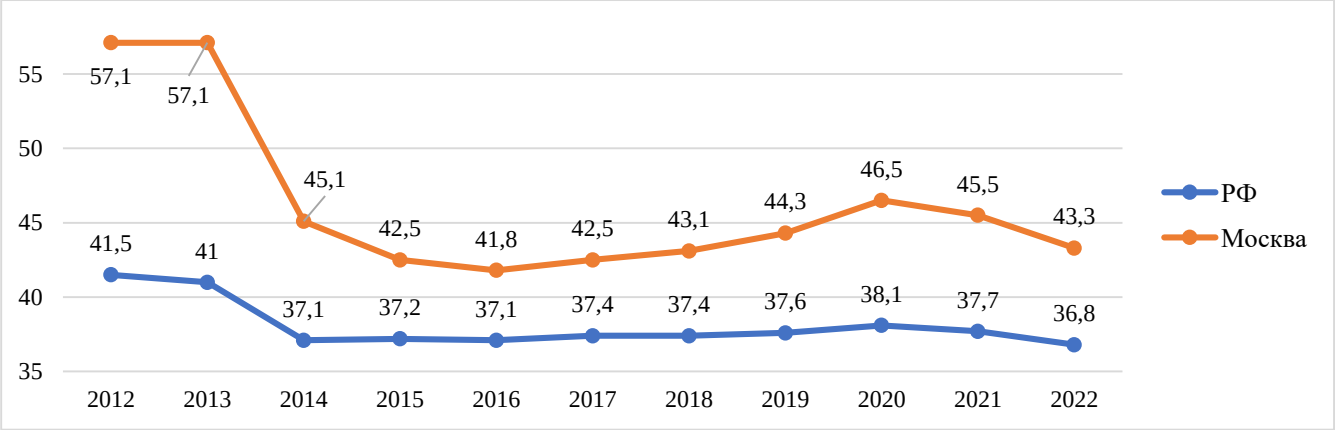


Рисунок 4.1 – Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения, РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Общая численность врачей в Москве, занятых, как в государственной, так и в негосударственной системах здравоохранения за период 2012 - 2022 гг. выросла на 13,8%, за счет увеличения численности врачей, занятых в негосударственной системе здравоохранения более чем в два раза - с 14,2 до 37,7 тыс. чел. Доля врачей государственной системы здравоохранения за данный период сократилась в общей численности с 82,8% до 59,9% (Приложение Л).

Основным ресурсом обеспечения доступности медицинской помощи являются врачи клинических специальностей, которые непосредственно оказывают медицинскую помощь. Динамика показателя обеспеченности населения врачами клинических специальностей характеризуется аналогичными трендами, что и обеспеченность врачами в целом (Рисунок 4.2).

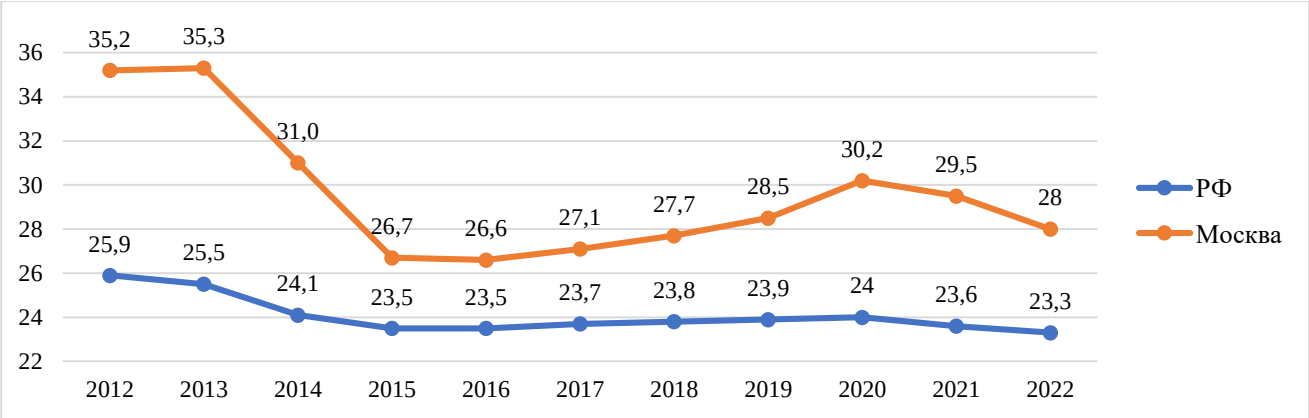


Рисунок 4.2 – Обеспеченность врачами клинических специальностей на 10 тыс. населения, РФ, Москва, 2012–2022 гг.

За исследуемый период динамика соотношения врачей клинических специальностей и прочих на всех рассматриваемых уровнях не существенна. В Москве в 2014 году отмечен рост доли врачей клинических специальностей с последующим снижением до значений, которые в дальнейшем относительно стабильны (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Соотношение врачей клинических и прочих специальностей (%), РФ, Москва, 2012–2022 гг.

	Врачи	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
РФ	Клинических специальностей	62,4	62,3	64,9	63,3	63,4	63,6	63,6	63,5	63,1	63,0	63,2
	Прочие	37,6	37,7	35,1	36,7	36,6	36,4	36,4	36,5	36,9	37,0	36,8
Москва	Клинических специальностей	61,7	61,8	68,6	63,0	63,5	63,9	64,3	64,4	64,9	64,8	64,8
	Прочие	38,3	38,2	31,4	37,0	36,5	36,1	35,7	35,6	35,1	35,2	35,2

За период исследования показатель обеспеченности населения средним медицинским персоналом сократился в Москве на 26,8%, а в РФ на 10,9%, которые в 2022 году составили 60,7 и 80,7 на 10 тыс. нас., соответственно (Рисунок 4.3).

Общая численность среднего медицинского персонала в Москве, занятого как в государственной, так и в негосударственной системах здравоохранения, за период 2012 – 2022 гг. снизилась на 2%, при этом более чем в два раза выросла численность среднего медицинского персонала, занятого в негосударственной системе здравоохранения - с 16,3 до 33,8 тыс. чел. Доля численности среднего медицинского персонала государственной системы здравоохранения сократилась в общей численности с 85,9% до 70,2% (Приложение Л).

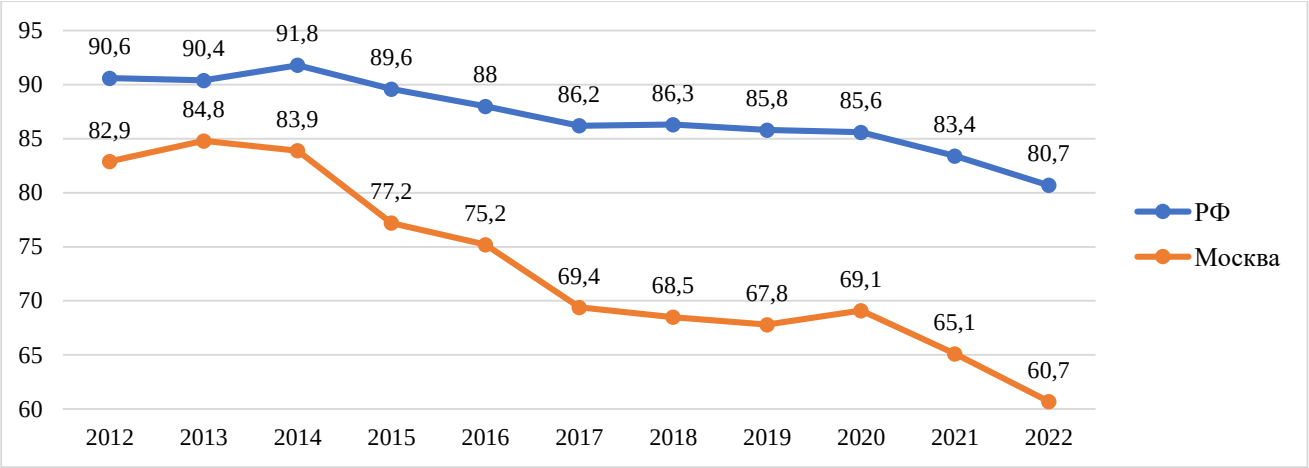


Рисунок 4.3 – Обеспеченность населения средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения, РФ, Москва, 2012–2022 гг.

За период исследования показатель соотношения численности врачей к среднему медицинскому персоналу претерпевает однообразные колебания, характеризующиеся ростом в 2014 году, с последующим постепенным сокращением до первоначальных значений к 2022 году. В Москве в 2022 году данный показатель составил 1:1,4, что ниже, чем в РФ – 1:2,2. На протяжении всего периода исследования данный показатель на уровне страны превышает аналогичные показатели в Москве, при рекомендованном ВОЗ соотношении 1:3 (Рисунок 4.4).

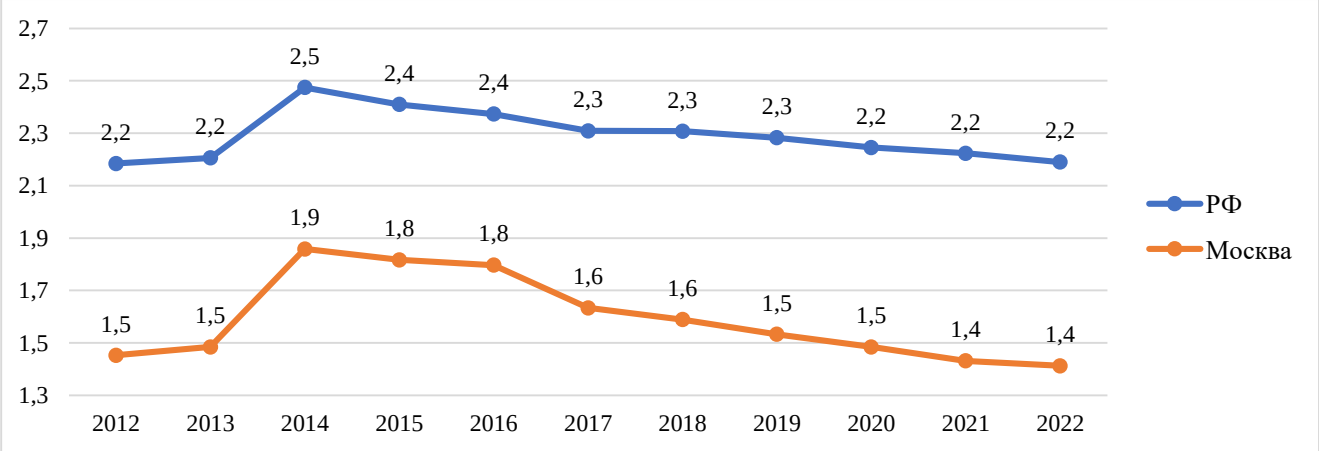


Рисунок 4.4 – Соотношение врач / средний медицинский персонал, РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Показатели обеспеченности врачами и соотношение врач / средний медицинский персонал установлены как целевые индикаторы выполнения мероприятий в рамках госпрограмм, при этом отмечается различия в значениях целевых показателей в

зависимости от версии госпрограммы. Так, в государственной программе от 2012 года[1], определены два контрольных года по достижению целевых показателей: обеспеченность врачами – к 2015 году до 44,4 на 10 тыс. населения, к 2020 году – 44,8 на 10 тыс. населения; показатель соотношения врач / средний медицинский персона – к 2015 году до 1:2,2, к 2020 году – 1:3. В версии данной государственной программы от 2014 года[2] по данным показателям представлены иные целевые значения.

Выявлено, что обеспеченность врачами в Российской Федерации выросла и достигла целевых значений госпрограммы уже в 2017 году, с дальнейшим ростом. Однако далее данный показатель снижается и не соответствует индикативным значениям, представленным в федеральном проекте «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»[3]. Стоит отметить, что показатель обеспеченности врачами не представлен в реализуемой Москве за период 2012–2020 гг. программе «Столичное здравоохранение»[4], однако фактические показатели выше показателей, представленных в госпрограмме и федеральном проекте. Снижение показателя обеспеченности врачами в 2014 году привело соответственно к росту соотношения врач / средний медицинский работник в пользу последних, однако дальнейшее снижение численности среднего медицинского персонала на рассматриваемых уровнях привело к снижению показателя соотношения врач / средний медицинский персонал, который ниже установленных индикативных значений (Таблица 4.2).

Как в Москве, так и в Российской Федерации, значения показателей обеспеченности населения средним медицинским персоналом ниже целевых, представленных в федеральном проекте «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», согласно которому они должны

[1] Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 №2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
[2] Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
[3] Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» [Электронный ресурс]. URL: https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/kadry.
[4] Постановление Правительства Москвы 04.10.2011 N 461-ПП Об утверждении государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

составлять в 2019 году – 86,8, в 2020 году – 87,8 и в 2021 году – 89,1, а в 2022 году – 90,4 на 10 тыс. населения.

Таблица 4.2 – Достижение целевых показателей кадрового обеспечения госпрограммы «Развитие здравоохранения» и федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Показатель	Годы										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
РФ. Обеспеченность врачами, на 10 тыс. населения											
По госпрограмме «Развитие здравоохранения»	–	41	40,2	40,2	37,2	37,3	37,4	37,5	37,5	–	–
По федеральному проекту	–	–	–	–	–	–	–	37,9	38,4	38,9	39,5
Фактически	–	–	–	37,2	37,1	37,4	37,4	37,6	38,1	37,7	36,8
РФ. Соотношение врач/средний медперсонал											
По госпрограмме «Развитие здравоохранения»	–	2,2	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8	–	–
Фактически	–	–	–	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2
Москва. Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения											
Фактически	57,1	57,1	45,1	42,5	41,8	42,5	43,1	44,3	46,5	45,5	43,3
Москва. Соотношение врач/средний медперсонал											
По госпрограмме «Столичное здравоохранение»	1,8	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	–	–
Фактически	1,5	1,5	1,9	1,8	1,8	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4
Москва. Обеспеченность средним медицинским персоналом, на 10 тыс. населения											
По федеральному проекту	–	–	–	–	–	–	–	86,8	87,8	89,1	90,4
Фактически	82,9	84,8	83,9	77,2	75,2	69,4	68,5	67,8	69,1	65,1	60,7

Несмотря на декларируемую во всех программных документах приоритетность ПМСП и необходимость ее развития, при изучении соотношения врачей, работающих в первичном и стационарном секторах Москвы, отмечается рост доли последних, которая в 2022 году составила 38,4% (Рисунок 4.5).

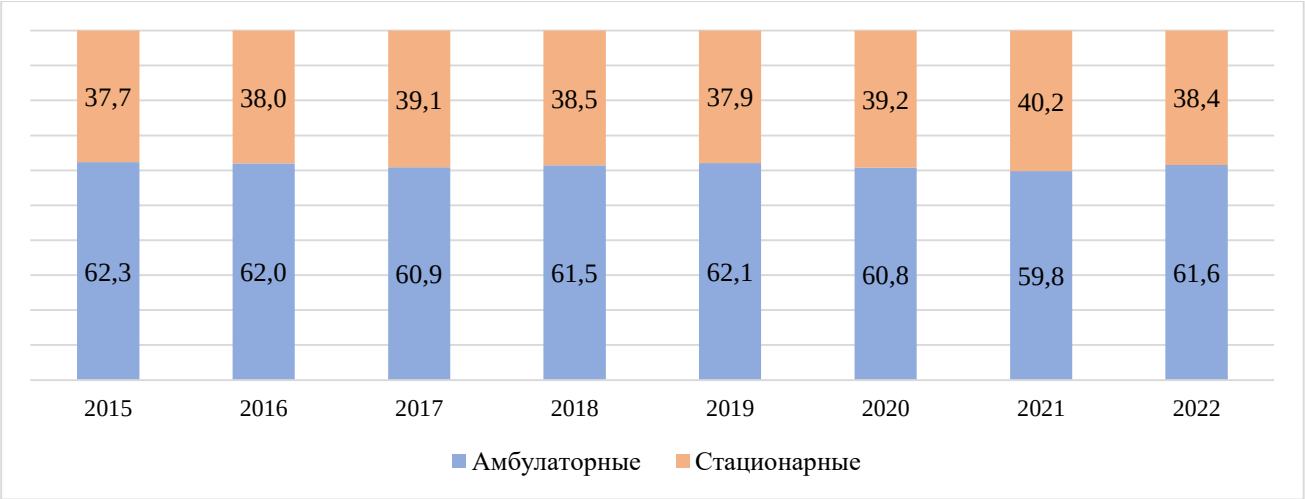


Рисунок 4.5 – Соотношение амбулаторных и стационарных врачей (%), Москва, 2015–2022 гг.

Численность врачей-терапевтов участковых в Российской Федерации за период исследования выросла на 8,8%. Более чем двукратное сокращение данного показателя в Москве с 2017 года связано с переходом системы оказания ПМСП на принципах общей врачебной практики. К 2021 году данный показатель увеличивается до значения 2,9, с последующим сокращением до 2,5 на 10 тыс. населения (Рисунок 4.6).

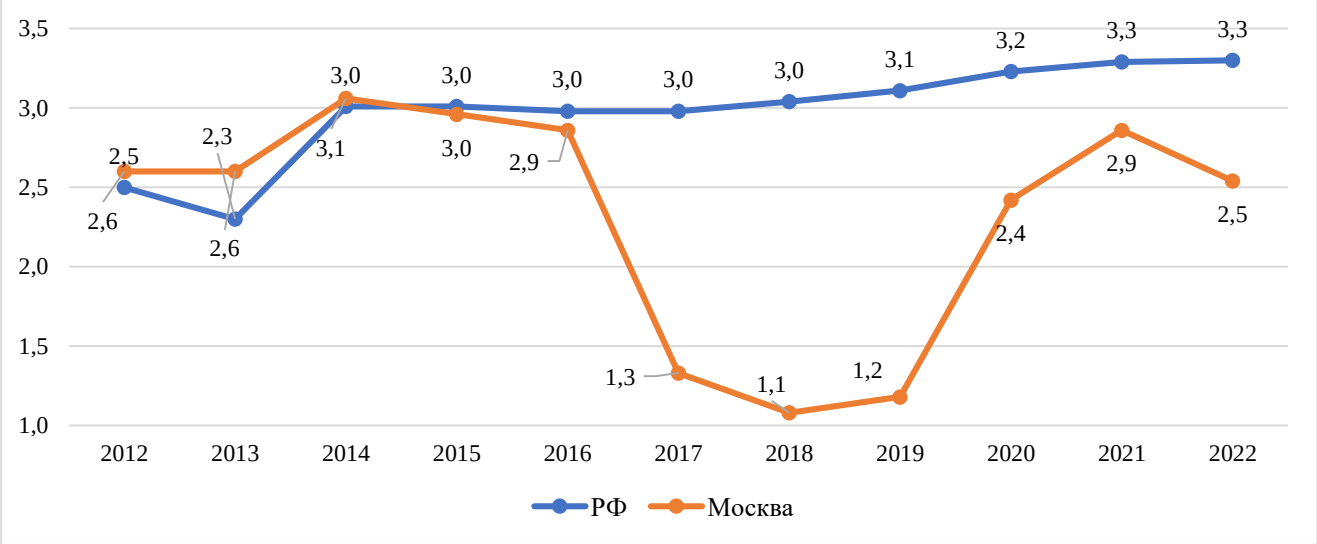


Рисунок 4.6 – Динамика показателя обеспеченности населения врачами-терапевтами участковыми, на 10 тыс. населения, РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Снижение показателя обеспеченности населения врачами-терапевтами участковыми сопровождается ростом показателя обеспеченности населения врачами общей практики (далее ВОП) (семейными врачами) в Москве, за счет поэтапного перевода врачей-терапевтов участковых, после соответствующего обучения,

на должности ВОП. В Российской Федерации колебания показателя обеспеченности ВОП не существенны (Рисунок 4.7).

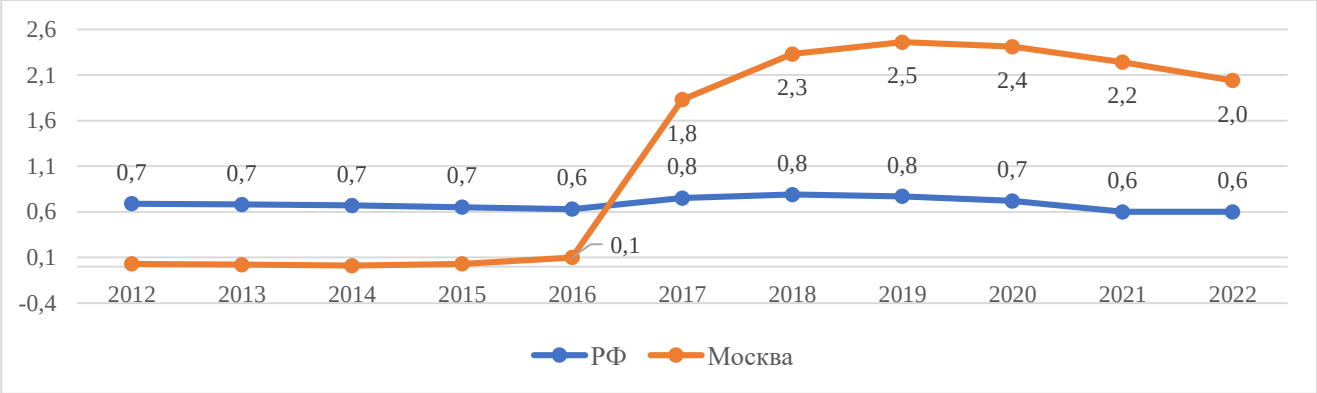


Рисунок 4.7 – Динамика показателя обеспеченности населения ВОП, на 10 тыс. населения, РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Суммарный показатель обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и ВОП в Москве в 2020–2022 гг. выше аналогичного показателя в РФ, при этом он снижается к 2022 году до 4,6 на 10 тыс. населения (Рисунок 4.8).

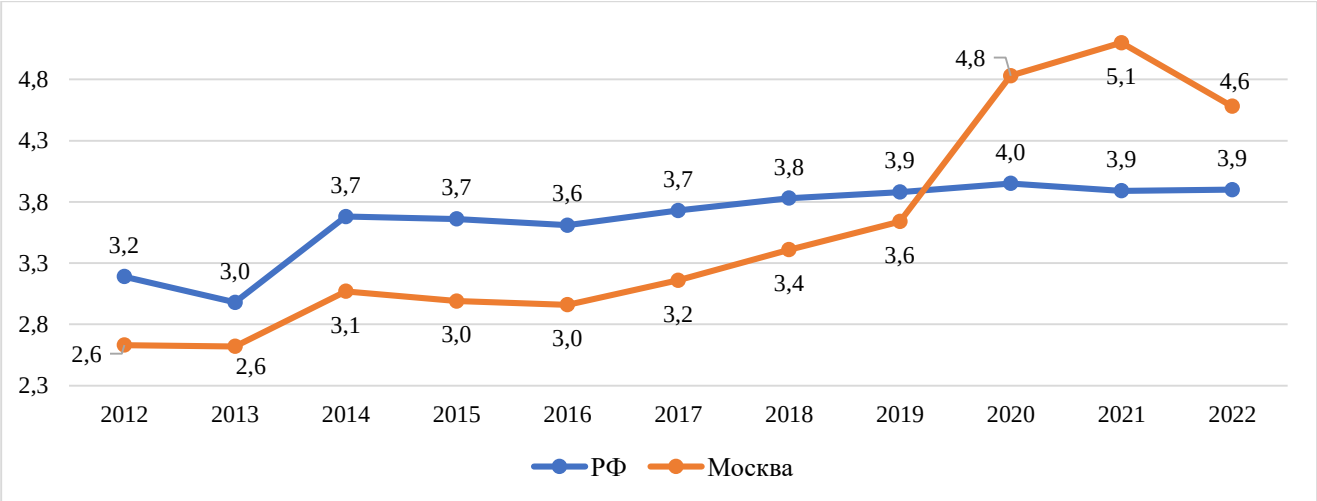


Рисунок 4.8 – Динамика показателя обеспеченности населения врачами-терапевтами участковыми и ВОП, на 10 тыс. населения РФ, Москва, 2012–2022 гг.

При рассмотрении соотношения врачей-терапевтов участковых и ВОП отмечается, что с началом перехода к оказанию медицинской помощи на принципах врача общей практики (семейного врача), доля ВОП в 2018 году достигала 74,1%, однако в последующем сокращается к 2022 году до 51,5% (Рисунок 4.9).



Рисунок 4.9 – Соотношение врачей-терапевтов участковых и ВОП (%), Москва, 2015–2022 гг.

При рассмотрении данного соотношения на уровне отдельной поликлиники выявлено, что доля ВОП сократилась с 59,1% до 43,4% (Рисунок 4.10).

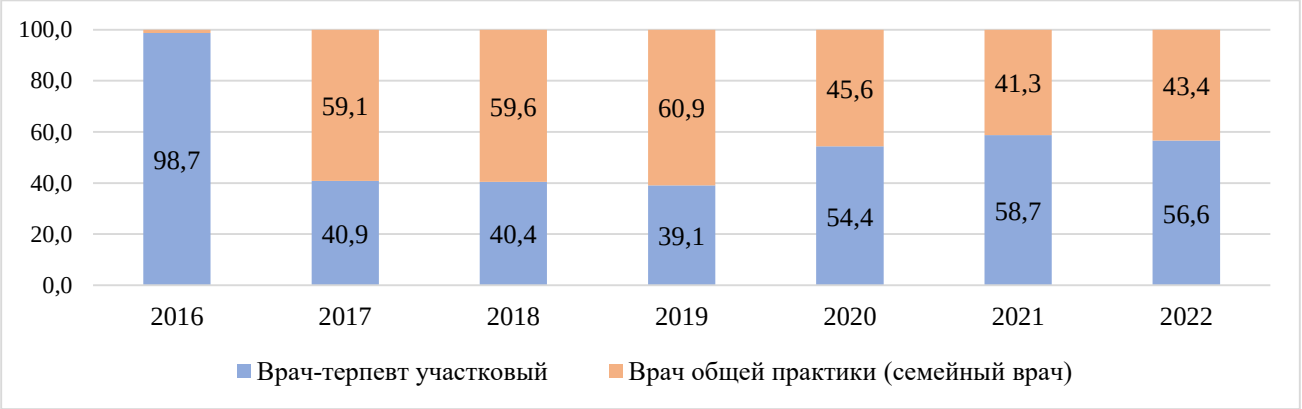


Рисунок 4.10 – Соотношение врачей-терапевтов участковых и ВОП (%), ГП № 115, 2016–2022 гг.

В 2015–2022 гг. в Москве определяется дефицит врачей-терапевтов участковых и ВОП, который в 2020–2021 гг. несколько компенсировался за счет массового приема врачей в медицинские организации, оказывающие ПМСП, для работы в период распространения новой коронавирусной инфекции. В 2022 году дефицит занятых должностей составил: 1017 врачей-терапевтов участковых или 1152,6 ВОП (Таблица 4.3). В целом за период 2015–2022 гг. дефицит врачей участковой службы устранен на 28,4%, в результате чего среднее число дополнительно обслуживаемого взрослого прикрепленного населения на 1 занятую должность врача-терапевта участкового или врача общей практики (семейного врача) также сократилось на 51,6% (с 666 до 322 человек).

Таблица 4.3 – Дефицит врачей-терапевтов участковых / врачей общей практики (семейных врачей), Москва, 2015–2022 гг.

Годы		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Прикрепленное взрослое население		8561440	8584819	8677125	8804012	8893580	9070680	9344429	9479172
Число занятых должностей	Врачи-терапевты участковые	3591,25	3291,75	1451	1066,75	1148,5	2559,25	2944,75	2607
	Врачи общей практики (семейные врачи)	35,5	136,25	2410	3053,25	3135,25	3154,5	2961	2765,25
Прикрепленное взрослое население, на которое достаточно фактического числа занятых должностей врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей)		6147725	5759475	5358700	5477375	5714750	8136125	8559275	7750200
Разница		-2413715	-2825344	-3318425	-3326637	-3178830	-934555	-785154	-1728972
Дефицит	Врачи-терапевты участковые	-1419,8	-1662,0	-1952,0	-1956,8	-1869,9	-549,7	-461,9	-1017,0
	Врачи общей практики (семейные врачи)	-1609,1	-1883,6	-2212,3	-2217,8	-2119,2	-623,0	-523,4	-1152,6
Среднее число дополнительно обслуживаемого взрослого прикрепленного населения на 1 занятую должность		666	824	859	807	742	164	133	322

Таблица 4.4 – Дефицит/избыток врачей-терапевтов участковых/врачей общей практики (семейных врачей), ГП № 115, 2015–2022 гг.

Годы		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Прикрепленное взрослое население		206428	207161	206749	208689	212346	215961	223755	228665
Число занятых должностей	Врачи-терапевты участковые	64,25	75,5	33	41,25	33,75	66,5	89	86
	Врачи общей практики (семейные врачи)		1	47,75	60,75	52,5	55,75	62,5	66
Прикрепленное взрослое население на которое достаточно фактического числа занятых должностей врачей-терапевтов участковых/ врачей общей практики (семейных врачей)		109225	129850	113400	143025	120375	179950	226300	225400
Разница		-97203	-77611	-93349	-65664	-91971	-36011	2545	-3265
Дефицит/избыток	Врачи-терапевты участковые	-57,2	-45,7	-54,9	-38,6	-54,1	-21,2	1,5	-1,9
Дефицит/избыток	Врачи общей практики (семейные врачи)	-81,0	-64,7	-77,8	-54,7	-76,6	-30,0	2,1	-2,7
Среднее число дополнительно обслуживаемого взрослого прикрепленного населения на 1 занятую должность		1513	-015	1156	644	1066	295	-17	21

Аналогичные тенденции выявлены и при расчетах дефицита/избытка врачей-терапевтов участковых и ВОП в городской поликлинике, где дефицит данных специалистов, устранен в 2021 году. Однако в 2022 году дефицит составил: 1,5 занятых должностей врача-терапевта участкового или 2,7 врача общей практики, с соответствующей нагрузкой дополнительным числом взрослого населения на 1 занятую врачебную должность (семейного врача) (Таблица 4.4).

В Москве показатель укомплектованности штатных должностей ВОП и врачей-терапевтов участковых за период 2014–2022 гг. характеризуется ростом к 2019 году с последующим снижением к 2022 году: ВОП - 80,7%, врачи-терапевты участковые – 77,8% (Рисунок 4.11).

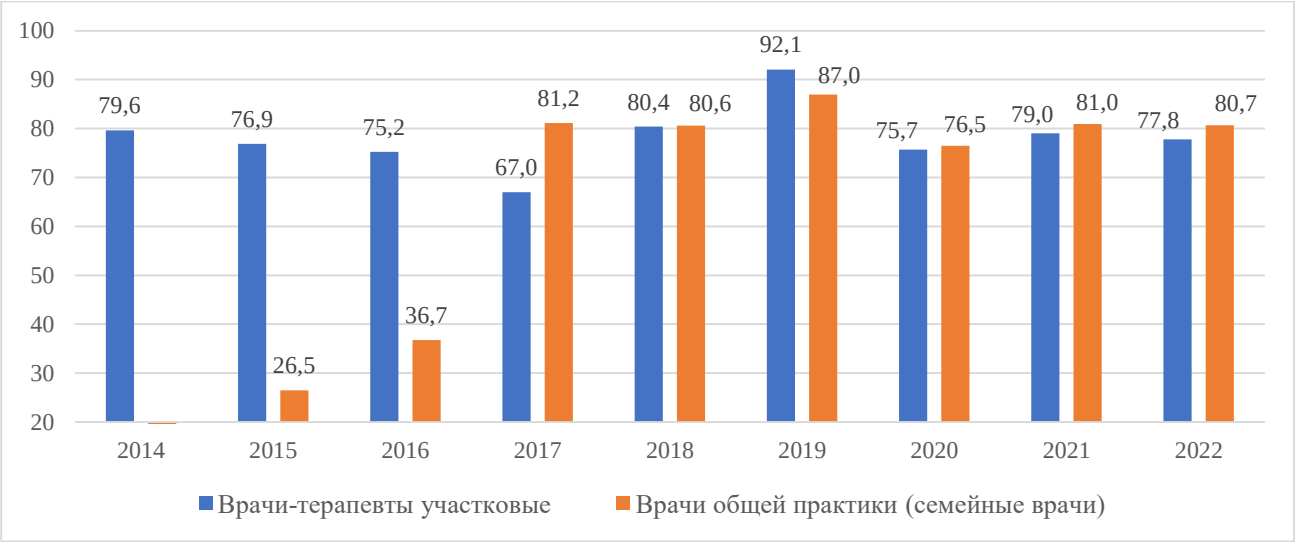


Рисунок 4.11 – Укомплектованность должностей ВОП и врачей-терапевтов участковых в Москве (%), 2014–2022 гг.

В 2014–2022 гг. коэффициент совместительства ВОП составил 0,9–1,1, а врачей-терапевтов участковых снизился с 1,5 в 2012 году до 0,9 в 2022 году.

В Москве отмечается рост доли врачей-терапевтов участковых и ВОП в общей численности врачей, которая к 2021 году достигла 10,1% и до 15,6% в структуре врачей клинических специальностей, с последующим сокращением к 2022 году до 9,5% и 14,7%, соответственно. При этом в Российской Федерации доля врачей данных специальностей несколько ниже, чем в Москве (Таблица 4.5).

Таблица 4.5 – Доля врачей участковой службы (врачи-терапевты участковые, ВОП) от общего числа врачей и врачей клинических специальностей, РФ, Москва, 2012–2022 гг.

РФ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Численность врачей, всего	594743	587482	542543	543604	544458	548414	548818	551473	557285	551314	541530
Число врачей участковой службы	45258	43202	45249	44962	44220	45975	47074	47573	47885	48245	38456
Доля врачей участковой службы от общего числа врачей, %	7,6	7,4	8,3	8,3	8,1	8,4	8,6	8,6	8,6	8,8	7,1
Число врачей клинических специальностей	370898	365842	352306	343955	345300	348608	348921	350237	351 435	347420	342371
Доля врачей участковой службы от числа врачей клинических специальностей, %	12,2	11,8	12,8	13,1	12,8	13,2	13,5	13,6	13,6	13,9	11,2
Москва											
Численность врачей, всего	68385	68419	55066	51809	51796	52598	54420	55849	58 886	59158	56304
Число врачей участковой службы	3165	3099	3163	3078	3085	3648	4069	4341	5586	5979	5387
Доля врачей участковой службы от общего числа врачей, %	4,6	4,5	5,7	5,9	6,0	6,9	7,5	7,8	9,5	10,1	9,5
Число врачей клинических специальностей	42195	42260	37779	32625	32914	33598	34991	35990	38 197	38356	36490
Доля врачей участковой службы от числа врачей клинических специальностей, %	7,5	7,3	8,4	9,4	9,4	10,9	11,6	12,1	14,6	15,6	14,7
Число врачей первичного звена, ДЗМ				25771	25643	25328	26408	27370	28379	28726	27777
Доля врачей участковой службы от числа врачей первичного звена, ДЗМ, %				13,7	13,9	16,8	18,1	18,7	23,2	24,5	19,3

Суммарный показатель обеспеченности средним медицинским персоналом врачей-терапевтов участковых и ВОП снизился в Москве на 18,1%, а в РФ на 11,5%, при этом в Москве обеспеченность ими ниже, чем в Российской Федерации почти в 2 раза (Рисунок 4.12).

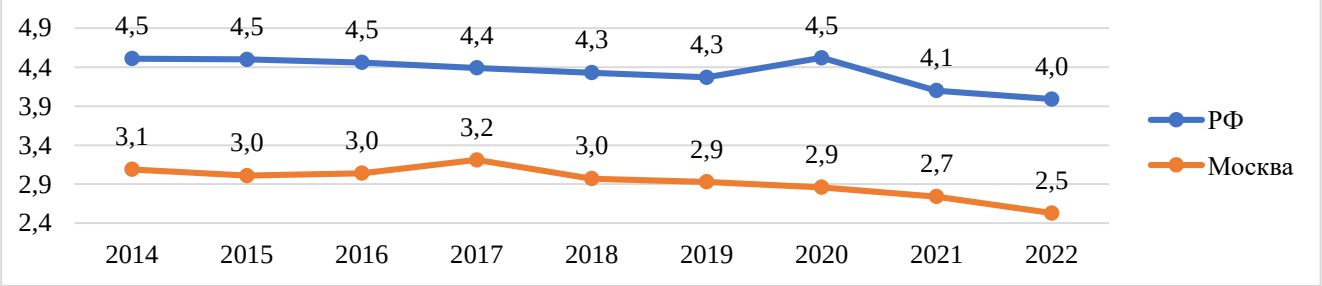


Рисунок 4.12 – Динамика суммарного показателя обеспеченности населения средним медицинским персоналом врачей-терапевтов участковых и ВОП, на 10 тыс. населения РФ, Москва, 2014–2022 гг.

Как в Москве, так и на уровне городской поликлиники отмечается сокращение числа медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых и медицинских сестер ВОП, дефицит занятых должностей которых в 2022 году составил 2279 и 4111,5, соответственно, в Москве, а в ГП № 115 – 90 и 102, соответственно (Таблица 4.6).

Таблица 4.6 – Динамика дефицита/избытка среднего медицинского персонала врачей-терапевтов участковых и ВОП, Москва, ГП № 115, 2015–2022 гг.

Медицинские сестры	Годы							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Москва								
Врачей-терапевтов участковых	-1815,1	-1521,9	789,5	578,6	14,5	-2023,1	-2684,1	-2279,0
Врачей общей практики (семейных врачей)	-59	-229,75	-4215	-4888,2	-4663,7	-4738,2	-4374	-4111,5
ГП № 115								
Врачей-терапевтов участковых	-	-2,0	-90,0	-65,5	-55,0	-64,3	-83,5	-90,0
Врачей общей практики (семейных врачей)	-17,4	-28,5	-39,5	-21,9	-20,6	-65,4	-101,5	-102,0

С 2015 по 2022 годы отмечается сокращение занятых врачебных должностей по всем основным врачебным специальностям. В 2022 году в Москве дефицит по

следующим основным врачам-специалистам первичного звена составил: врач-кардиолог – 113,7, врач-эндокринолог – 45,7, врач-хирург – 336,7, врач-уролог – 155,5, врач-гериатр – 159 занятых должностей (Таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Дефицит/избыток врачей-специалистов, Москва, 2015–2022 гг.

Годы	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Врач-кардиолог								
Число занятых должностей	400,5	393,3	345,0	304,3	344,0	361,5	367,0	360,25
Нормативное число должностей	428,1	429,2	433,9	440,2	444,7	453,5	467,2	474,0
Дефицит	-27,6	-36,0	-88,9	-136,0	-100,7	-92,0	-100,2	-113,7
Врач-эндокринолог								
Число занятых должностей	474,3	454,5	426,0	404,0	404,5	411,0	417,5	428,25
Нормативное число должностей	428,1	429,2	433,9	440,2	444,7	453,5	467,2	474
Избыток/дефицит	46,2	25,3	-7,9	-36,2	-40,2	-42,5	-49,7	-45,7
Врач-хирург								
Число занятых должностей	656,8	649,0	617,0	601,5	630,8	603,8	606,3	611,5
Нормативное число должностей	856,1	858,5	867,7	880,4	889,4	907,1	934,4	947,9
Дефицит	-199,4	-209,5	-250,7	-278,9	-258,6	-303,3	-328,2	-336,4
Врач-уролог								
Число занятых должностей	360,3	338,0	333,3	321,8	325,3	329,0	326,0	318,5
Нормативное число должностей	428,1	429,2	433,9	440,2	444,7	453,5	467,2	474
Дефицит	-67,8	-91,2	-100,6	-118,5	-119,4	-124,5	-141,2	-155,5
Врач-гериатр								
Число занятых должностей	32,75	23	16,75	18,75	23,25	12,25	10,25	7,25
Нормативное число должностей	145,1	144,5	149,1	152,8	153,8	153,8	156,1	166,6
Дефицит	-112,3	-121,5	-132,3	-134,0	-130,5	-141,5	-145,9	-159,3

Аналогичные тенденции выявлены в ГП № 115, в которой дефицит по основным врачам-специалистам в 2022 году составил: врач-кардиологи – 3,9, врач-невролог – 4, врач-эндокринолог – 4,2, врач-уролог – 3,4, врач-хирург – 10,4, врач-

оториноларинголог – 10,7, врач-офтальмолог – 13,9 занятых должностей (Приложение М).

За период 2015–2021 гг. положительная динамика также не отмечается при рассмотрении показателей укомплектованности по должностям ряда узких специальностей в первичном звене, таких как врач-кардиолог, врач-эндокринолог, неврологи, врач-уролог (Рисунок 4.13).

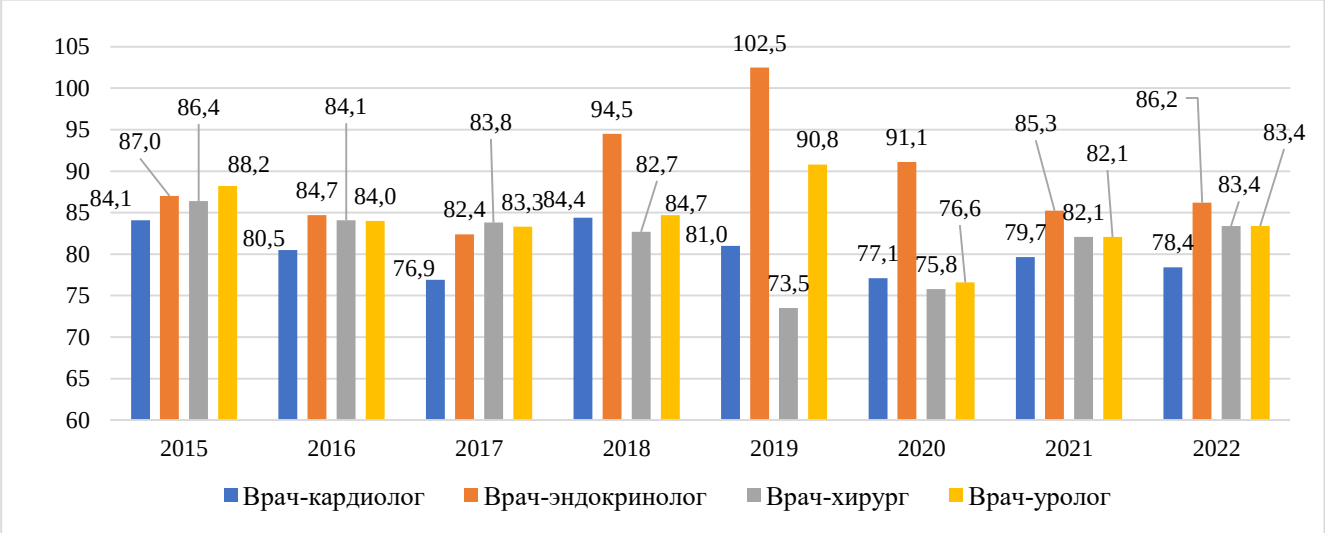


Рисунок 4.13 – Укомплектованность врачебных должностей по отдельным специальностям в первичном звене Москвы, (%), 2015–2022 гг.

При рассмотрении показателей кадрового обеспечения ГП № 115 врачами-терапевтами участковыми и ВОП отмечаются аналогичные тенденции, что и по городу Москва, характеризующиеся ростом показателя обеспеченности населения данными специальностями до 6,5 на 10 тыс. населения к 2022 году, которое произошло вследствие расширения штатов (+26,1%) и, соответственно, числа физических лиц (+79,5%), занимающих данные должности. Несмотря на это, показатели укомплектованности не соответствуют нормативным значениям. Нарастает доля врачей-терапевтов участковых и ВОП в общем числе врачей, которая в 2022 году составила 52,3% (Таблица 4.8).

Аналогичные тренды отмечаются и в целом по штатным должностям и физическим лицам врачей в ГП № 115 в 2012–2022 гг. Число штатных врачебных должностей сократилось на 35%, их занятость на 35,1%, число физических лиц на 10,1% (Рисунок 4.14).

Таблица 4.8 – Показатели кадрового обеспечения, суммарно врачи-терапевты участковые и врачей общей практики (семейных врачей), ГП № 115, 2012–2022 гг.

Показатели	Годы											Прирост/ убыль, %
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Штатные единицы	138	138	138,5	124	104	138	147	101,75	181	172,75	174	26,1%
Занятые штатные единицы	118,75	112	138,5	64,25	76,5	80,75	102	86,25	122,25	151,5	152	28,0%
Число физических лиц	83	64	89	59	66	83	112	100	134	159	149	79,5%
Укомплектованность должностей (%)	86,1	81,2	100,0	51,8	73,6	58,5	69,4	84,8	67,5	87,7	87,4	1,5%
Коэффициент совместительства	1,4	1,8	1,6	1,1	1,2	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	-28,7%
Обеспеченность на 10 тыс. взр. населения	2,9	2,3	3,1	2,9	3,2	4,0	5,4	4,7	6,2	7,1	6,5	121,4%
Доля врачей-терапевтов участковых/ВОП в общем числе врачей, %	26,2	20,1	22,4	21,9	23,2	30,5	39	38,2	49,4	53,9	52,3	

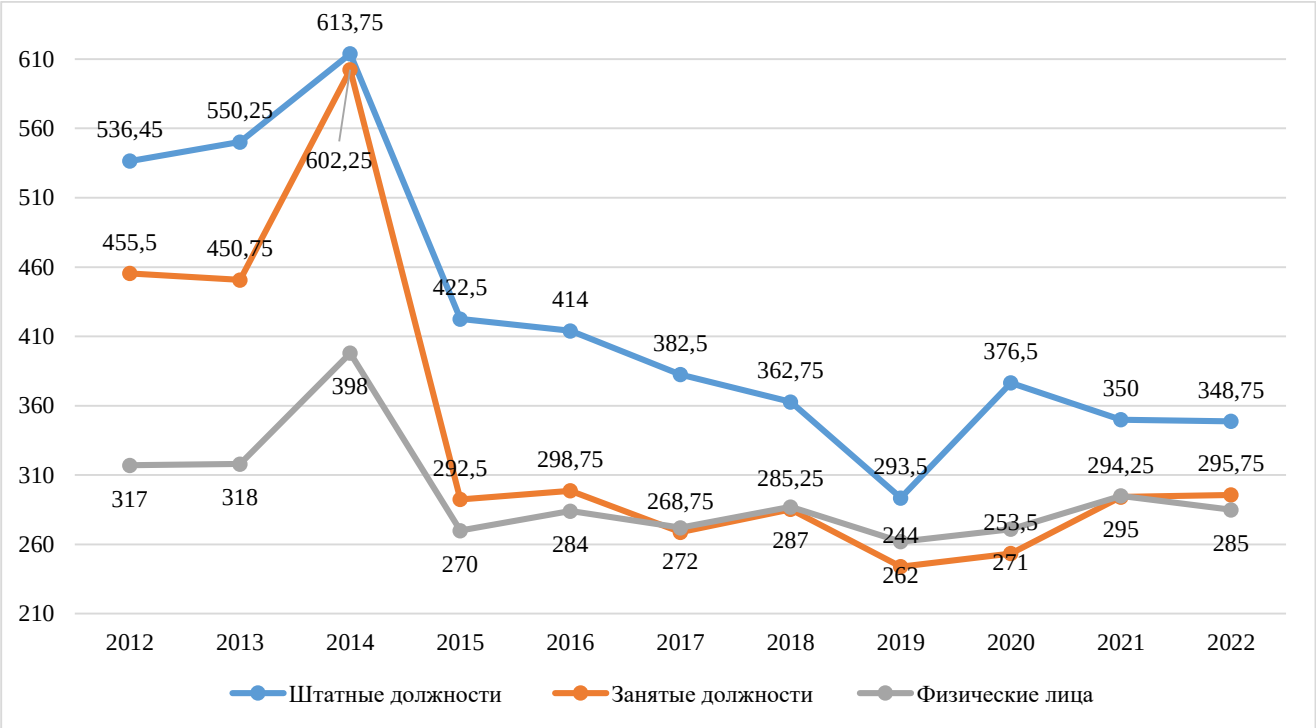


Рисунок 4.14 – Штатные, занятые должности врачей и физические лица, ГП № 115, 2012–2022 гг.

За период исследования показатель укомплектованности врачебных должностей не соответствует нормативу. Коэффициент совместительства снизился до нормативных значений. В 2015 году отмечается сокращение штатов (-31,2%) и физических лиц врачей (-32,2%), с последующим ростом в 2020 году (Таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Укомплектованность врачебных должностей (в %), коэффициент совместительства, ГП № 115, 2012–2022 гг.

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Убыль, %
Штатные должности врачей	536,45	550,25	613,75	422,5	414	382,5	362,75	293,5	376,5	350	348,75	-36,6
Темп убыли/прироста, цепной, %		2,6	11,5	-31,2	-2,0	-7,6	-5,2	-19,1	28,3	-7,0	-0,4	
Занятые должности	455,5	450,75	602,25	292,5	298,75	268,75	285,25	244	253,5	294,25	295,75	-34,4
Темп убыли/прироста, цепной, в		-1,0	33,6	-51,4	2,1	-10,0	6,1	-14,5	3,9	16,1	0,5	
Укомплектованность должностей		81,9	98,1	69,2	72,2	70,3	78,6	83,1	67,3	84,1	84,8	
Физические лица	317	318	398	270	284	272	287	262	271	295	285	-10,4
Темп убыли/прироста, цепной, %		0,3	25,2	-32,2	5,2	-4,2	5,5	-8,7	3,4	8,9	-3,4	
Коэффициент совместительства	1,4	1,4	1,5	1,1	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	-26,8

При рассмотрении штатных должностей среднего медицинского персонала за 2012–2022 гг., отмечается их сокращение на 61,4%, физических лиц на 55,9%. Несмотря на некоторый рост штатных должностей в 2020 году, число физических лиц среднего медицинского персонала в данном году не увеличилось (Рисунок 4.15, Таблица 4.10).

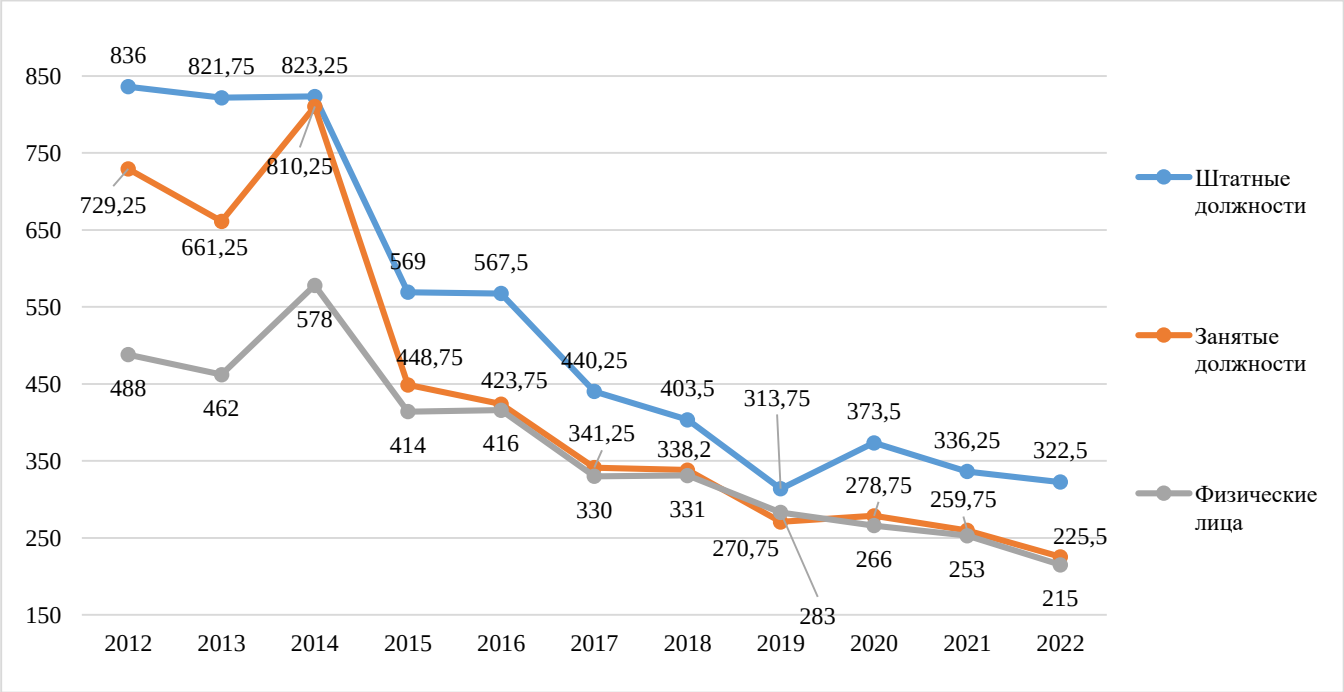


Рисунок 4.15 – Штатные, занятые должности среднего медицинского персонала и физические лица, ГП № 115, 2012–2022 гг.

Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала за весь период не соответствует нормативу и в 2022 году составила 69,9%. Коэффициент совместительства снизился до нормативных значений. Так же, как и в случае с врачами, в 2015 году отмечено существенное сокращение штатов (-30,9%) и физических лиц среднего медицинского персонала (-28,4%). Показатель соотношения врач / средний медицинский персонал сократился до 0,8 в 2022 году (Таблица 4.10).

Таблица 4.10 – Показатели кадрового обеспечения средним медицинским персоналом, ГП № 115, 2012–2022 гг.

Показатели	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Убыль, %
Штатные должности врачей	836	821,75	823,25	569	567,5	440,25	403,5	313,75	373,5	336,25	322,5	-61,4
Темп убыли/прироста, цепной, %		-1,7	0,2	-30,9	-0,3	-22,4	-8,3	-22,2	19,0	-10,0	-4,1	
Занятые должности	729,25	661,25	810,25	448,75	423,75	341,25	338,2	270,75	278,75	259,75	225,5	-69,1
Темп убыли/прироста, цепной, %		-9,3	22,5	-44,6	-5,6	-19,5	-0,9	-19,9	3,0	-6,8	-13,2	
Укомплектованность должностей		80,5	98,4	78,9	74,7	77,5	83,8	86,3	74,6	77,2	69,9	
Физические лица	488	462	578	414	416	330	331	283	266	253	215	-55,9
Темп убыли/прироста, цепной, %		-5,3	25,1	-28,4	0,5	-20,7	0,3	-14,5	-6,0	-4,9	-15,0	
Коэффициент совместительства	1,5	1,4	1,4	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	-29,8
Соотношение врач/средний медицинский персонал	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,2	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8	

4.2. Динамика объемов первичной медико-санитарной помощи

Среднее число посещений на 1 человека является ведущим показателем для оценки объемов первичной медико-санитарной помощи, оказываемой прикрепленному населению.

За 2012–2022 гг. выявлено снижение показателя среднего числа посещений на 1 жителя: в Москве – на 37,3%, в РФ – на 17,9% (Рисунок 4.16).

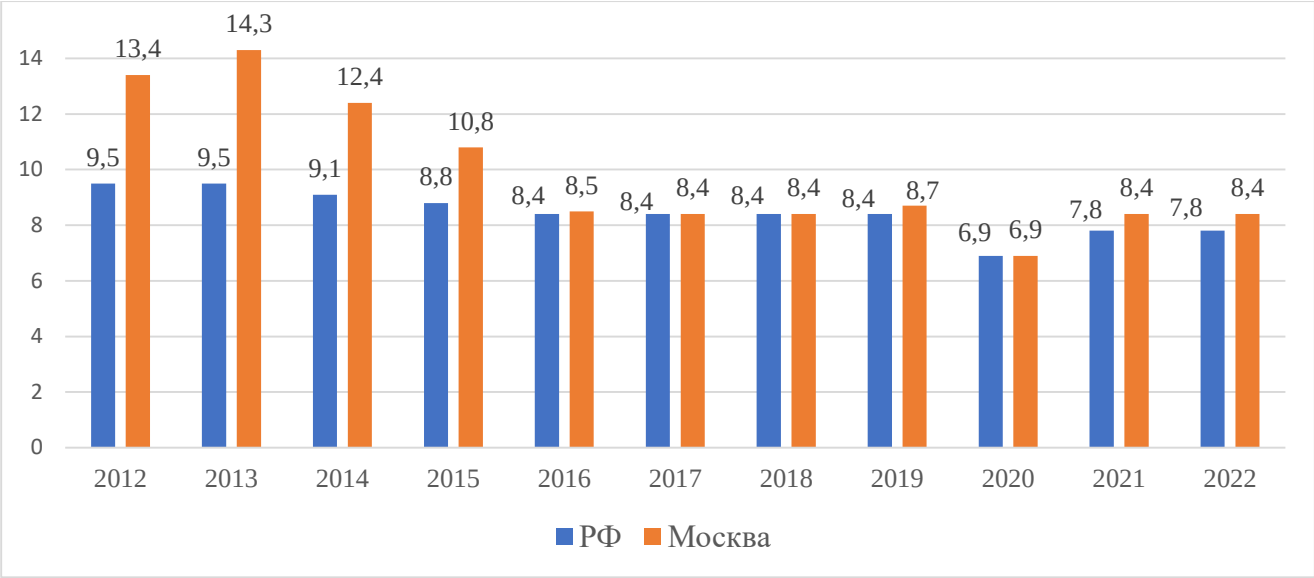


Рисунок 4.16 – Динамика показателя среднего числа посещений на 1 жителя, РФ, Москва, 2012–2022 гг.

Рост или снижение числа посещений в динамике зависит от доступности медицинской помощи, численности населения и доли в ней лиц пожилого возраста, заболеваемости населения, обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом, а также от интенсивности их труда. Несмотря на рост численности населения в Москве, с увеличением доли населения старше трудоспособного возраста, которое должно приводить к росту числа посещений к врачам первичного звена, число посещений сокращается, особенно выраженные изменения данного показателя зафиксированы в период 2013–2016 гг. Снижение и рост числа посещений в 2020–2021 гг., связаны с введенными ограничительными мероприятиями в рамках мер по сдерживанию распространения коронавирусной инфекции и перепрофилированием медицинских организаций с перемещением кадров в соответствующие подразделения по оказанию медицинской помощи пациентам COVID-19.

При анализе динамики объемов оказываемой помощи на уровне отдельной городской поликлиники города Москвы выявлено также снижение показателя среднего числа посещений на 1 прикрепленного жителя на 34%. Минимальные значения данного показателя зафиксированы в 2016 и в 2020 годах (Рисунок 4.17).

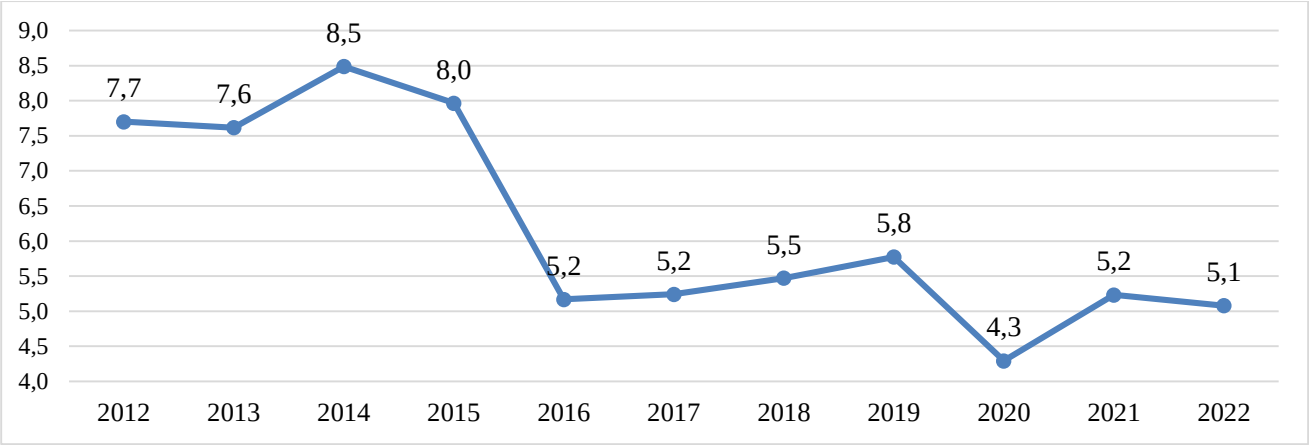


Рисунок 4.17 – Динамика показателя среднего числа посещений на 1 жителя, ГП № 115, 2012–2022 гг.

В ГП № 115 в общей структуре посещений доля посещений с профилактической и иными целями сократилась до 12,1% в 2016 году с последующим ростом до 31,2% к 2022 году, доля посещений на дому, сократившись к 2019 году, нарастает в 2020–2021 гг., со снижением до 8% в 2022 году. Нарастает доля посещений к среднему медицинскому персоналу, которая составила в 2022 году – 4,1% (Рисунок 4.18).

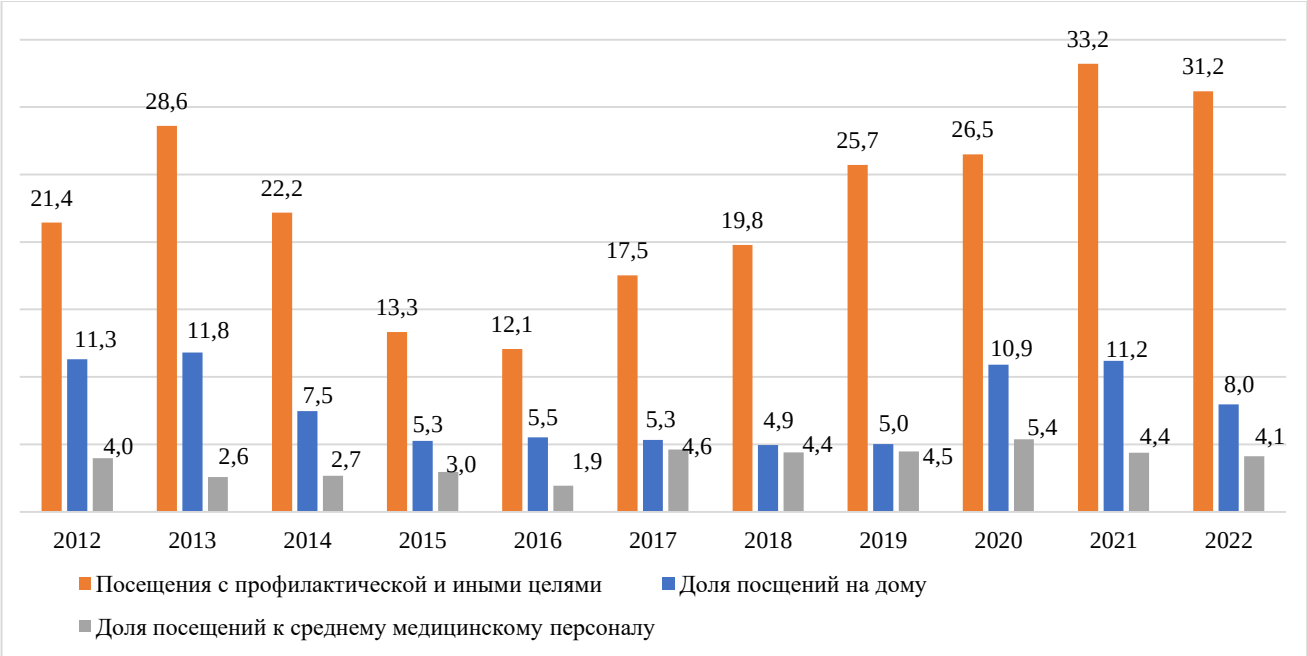


Рисунок 4.18 – Динамика доли посещений с профилактической целью, посещений на дому и посещений к среднему персонал (%), ГП № 115, 2012–2022 гг.

Структура всех посещений с профилактической целью за период 2014–2022 гг. существенно изменилась, и с 2020 года максимальную долю занимают посещения, связанные с допрививочным осмотром перед вакцинацией от гриппа и COVID-19 (Рисунок 4.19).

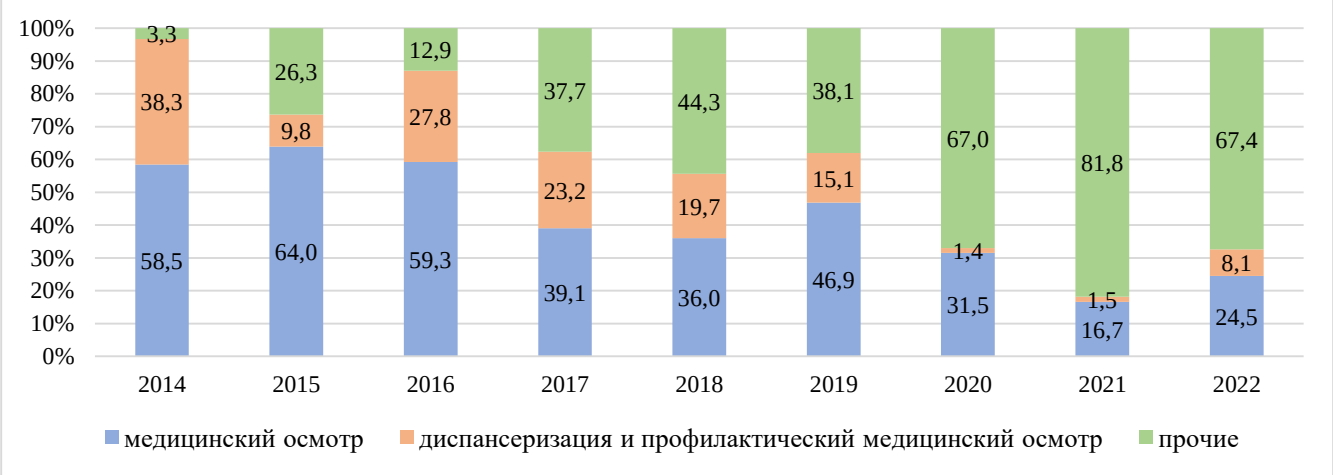


Рисунок 4.19 – Динамика структуры посещений с профилактической целью, ГП № 115, 2014–2022 гг.

В динамике отмечается увеличение доли посещений поликлиники лицами старше трудоспособного возраста, которая в 2022 году составила 47%. При этом максимальные значения данного показателя были зафиксированы в 2020 году (Рисунок 4.20).

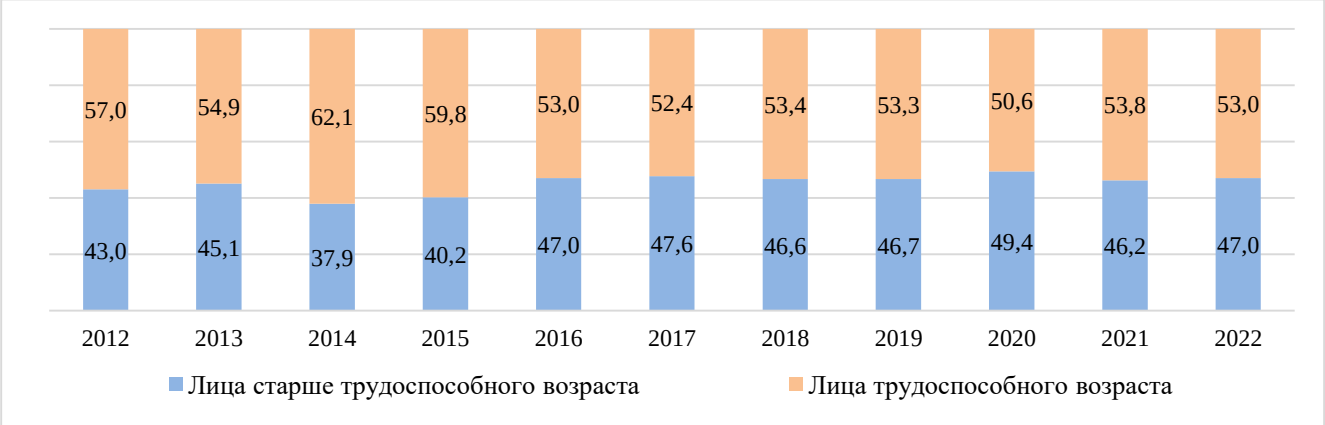


Рисунок 4.20 – Динамика возрастной структуры посещений (%), ГП № 115, 2012–2022 гг.

Структура посещений по врачебным специальностям за 2012–2022 гг. претерпевает изменения, связанные с увеличением доли посещений к врачам терапевтам участковым и ВОП, которая в 2022 году составила 67,3%, и сокращением доли посещений к врачам-специалистам (Таблица 4.11).

Таблица 4.11 – Динамика структуры посещений по врачебным специальностям (%), ГП № 115, 2012–2022 гг.

Врачебные специальности	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Врач-терапевт участковые/ВОП	43,4	45,4	38,4	44,1	44,3	52,6	56,2	58,2	65,2	72,7	67,3
Врач -кардиолог	2,2	2,8	4,1	4,1	3,6	3,3	3,0	2,6	2,2	2,3	2,1
Врач-невролог	6,1	6,6	7,2	7,4	7,2	5,8	5,3	4,5	3,8	3,5	2,9
Врач-оториноларинголог	4,2	3,7	3,3	4,8	5,8	4,8	4,2	3,8	4,0	3,9	4,8
Врач-офтальмолог	6,6	5,5	5,3	8,3	7,4	6,6	5,9	5,3	4,9	4,0	5,4
Врач-уролог	2,7	3,1	3,9	2,8	3,6	2,9	2,6	2,3	2,5	2,0	2,4
Врач-хирург	7,9	7,3	6,0	9,7	8,5	7,2	6,5	5,6	6,4	4,9	6,0
Врач-эндокринолог	3,8	3,9	4,5	5,4	6,2	5,3	4,8	3,6	2,6	2,6	2,7
Другие	23,1	21,7	27,3	13,4	13,5	11,5	11,4	14,1	8,4	4,1	6,3
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Подобная структура наблюдается и по Москве в целом и характеризуется снижением показателей объемов оказываемой помощи на 1 человека: лабораторных анализов – на 56,9%, физиотерапевтических процедур – на 10,6%, процедур ЛФК и рефлексотерапии – на 20% и 14,9%, соответственно. Выявлен рост числа функциональных исследований на 7,7%. За 2014–2022 гг. произошло общее увеличение всех видов лучевых исследований, связанное с преимущественным ростом компьютерных исследований – более чем в 4 раза, а также исследований на магнитно-резонансных томографах – более чем в 2 раза. Снизилось число диагностических и профилактических рентгенологических исследований на 16,2% и 19,2%, соответственно, ультразвуковых исследований – на 4,7% (Приложение Н).

Аналогичные тенденции отмечаются и при рассмотрении объемов оказываемой помощи в ГП № 115 за 2012–2022 гг., где число выполненных исследований,

после роста в период 2013–2014 гг. в дальнейшем сокращается к 2022 году, с наименьшими значениями в 2014–2016 гг. и 2020 году (Приложение П).

Рост объемов профилактических осмотров взрослого населения Москвы (более чем в 5 раз) с 2014 по 2019 годы сменился их сокращением в 2020–2021 гг., что связано с прекращением деятельности медицинских организаций по выполнению профилактических осмотров и диспансеризации, в рамках ограничительных мероприятий по предотвращению распространения COVID-19, с последующим ростом (Рисунок 4.21).

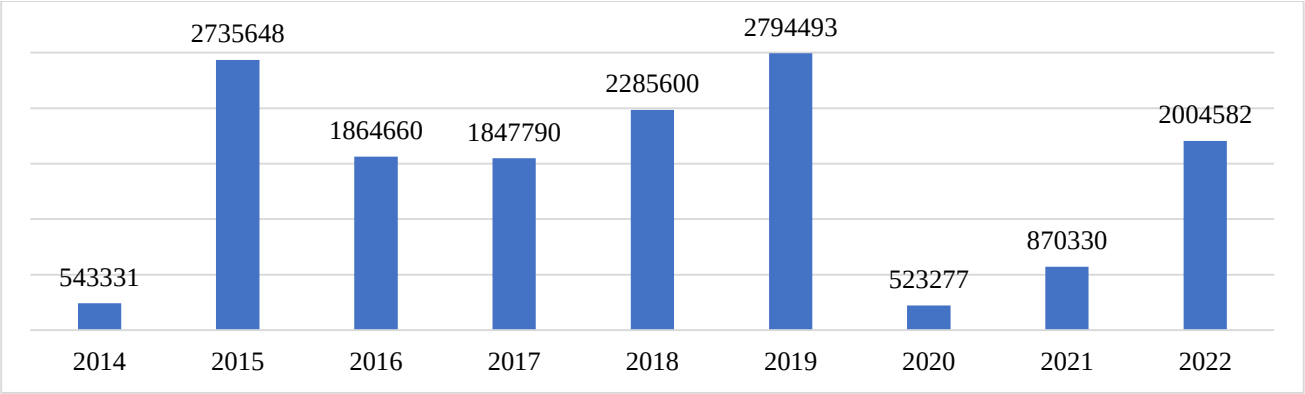


Рисунок 4.21 – Динамика выполненных профилактических осмотров взрослого населения, Москва, 2014–2022 гг.

По данным обращений в 62 центра здоровья (210788 обращений в 2019 году) признано здоровыми только 32,7% пациентов, факторы риска выявлены у 66,8% обратившихся. При этом число обратившихся с 2014 года в центры здоровья сократилось более чем в 2 раза, что свидетельствуют о неблагоприятных тенденциях в состоянии здоровья населения Москвы (Приложение Р).

От доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в первичном звене здравоохранения, зависит нагрузка на стационарный сектор здравоохранения и службу скорой медицинской помощи.

Сокращение коечного фонда в Москве на 37% привело к интенсификации медицинской помощи, оказываемой в стационарных медицинских организациях, при этом на 44,6% сократился показатель средней длительности пребывания пациента на койке с ростом оборота койки на 78,5% (Таблица 4.12).

Таблица 4.12 – Показатели деятельности стационарных медицинских организаций, Москва, 2012–2022 гг.

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Прирост/ убыль, %
Обеспеченность койками на 10000 человек соотв. нас.	81	78	70,7	60,7	57,9	56,2	54,1	53,3	54,6	51	46,5	-37,0
Средняя занятость койки в году	298	293	286	308	308	306	314	309	260	293	277	-1,7
Средняя длительность пребывания на койке	13	12,2	11,1	9,8	8,8	8,1	7,6	7,7	7,8	7,2	7	-44,6
Оборот койки	22,8	23,8	25,6	31,5	35	37,9	41,5	40,3	33,5	40,7	39,6	78,5

За период исследования уровень госпитализации взрослого населения г. Москвы сократился на 5,6%, при этом с 2013 по 2018 годы отмечался рост с 15,6 до 18,7 на 100 человек населения, с последующим сокращением до 15 в 2022 году. Показатели уровня госпитализации превышают целевые значения, запланированные госпрограммой «Столичное здравоохранение», в рамках которой предполагалось за счет повышения эффективности ПМСП сократить уровень госпитализации. Сокращение уровня госпитализации в 2020 году связано прекращением плановой госпитализации в период распространения коронавирусной инфекции (Рисунок 4.22).

Госпрограмма «Столичное здравоохранение» предполагала реализацию мероприятий, направленных на совершенствование организации деятельности службы скорой медицинской помощи, направленное на повышение её роли как связующего этапа между амбулаторными и стационарными учреждениями при оказании экстренной медицинской помощи. Результатом этих мероприятий должно быть снижение числа вызовов к хроническим больным за счет передачи части активных вызовов в амбулаторные медицинские организации, а также исключение несвойственных функций по оказанию помощи на дому.



Рисунок 4.22 – Динамика уровней фактической госпитализации взрослого населения и целевых значений госпрограммы «Столичное здравоохранение», на 100 человек нас., Москва, 2012–2022 гг.

За 2012–2022 гг. сократилась госпитализация больных по СМП на 40,7%; число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах – на 10,4%, что связано с реализаций отдельных мероприятий по совершенствованию СМП в рамках программы «Столичное здравоохранение». За данный период приняты нормативные правовые акты, согласно которым предусмотрены меры по снижению нагрузки на СМП[1]. При этом более чем в 6 раз выросло число лиц, которым оказана медицинская помощь амбулаторно (Таблица 4.13).

Сокращение числа объемных показателей деятельности скорой медицинской помощи связано с организацией на базе городских поликлиник Москвы отделений неотложной медицинской помощи, работа которых организована через единую окружную диспетчерскую службу, что позволило переместить оказание части объ-

[1] Приказ департамента здравоохранения Москвы от 06.04.2016 № 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий "Московский стандарт поликлиники" и критериев оценки устойчивости его внедрения»; Приказ департамента здравоохранения города Москвы от 24.05.2017 № 372 «Об организации отделений неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению в структуре государственного бюджетного учреждения города Москвы "Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова" Департамента здравоохранения города Москвы; Приказ департамента здравоохранения города Москвы от 10.10.2018 №693 «Об утверждении пятого издания Алгоритмов оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы»; Приказ департамента здравоохранения города Москвы 13.09.2019 № 832 «О дальнейшем совершенствовании оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

ема скорой медицинской помощи на поликлиники и снизить количество непрофильных и необоснованных вызовов бригад скорой медицинской помощи. Данные преобразования позволили сократить долю госпитализаций по скорой медицинской помощи в общей структуре госпитализаций с 82,8% до 51,3% (Рисунок 4.23).

Таблица 4.13 – Показатели работы скорой медицинской помощи (на 1000 нас.), Москва, 2012–2022 гг.

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Прирост/ убыль, %
Число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах	320,2	314	294,2	304,8	308,6	303,2	310,9	312,3	317,2	333,9	287	-10,4
Число лиц, которым оказана помощь амбулаторно	0,1	0,2	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5	0,7	600
Госпитализировано больных СМП	130,8	117,7	105,4	106,7	90	95,9	107,1	72,2	79,4	99,7	77,5	-40,7

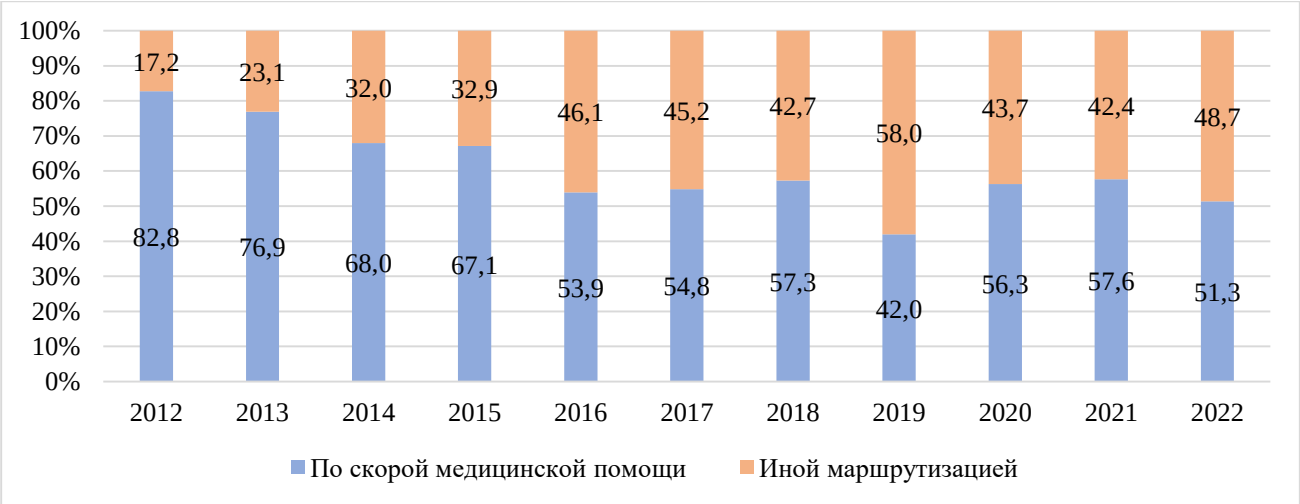


Рисунок 4.23 – Структура госпитализированных в стационарные медицинские организации (%), Москва, 2012–2022 гг.

4.3. Сроки ожидания первичной медико-санитарной помощи

За 2018-2019 гг. число граждан, производивших запись на прием к врачам-терапевтам участковым и ВОП в ГП № 115, выросло на 132,4%, а в целом по Москве – на 142%. Число производивших запись включает в себя как пациентов,

которые смогли осуществить запись на прием, так и пациентов, которые не смогли записаться на прием по причине отсутствия свободных талонов (Таблица 4.14).

Таблица 4.14 – Число граждан, производивших запись на прием к врачам-терапевтам участковым и ВОП, Москва, ГП № 115, 2018–2022 гг.

Уровень	Годы					Прирост, %
	2018	2019	2020	2021	2022	
ГП № 115	217296	359577	205220	310589	505009	132
Москва	9769565	16539790	13061349	17866071	23644001	142

Снижение общего числа пациентов, производивших запись на прием в 2020 году как на уровне поликлиники, так и на уровне города Москвы, связано с ограничительными мероприятиями и перепрофилированием медицинских организаций в период распространения новой коронавирусной инфекции.

В ГП №115 в 2022 году 69,8% смогли записаться на прием к врачам-терапевтам участковым и ВОП в течение 24 часов, что соответствует ПГГ. Ожидали приема от 2 до 14 дней – 15,4% пациентов, и 14,9% пациентов не смогли записаться по причине отсутствия свободных талонов (Рисунок 4.24).

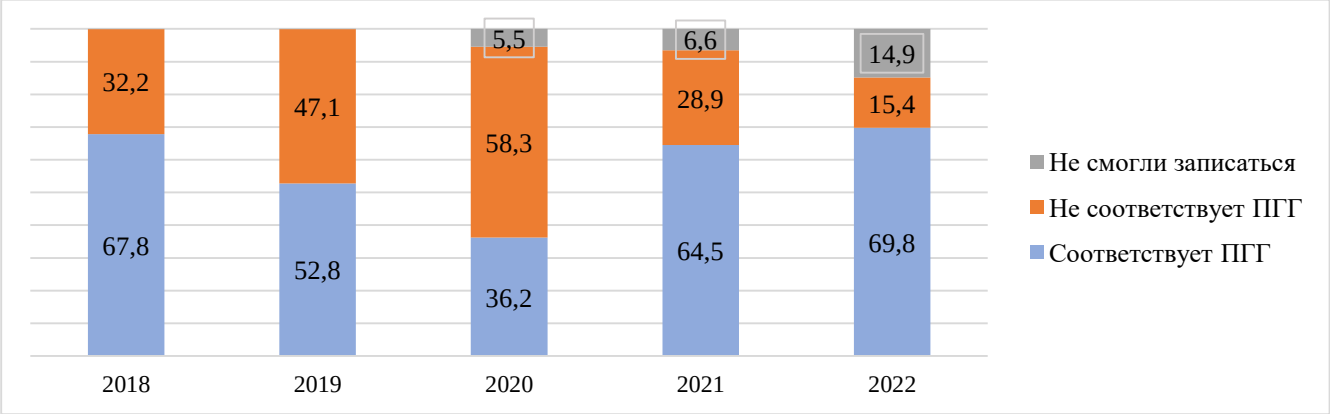


Рисунок 4.24 – Динамика структуры пациентов, производивших запись на прием к врачам-терапевтам участковым / ВОП в ГП № 115 (%), 2018–2022 гг.

Обращает внимание, что если в 2018 году, пациентов, не сумевших записаться на прием по причине отсутствия свободных талонов, не было, то к 2022 году их доля выросла.

Аналогичные тенденции прослеживаются при изучении структуры производивших запись к врачам-терапевтам участковым и ВОП в целом по Москве, где в 2022 году только 62,5% пациентов смогли записаться в соответствии со сроками, определенными в ПГГ – в течение 24 часов, 24,5% ожидали приема от 2 до 14 дней, 13% не смогли записаться в виду отсутствия доступных свободных талонов. Так же, как и в случае городской поликлиники, с 2018 года отмечено увеличение доли пациентов, не сумевших записаться на прием (Рисунок 4.25).

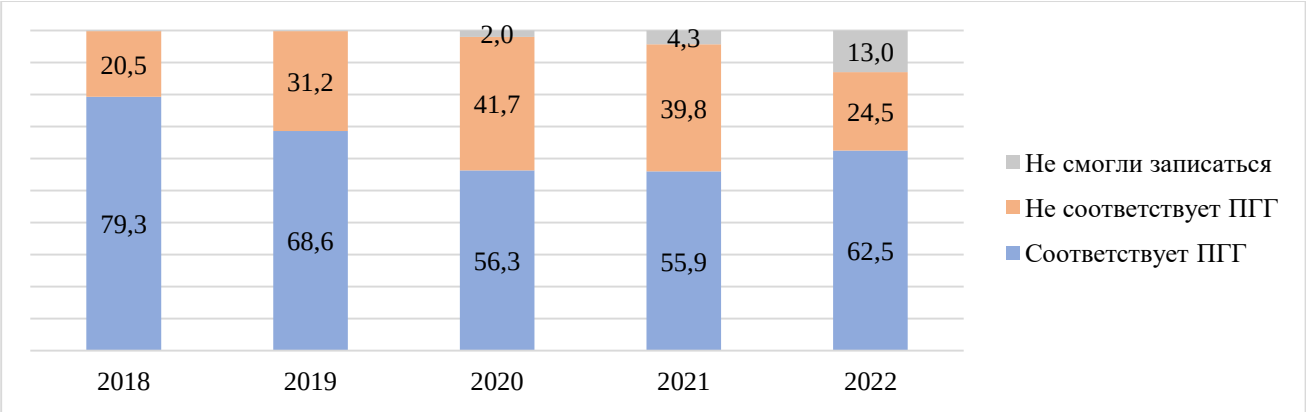


Рисунок 4.25 – Структура пациентов, производивших запись на прием к врачам-терапевтам участковым и ВОП, Москва (%), 2018–2022 гг.

Определяется рост количества пациентов, производивших запись к врачам-специалистам 1-го уровня, число которых выросло на 103,9% в ГП № 115 и на 81% по Москве в целом (Таблица 4.15).

Таблица 4.15 – Число граждан, производивших запись на прием к врачам-специалистам 1-го уровня, 2018–2022 гг.

Уровень	Годы					Прирост, %
	2018	2019	2020	2021	2022	
ГП № 115	171156	200647	167335	228437	349050	103,9
Москва	8848839	10096308	8555221	11645974	16014242	81,0

В ГП №115 в 2022 году, 85,8% пациентов ожидали приема врачей-специалистов 1-го уровня в пределах сроков, установленных ПГГ, 14,2% пациентов не смогли записаться на прием по причине отсутствия свободных талонов (Рисунок 4.26).

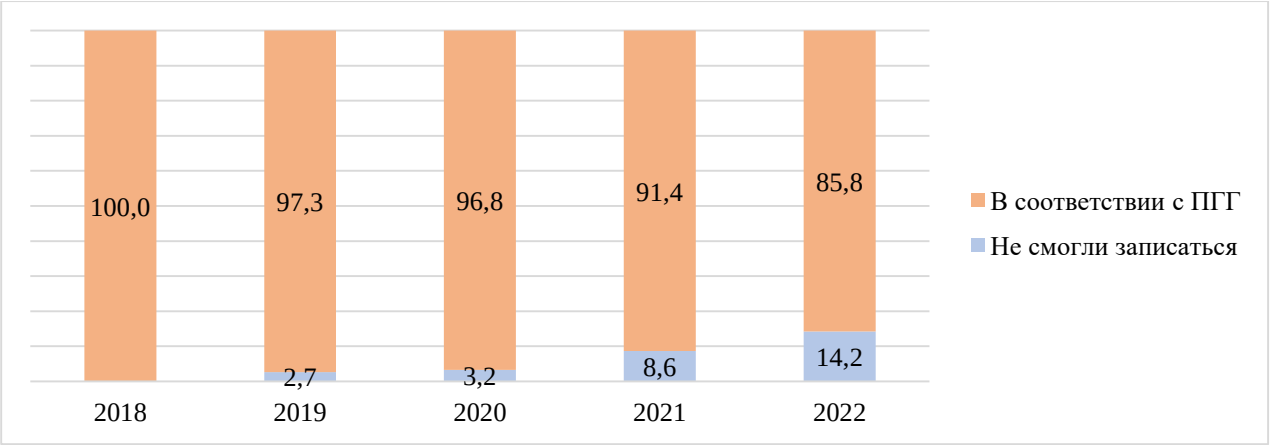


Рисунок 4.26 – Структура пациентов, производивших запись на прием к врачам-специалистам 1-го уровня в ГП № 115 (%), 2018–2022 гг.

Аналогичные тенденции прослеживаются при изучении структуры производивших запись на прием к врачам-специалистам в целом по Москве, где в 2022 году только 78,4% смогли записаться, в соответствии со сроками, определенными в ПГГ, а 21,6% не смогли записаться в виду отсутствия доступных свободных талонов (Рисунок 4.27).

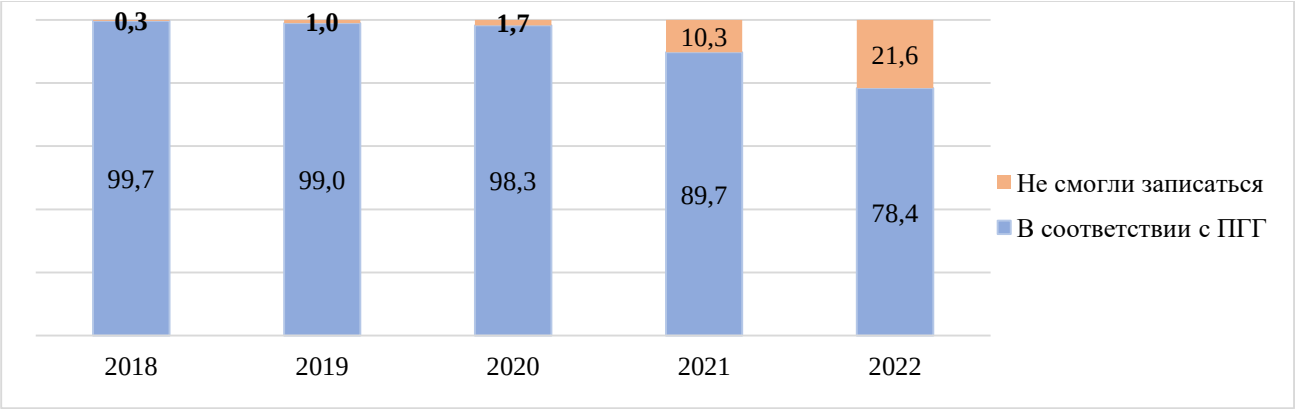


Рисунок 4.27 – Структура пациентов, производивших запись на прием к врачам-специалистам 1-го уровня в Москве (в %), 2018–2022 гг.

Доля пациентов, не сумевших записаться на прием к врачам-специалистам 1-го уровня, за период исследования выросла, как на уровне отдельной городской поликлиники, так и на уровне всего города. При этом в 2018 году таких пациентов практически не было.

Зарегистрирован рост количества пациентов, производивших запись по направлениям к врачам-специалистам 2-го уровня, число которых выросло более чем в 8 раз в ГП № 115 и более чем в 6 раз в целом по Москве (Таблица 4.16).

Таблица 4.16 – Число граждан, производивших запись по направлениям к врачам-специалистам 2-го уровня, Москва, ГП № 115, 2018–2022 гг.

Уровень	Годы					Прирост, %
	2018	2019	2020	2021	2022	
Москва	450020	878256	1493821	2941853	3393825	654,1
ГП № 115	3831	33272	38679	63455	34270	794,5

В ГП №115 в 2022 году 85,8% пациентов ожидали приема врачей-специалистов 2-го уровня в пределах сроков, установленных ПГГ, 14,2% пациентов не смогли записаться на прием по причине отсутствия свободных талонов (Рисунок 4.28).

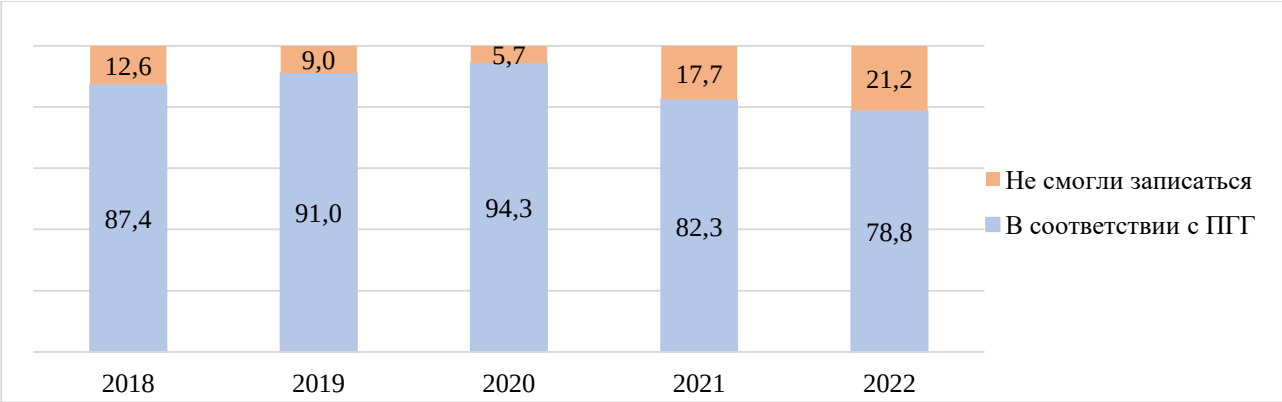


Рисунок 4.28 – Структура пациентов, производивших запись по направлениям, на прием к врачам-специалистам 2-го уровня в ГП № 115 (%), 2018–2022 гг.

В целом по Москве в 2022 году записаться на прием к врачам-специалистам 2-го уровня смогли только 71,3% пациентов (Рисунок 4.29).

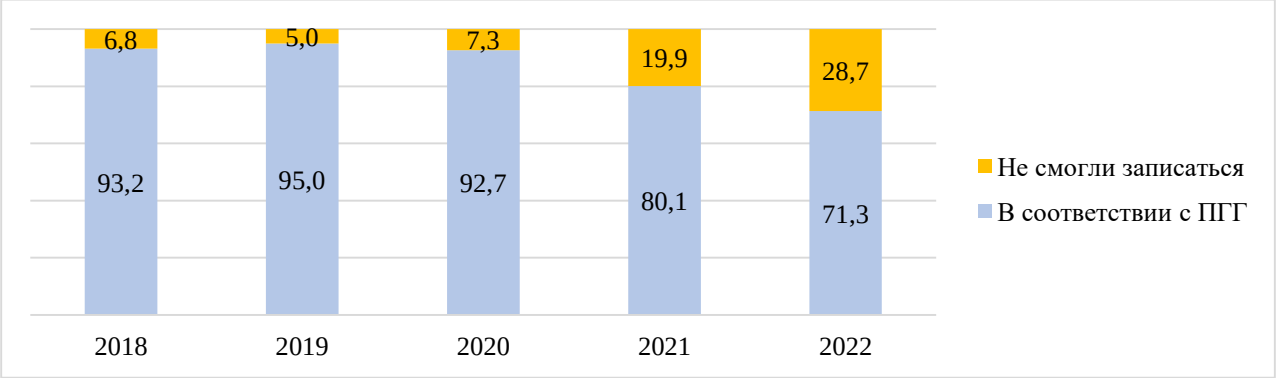


Рисунок 4.29 – Структура пациентов, производивших запись по направлениям на прием к врачам-специалистам 2-го уровня, Москва (%), 2018–2022 гг.

Как на уровне поликлиники, так и на уровне всего города за пятилетний период прослеживается тенденция роста числа пациентов, которые при направлении к врачам-специалистам 2-го уровня не имели возможности записаться на прием.

Рост числа пациентов, производивших запись на прием к участковым терапевтам / ВОП и врачам-специалистам 1-го уровня, как в городской поликлинике, так и по Москве в целом в 2021 году связан с поэтапным снятием ограничительных мер, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции. Дальнейший рост в 2022 году свидетельствует об увеличении потребности в ПМСП, которая может быть связана с накопленной заболеваемостью в период введения ограничительных мероприятий в 2020–2021 гг.

Наряду с ростом числа пациентов, производивших запись на прием к врачам, растет и доля пациентов, которые не смогли записаться на прием по причине отсутствия свободных талонов к врачам-терапевтам участковым и ВОП, врачам-специалистам 1-го уровня, что свидетельствует о проблемах в кадровом обеспечении городских поликлиник Москвы соответствующими специалистами.

Определяемый существенный рост потребности в консультациях специалистов 2-го уровня, наряду с тем, что свидетельствует о дефиците кадрового обеспечения соответствующими специалистами городских поликлиник Москвы, демонстрирует проблемы в переходе на оказание ПМСП на принципах общеврачебной практики, при которой потребность в консультативной помощи врачей-специалистов должна снижаться.

Максимальная доля пациентов, которые предварительно записались на прием, а впоследствии не явились на него, определяется у врачей-хирургов – 18,9%, а минимальная у врачей-эндокринологов – 9% (Рисунок 4.30).

Наибольшая доля приемов продолжительностью менее 5 минут определена у врачей-терапевтов участковых и ВОП – 30,8% и урологов – 28,7%. При этом наименьшая доля приемов менее 5 минут определяется у врачей-специалистов второго уровня. Доля приемов длительностью от 15 до 30 минут и более также характерна для врачей-специалистов второго уровня, с наибольшими значениями у врача-кардиолога.

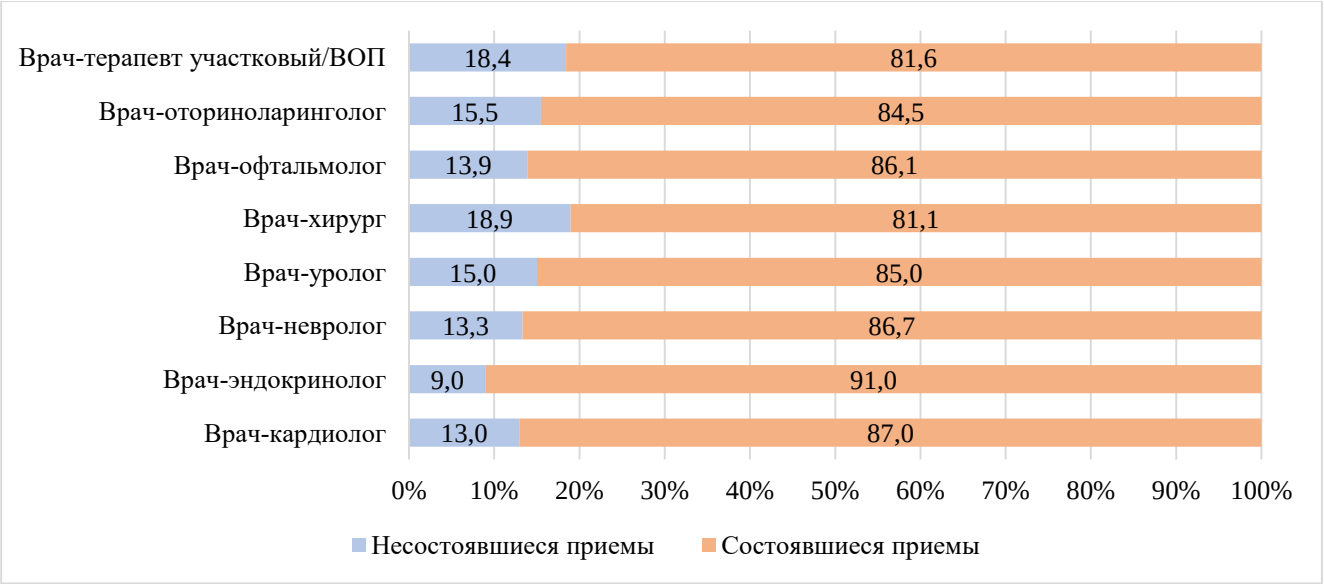


Рисунок 4.30 – Структура записи по врачебным специальностям (%), ГП № 115, 2022 г.

Приемы продолжительностью от 5 до 15 минут занимают наибольшую долю в структуре по всем врачебным специальностям, кроме врачей-кардиологов (Рисунок 4.31).

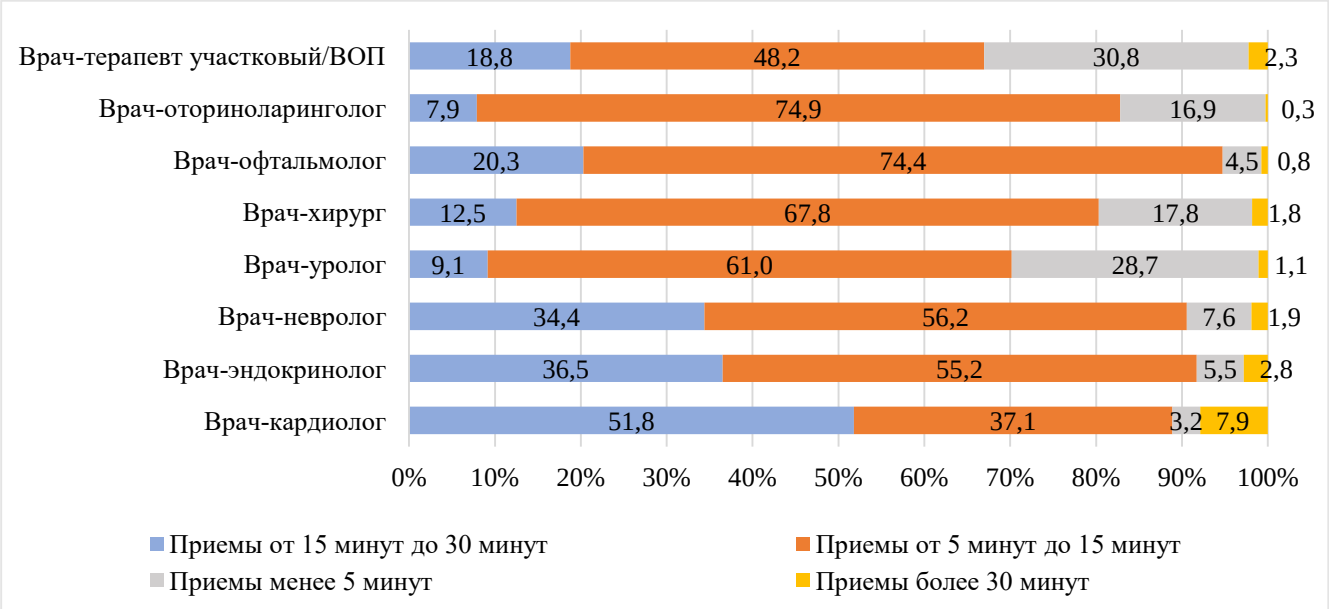


Рисунок 4.31 – Структура посещений врачей по длительности приема (%), ГП № 115, 2022 г.

Средняя длительность приема различается в зависимости от специальности. Наиболее высокие показатели характерны для врачей-специалистов второго уровня, с максимальными значениями у врачей-кардиологов. Для врачей первого

уровня характерны более низкие значения средней длительности приема, с минимальными показателями у врачей-урологов. Нормативным показателям, по ряду месяцев, соответствуют только показатели средней длительности приема у врачей-кардиологов, врачей-эндокринологов и врачей-офтальмологов. По остальным врачебным специальностям показатели средней длительности приема ниже нормативных показателей (Таблица 4.14).

Несмотря на проводимые мероприятия в рамках госпрограмм и национальных проектов, в Москве сохраняется дефицит медицинских кадров, что привело к сокращению объемов оказываемой медицинской помощи, удлинению сроков её ожидания, что определяет поиск путей по повышению доступности ПМСП, без наращивания кадровых ресурсов. В связи с этим актуальным является изучение структуры посещений пациентами врачей поликлиник для выявления потенциальных возможностей применения организационных технологий по удовлетворению растущей потребности в ПМСП.

Таблица 4.14 – Средняя длительность приема по врачебным специальностям по месяцам, нормативные и рассчитанные нормативные значения, 2022 г., ГП № 115 (в мин.)

Врачебная специальность	Янв.	Фев.	Март	Апр.	Май	Июнь	Июль	Авг.	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.	Норма времени на первичное посещение по поводу заболевания	Рассчитанная норма времени на повторное посещение по поводу заболевания	Рассчитанная норма времени на посещение с проф. целью
Врач-кардиолог	13	12	17	19	18	19	19	19	19	18	18	18	24	18	15,6
Врач-эндокринолог	12	9	14	15	15	16	15	15	15	14	14	14	19	14,25	12,35
Врач-невролог	11	13	14	14	13	13	13	13	13	13	12	13	22	16,5	14,3
Врач-уролог	8	8	8	8	8	8	7	7	7	8	9	8	–	–	–
Врач-хирург	10	9	9	9	9	10	9	8	10	10	9	9	26	19,5	16,9
Врач-офтальмолог	12	11	12	12	12	12	11	11	12	12	11	11	14	10,5	9,1
Врач-оториноларинголог	9	9	9	8	8	8	9	8	9	9	9	9	16	12	10,4
Врач-терапевт участковый	9	8	11	11	10	11	10	9	9	10	10	9	15	11,25	9,75
ВОП	9	8	11	11	10	11	10	9	9	10	10	9	18	13,5	11,7

ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ПОСЕЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТАМИ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ МОСКВЫ

5.1. Структура посещаемости пациентами городской поликлиники в оценках врачей первичного звена

В соответствии с методикой исследования, по разработанному опроснику проведено групповое интервьюирование врачей городской поликлиники, результаты которого выявили следующие особенности работы врачей и посещаемости пациентами городской поликлиники.

Подавляющее большинство врачей отметило, что врачи городской поликлиники занимаются не только оказанием медицинской помощи, но и выполнением работ, не связанных с лечебно-диагностическим процессом.

К видам работ, не связанных с оказанием медицинской помощи, врачи отнесли: заполнение медицинской документации; необходимость прерывания врачебного приема для личного присутствия на врачебных комиссиях, а также при решении вопросов связанных с направлением пациентов на сложные лабораторно-инструментальные исследования, консультации и госпитализации; дополнительные временные затраты на получение информации относительно наличия лекарственных препаратов при выписке льготных рецептов.

Респонденты отметили, что росту объема работ, не связанных с оказанием медицинской помощи, способствует увеличение числа посещений пациентами поликлиники по причинам, не связанным с оказанием медицинской помощи. Эти причины, интервьюируемые распределили на следующие блоки:

– выписка льготного рецепта пациентами, страдающим хроническими заболеваниями, которым требуются длительные курсы лечения;

– оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации;

– получение справок и заключений о состоянии здоровья, связанных с направлением пациентов на МСЭ, санаторно-курортное лечение, для предоставления в другие медицинские организации.

По мнению респондентов, данные посещения сводятся к заполнению медицинской документации, разъяснению пациентам организационных аспектов получения той или иной услуги, зачастую с отвлечением от приема для уточнения информации у руководителей подразделений и у коллег.

По мнению большинства врачей, доля таких посещений на приемах составляет: у врачей-терапевтов участковых и ВОП – 40–60%, у врачей специалистов – 30–40%. При этом респонденты отмечают, что в структуре приема доля посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, прогрессивно растет за последние пять лет.

Врачи-специалисты отметили нарастание в структуре их приема, за последние годы, пациентов, направляемых к ним на консультации врачами-терапевтами участковыми и ВОП, лечебно-диагностическим процессом которых они могли бы заниматься самостоятельно. При этом врачи-терапевты участковые и ВОП объяснили это своей загруженностью и отсутствием знаний по ведению соответствующих пациентов, с доминированием формулировок «почему я должен заниматься этим, если есть соответствующий врач-специалист».

Полученные результаты интервьюирования врачей определили необходимость в получении объективных данных по структуре посещений пациентами врачей поликлиники, с помощью специально разработанных форм для регистрации посещений на приемах врачей.

5.2. Структура посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, и её динамика[1]

В 2017 году врачами-терапевтами участковыми, врачами-хирургами и врачами-урологами городской поликлиники № 115 ДЗМ было зарегистрировано 2531 посещение.

[1] Материалы данного параграфа представлены в публикациях: Агамов З. Х. Анализ структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники // Исследования и практика в медицине. 2018. № 3 (5). С. 142–148; Агамов З. Х., Какорина Е. П. Анализ структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники Москвы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2022. № 7–8. С. 32–38.

К врачам-терапевтам участковым посещения по причинам, связанным с оказанием медицинской помощи, составили 54% (500 посещений), из которых посещения с профилактической целью – 21,3%, по поводу заболеваний – 65,6%, посещения при состояниях, симптомах, которые послужили поводом, для назначения консультации других специалистов – 13,1%.

В 46% случаях посещения врачей-терапевтов участковых не были связаны с оказанием медицинской помощи (426 посещения). Структура посещений в этой группе распределилась следующим образом:

– по поводу выписки льготного рецепта – 53,4%;

– оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации – 28,3%;

– для получения справок и заключений о состоянии здоровья – 18,3%.

Зарегистрировано 398 посещений врачей-хирургов. Среди них:

– посещения по медицинским показаниям составили 76,6% (304 посещения);

– посещения с профилактической целью – 12,2%,

– по поводу заболеваний по профилю – 64,7%;

– с состояниями и симптомами, не связанные с патологией по профилю – 23,1%.

Посещения, не связанные с оказанием медицинской помощи, составили 23,4% (94 посещения), а их структура распределилась следующим образом:

– по поводу выписки льготного рецепта – 41,3%;

– оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации – 39,7 %;

– для получения справок и заключений о состоянии здоровья – 19%.

Врачами-урологами было зарегистрировано 1207 посещений. Посещения по медицинским показаниям составили 73,1% (883 пациента), из которых с профилактической целью – 6,1%, по поводу урологических заболеваний – 75,1%, с симптомами, не связанными с урологической патологией – 18,8%.

В 26,9% случаев посещения не были связаны с оказанием медицинской помощи (324 посещения). Структура посещений в этой группе распределилась следующим образом:

– по поводу выписки льготного рецепта – 43,2%;

– оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации – 41,3%;

– для получения справок и заключений о состоянии здоровья – 15,5%.

Таким образом, в 2017 году доля посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, в зависимости от врачебной специальности составила 23,4–46,0%, которые были преимущественно связаны с посещениями по поводу выписки льготного рецепта пациентами, страдающими хроническими заболеваниями с длительными курсами лечения (Таблица 5.1).

В 2021 году по аналогичной методике было зарегистрировано 3420 посещений. Из 1071 посещений к врачам-терапевтам участковым, по медицинским показаниям составили 64,6%, из них: с профилактической целью – 6,9%, по поводу заболеваний – 81,2%, посещения при состояниях, симптомах, которые послужили поводом, для назначения консультации врачей-специалистов –11,9%. Врачами общей практики (семейными врачами) зарегистрировано 641 посещение, из которых по медицинским показаниям – 68,8%: с профилактической целью – 8,8%, по поводу заболеваний – 82,7%, посещения при состояниях, симптомах, которые послужили поводом, для назначения консультации других специалистов – 8,3%. Врачами-хирургами зарегистрировано 749 посещений, из которых посещения по медицинским показаниям составили 77,5%: посещения с профилактической целью – 5,5%, по поводу заболеваний по профилю – 48,4%, с состояниями и симптомами, не связанными с патологией по профилю – 46,1%. Врачами-урологами зарегистрировано 636 посещений, их которых посещения по медицинским показаниям составили 83,5% (530 посещений): посещения с профилактической целью – 7,2%, по поводу урологических заболеваний – 85,5%, с симптомами, не связанными с урологической патологией – 7,4% (Рисунок 5.1).

Таблица 5.1 – Структура посещений пациентами врачей различных специальностей, 2017 г., ГП № 115 (доли и абс. значения)

Специальность	Всего посещений	Посещения по медицинским показаниям			Посещения по причинам, не связанным с оказанием медицинской помощи		
		С профилактической целью	По поводу заболевания	С симптомами, не связанными с патологией по профилю (в случае врачей-терапевтов, состояния, симптомы, которые послужили поводом, для назначения консультации других специалистов)	Выписка льготного рецепта	Оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации	Получение справок/заключений о состоянии здоровья при направлении на МСЭ, санаторно-курортное лечение, для предоставления в другие медицинские организации
Врач-терапевт участковый	926	54% (500)			46% (426)		
		21,3% (106)	65,6% (328)	13,1% (65)	53,4% (227)	28,3% (120)	18,3% (79)
Врач-хирург	398	76,6% (304)			23,4% (94)		
		12,2% (38)	64,7% (196)	23,1% (70)	41,3% (39)	39,7% (37)	19% (18)
Врач-уролог	1207	73,1% (883)			26,9% (324)		
		6,1% (540)	75,1% (664)	18,8% (165)	43,2% (140)	41,3% (134)	15,5% (50)

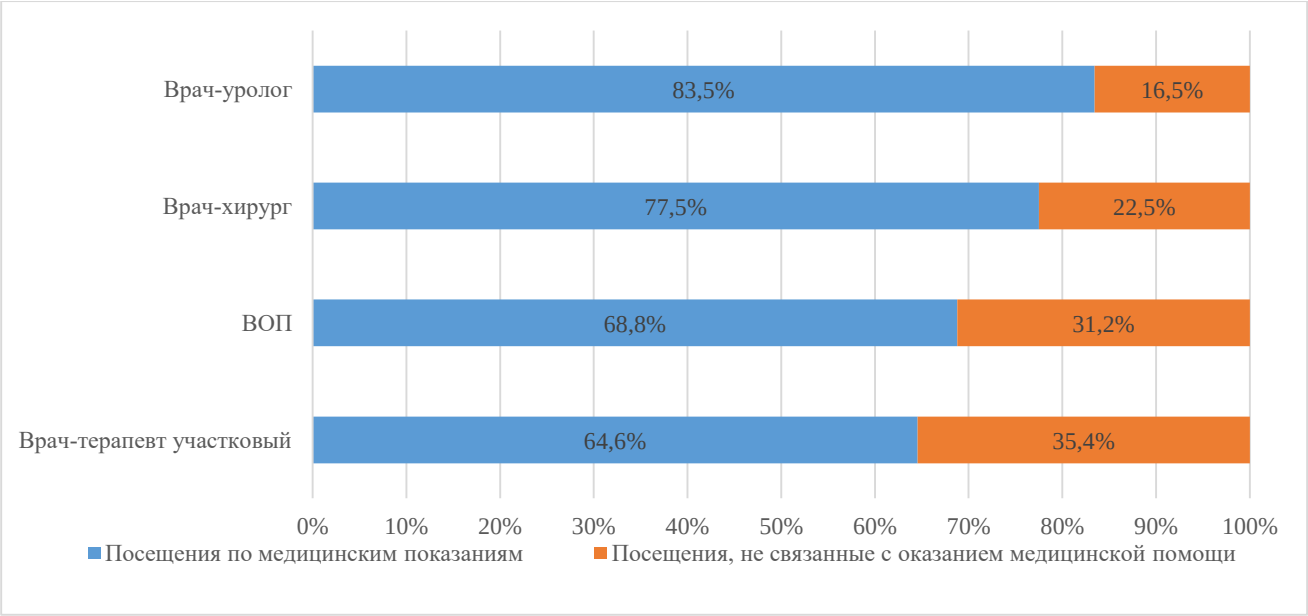


Рисунок 5.1 – Структура посещений врачей, 2021 г., ГП № 115

В 35,4% случаев посещения врачей-терапевтов участковых не были связаны с оказанием медицинской помощи (380 посещений). Структура посещений в этой группе распределилась следующим образом:

– по поводу выписки льготного рецепта – 13,4%;

– с целью оформлений направлений на анализы, исследования и получением их результатов, консультации, госпитализации – 62,5 %;

– для получения справок и заключений о состоянии здоровья – 24,1%.

У ВОП 31,2% посещений не связаны с оказанием медицинской помощи (200 посещений), из которых:

– по поводу выписки льготного рецепта – 14,0%;

– с целью оформлений направлений на анализы, исследования и получением их результатов, консультации, госпитализации – 60,5%;

– для получения справок и заключений о состоянии здоровья – 25,5%.

У врачей-хирургов посещения, не связанные с оказанием медицинской помощи, составили 22,5% (169 посещений), их структура распределилась следующим образом:

– по поводу выписки льготного рецепта – 20,5%;

– с целью оформлений направлений на анализы, исследования и получением их результатов, консультации, госпитализации – 48,2%;

– для получения справок и заключений о состоянии здоровья – 31,3%.

В 16,5% случаев посещения врачей-урологов не были связаны с оказанием медицинской помощи (106 посещений). Структура посещений в этой группе распределилась следующим образом:

– по поводу выписки льготного рецепта – 8,6%;

– с целью оформлений направлений на анализы, исследования и их получением, консультации, госпитализации – 47,1 %;

– для получения справок и заключений о состоянии здоровья – 44,3% (Рисунок 5.2).

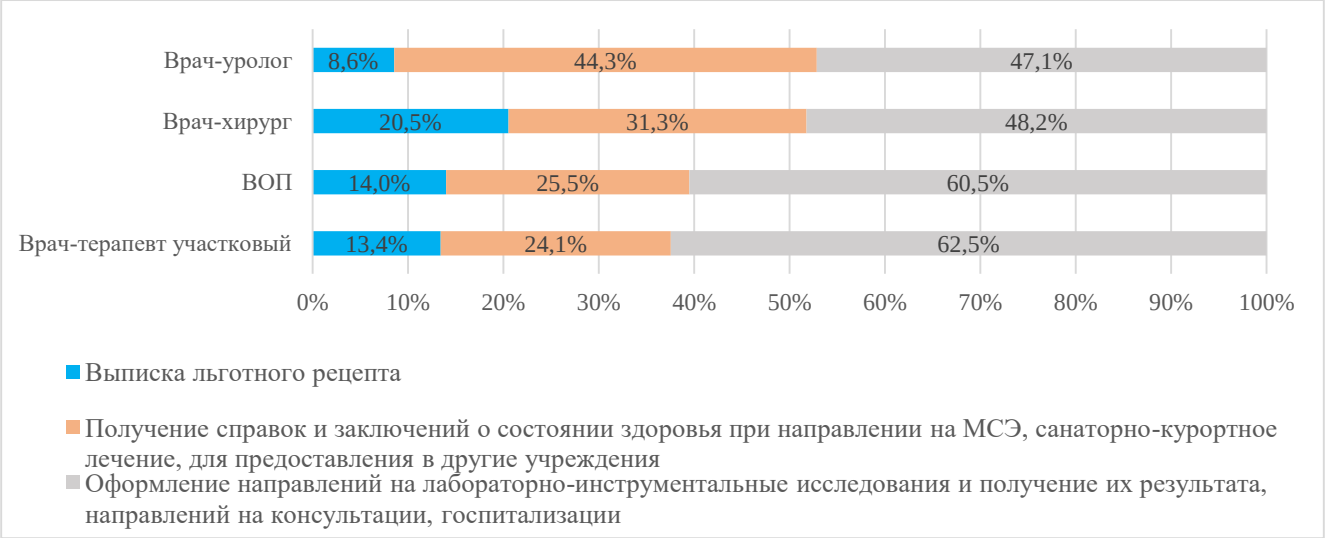


Рисунок 5.2 – Структура посещений врачей, не связанных с оказанием медицинской помощи, 2021 г., ГП № 115

Сравнительный анализ структуры посещений врачей-терапевтов участковых в 2017 и в 2021 гг. показал, что доля посещений по причинам, не связанным с оказанием медицинской помощи, снизилась с 46% до 35,4% ($p < 0,001$), при этом произошло сокращение числа посещений по поводу выписки льготных рецептов с 53,4% до 13,4% ($p < 0,001$). Доля посещений для получения справок и заключений о состоянии здоровья снизилась с 28,3% до 24,1% ($p = 0,042$). Выросла доля пациентов, обращающихся с целью оформления направлений на лабораторно-инструментальные исследования, получение их результатов, консультации, госпитализации – с 18,3% до 62,5% ($p < 0,001$).

Снизилась доля посещений врачей-терапевтов участковых с профилактической целью, в том числе по диспансерному наблюдению с 21,3% до 6,9% ($p < 0,001$), при увеличении доли посещений по поводу заболеваний с 65,6% до 81,2% ($p < 0,001$). Доля посещений, при которых пациенты были направлены к врачам-специалистам, уменьшилась с 13,1% до 11,9% ($p = 0,559$).

У врачей-хирургов доля посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, снизилась с 23,4% до 22,5% ($p = 0,687$). Сократилось число посещений для выписки льготного рецепта – с 41,3% до 20,5% ($p < 0,001$) и выросла доля посещений для оформления направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, направлений на консультации, госпитализации с 39,7% до 48,2% ($p < 0,001$); доля посещений для получения справок и заключений о состоянии здоровья выросла с 19% до 31,3% ($p < 0,001$). Снизилась доля посещений по поводу заболеваний с 64,7% до 48,4% ($p < 0,001$), при одновременном росте доли пациентов с 23,1% до 46,1% ($p < 0,001$), направленных врачами-хирургами на консультацию к врачам других специальностей. Посещения с профилактической целью и диспансерному наблюдению сократилось с 12,2% до 5,5% ($p = 0,001$).

У врачей-урологов отмечается снижение доли посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, с 26,9% до 16,5% ($p < 0,001$). Отмечается сокращение посещений для выписки льготных рецептов с 43,2% до 8,6% ($p < 0,001$), при росте посещений для оформления направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, на консультации, госпитализации с 15,5% до 47,1% ($p < 0,001$). Выросла доля посещений для получения справок и заключений о состоянии здоровья с 41,3% до 44,3% ($p = 0,591$).

Доля посещений по медицинским показаниям к врачам-урологам, выросла с 73,1% до 83,5% ($p < 0,001$). Доля посещений с профилактической целью, в том числе по диспансерному наблюдению, увеличилась с 6,1% до 7,1% ($p = 0,439$). Зафиксирован рост доли посещений по поводу заболеваний с 75,1% до 85,5% ($p < 0,001$), при снижении доли посещений, при которых понадобилась консультация других специалистов – с 18,8% до 7,4% ($p < 0,001$).

Таким образом, в 2021 году доля посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, в зависимости от врачебной специальности составила 16,5–35,4% и по сравнению с 2017 годом сократилась. При этом сократились посещения для выписки льготного рецепта, при росте посещений, связанных с оформлением направлений на лабораторно-инструментальные исследования, консультации, госпитализации (Таблица 5.2).

При сравнительном анализе структуры посещений по медицинским показаниям, врачей-терапевтов участковых и ВОП, значимых различий не выявлено. При этом доля направленных на консультации к врачам-специалистам врачами-терапевтами участковыми и ВОП составила 11,9% и 8,3% ($p < 0,001$).

5.2.1. Посещения, связанные с оформлением льготных рецептов

Льготное лекарственное обеспечение является важным инструментом поддержки социально незащищенных категорий граждан государством. Особенностью льготного лекарственного обеспечения населения является привязка пациентов к оформлению льготного рецепта, выписать который можно только в государственной поликлинике, а получить препарат по этому рецепту – в аффилированных аптеках при поликлиниках. С 2021 года установлена возможность выписки электронных рецептов, препараты по которым можно обслуживать и в коммерческих аптеках, подключенных к единой медико-информационной аналитической системе[1].

[1] Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 28.12.2020 № 1488 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников информационного взаимодействия при формировании и использовании рецептов на лекарственные препараты, сформированных в форме электронных документов».

Таблица 5.2 – Сравнительная структура посещений врачей в 2017 и 2021 гг., ГП № 115.

Врачи-специалисты	Всего посещений	Посещения по медицинским показаниям			Посещения по причинам, не связанным с оказанием медицинской помощи		
		С профилактической целью, в т.ч. по диспансерному наблюдению	По поводу заболевания по профилю	Состояния и симптомами, не связанными с патологией по профилю (в случае врачей-терапевтов и ВОП, состояния и симптомы, которые послужили поводом для назначения консультации узких специалистов)	Выписка льготного рецепта	Получение справок/заключений о состоянии здоровья при направлении на МСЭ, санаторно-курортное лечение, для предоставления в другие медицинские организации	Оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации
Врач-терапевт участковый, 2021 г.	1071	64,6			35,4		
%		6,9	81,2	11,9	13,4	24,1	62,5
Врач-терапевт участковый, 2017 г.	926	54,0			46,0		
%		21,3	65,6	13,1	53,4	28,3	18,3
Врач-хирург, 2021	749	77,5			22,5		
%		5,5	48,4	46,1	20,5	31,3	48,2
Врач-хирург, 2017	398	76,6			23,4		
%		12,2	64,7	23,1	41,3	39,7	19,0
Врач-уролог, 2021	636	83,5			16,5		
%		7,2	85,5	7,4	8,6	44,3	47,1
Врач-уролог, 2017	1207	73,1			26,9		
%		6,1	75,1	18,8	43,2	41,3	15,5

Результаты сравнительного анализа структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники в 2017 и в 2021 годах продемонстрировали сокращение числа посещений для выписки льготных рецептов. В структуре посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, доля таких посещений снизилась у врачей-терапевтов участковых с 53,4 до 13,4%, у врачей-хирургов с 41,3 до 20,5%, у врачей-урологов с 43,2 до 8,6%, у ВОП она составила 14% в 2021 году.

Сокращение посещений для выписки льготных рецептов связано с реализацией мероприятий в рамках проекта «Московский стандарт поликлиники», согласно которому с 2016 года в поликлиниках были организованы сестринские посты, в структуру которых были введены фельдшеры, в должностные обязанности которых входит оформление пациентам, имеющим право на набор социальных услуг, льготные рецепты в соответствии с рекомендациями врача[1]. При назначении пациенту льготной категории длительного курса лечения врач делает отметку в записи ЭМК о том, что в дальнейшем выписка льготного рецепта осуществляется у фельдшера в течение срока до следующей явки к врачу, согласно срокам периодичности диспансерного наблюдения. Следствием этого явилось перераспределение потоков пациентов для выписки льготных рецептов, с приема врачей на фельдшеров. Несмотря на это, в 2021 году доля посещений врачей для выписки льготных рецептов сохраняется на уровне 8,6–20,5% в структуре посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи.

Особенности нормативного правового обеспечения, определяющие порядок выписки льготных рецептов, способствуют формированию потока посещений для выписки льготных рецептов.

Пациенты, страдающие хроническими заболеваниями и не имеющие льгот, при назначении им препаратов, требующих длительных курсов лечения препаратами, могут получить у врача рецепт на препарат с разрешенной длительностью курса лечения до 1 года. При этом назначаемые препараты можно приобрести в

[1] Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.04.2016 N 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий "Московский стандарт поликлиники" и критериев оценки устойчивости его внедрения».

любой аптеке, с последующим посещением врачей согласно установленным срокам периодичности диспансерного наблюдения.

В случае же обращения к врачам поликлиники пациентов, имеющих льготную категорию, пройдя соответствующее обследование, пациент получает от врача льготный рецепт установленной формы N 148-1/у-04(л), только при наличии которого может получить препарат в соответствующих аптечных пунктах. При наличии хронических заболеваний, требующих длительных курсов лечения, несмотря на установленные сроки периодичности диспансерных осмотров, пациенты вынуждены посещать поликлинику чаще только лишь для получения льготного рецепта. НПА ограничивают курс лечения, на который можно выписать льготный рецепт на препарат для лечения хронических заболеваний курсом до 90 дней, в связи с чем для продолжения курса лечения пациентам приходилось по истечении данного времени повторно посещать поликлинику с целью выписки льготного рецепта[1]. С 2022 года данный срок был увеличен до 180 дней[2], что в перспективе должно сократить число посещений пациентами поликлиник для выписки льготного рецепта (Таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Разрешенная длительность курса лечения при выписке разных форм рецептов, согласно НПА 2012 и 2021 гг.

Форма рецепта	Приказ	
	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 N 1175н	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.11.2021 N 1094н
Форма N 107-1/у	до 1 года	до 1 года
Форма N 148-1/у-04(л)	до 90 дней	до 180 дней

Обращает внимание, что для рецептов по форме N 107-1/у, которые используются для выписки пациентам, не имеющим льготную категорию, курсовые сроки предусмотрены до 1 года.

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 N 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

[2] Приказ Минздрава РФ от 24.11.2021 N 1094Н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».

Анализ НПА, действовавших ранее и актуальных в настоящее время, регламентирующих сроки диспансерного наблюдения, выявил следующее. При рассмотрении периодичности установленных сроков диспансерного наблюдения некоторых распространенных заболеваний, которые являются поводом для наибольшего числа посещений к соответствующим специалистам, в том числе и для выписки льготного рецепта, имеются расхождения в определении сроков, а по ряду заболеваний эти сроки не определены (Таблица 6.3).

В последней версии приказа по диспансерному наблюдению в части определения периодичности сроков диспансерных осмотров идет отсылка к клиническим рекомендациям, в которых по ряду заболеваний не определены сроки периодичности осмотров, а при патологиях, где определены, встречаются размытые формулировки, без конкретных сроков. По некоторым заболеваниям право принятия решения о сроках диспансерного наблюдения определено за врачом. Также новшеством в клинических рекомендациях является возможность проведения диспансерного наблюдения с использованием телемедицинских технологий (Таблица 5.4).

С учетом этих данных посещения пациентов, имеющих льготную категорию, состоящих под диспансерным наблюдением, определяются не сроками периодичности диспансерных осмотров, согласно клиническим рекомендациям и соответствующим НПА, а потребностью в обеспечении их лекарственными препаратами.

О потребности в льготном лекарственном обеспечении как факторе, формирующем избыточную посещаемость медицинских организаций, оказывающих ПМСП, могут свидетельствовать данные численности инвалидов. Согласно данным Федерального реестра инвалидов, который является единой базой данных граждан, признанных в установленном порядке инвалидами. На начало 2022 года численность инвалидов в Москве составляла 932698 человек, более 70% которых составляют лица старше 60 лет[1]. Пожилые люди, как правило, имеют множество хронических заболеваний, что увеличивает у них потребность в оказании медицинской помощи и, как следствие, в льготном лекарственном обеспечении.

[1] Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. URL: https://sfri.ru/.

Таблица 5.4 – Сроки периодичности диспансерного наблюдения при отдельных заболеваниях, согласно НПА

Заболевание	Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1344Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»	Приказ Минздрава России от 29.03.2019 №173Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»	Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N 168Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»	Клинические рекомендации Минздрава России
Доброкачественная гиперплазия простаты	Нет данных	Нет данных	Нет данных	1 раз в 6–12 месяцев
Сахарный диабет 2-го типа	1 раз в 3 месяца	В соответствии с клиническими рекомендациями	В соответствии с клиническими рекомендациями	3-6 месяцев. Дистанционное наблюдение врача-эндокринолога с применением телемедицинских технологий
Артериальная гипертония	2 раза в год	Не реже 2 раз в год	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год	Не реже, чем 1 раз в год. При стабильном течении, приемлемой альтернативой визитам может быть дистанционный мониторинг
Бронхиальная астма	2 раза в год	1–3 раза в год	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 – 3 раз в год	Нет данных
Глаукома	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Периодичность посещений врача-офтальмолога определяется исходя из конкретных задач мониторинга.
Ишемическая болезнь сердца	2 раза в год	Не реже 2 раз в год	В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год	Контрольные амбулаторные осмотры рекомендуется проводить каждые 4–6 месяцев на первом году

О потребности в льготном лекарственном обеспечении Москвы свидетельствуют данные по первичной заболеваемости по ряду нозологических форм, льготное лекарственное обеспечение по которым регламентировано региональными нормативными правовыми актами[1]. При рассмотрении показателей в динамике отмечается ежегодный прирост по данным заболеваниям, что, соответственно, дает право пациентам, у которых эти заболевания установлены на льготное лекарственное обеспечение вне зависимости от наличия инвалидности (Таблица 5.5).

Таблица 5.5 – Динамика первичной заболеваемости взрослого населения по отдельным нозологиям в Москве, 2012–2022 гг. (на 100 тыс. нас.)

Нозологическая форма	Годы										Итого
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Сахарный диабет 2-го типа	252,6	247,7	231,6	222,5	200,2	217,7	224,0	231,3	151,0	154,1	1982,1
Новообразования злокачественные	360,9	338,7	304,7	299,7	394,6	377,6	451,8	462,4	332,2	335,2	3322,6
Инфаркт миокарда острый	85,7	81,9	78,3	76,6	74,6	75,3	78,5	83,7	77,0	79,7	711,6
Катаракта	225,2	199,6	215,4	186,6	190	183,8	208,6	174,8	128,6	129,2	1712,6
Глаукома	73,5	70,2	75,6	72,1	68,2	71,8	68,7	66,9	48,5	49,4	615,5
Бронхиальная астма	32,5	36,7	36,3	36,6	43	38,6	41,5	45,6	28,8	29,2	339,6

Аналогичные тенденции определяются и при рассмотрении первичной заболеваемости на уровне отдельной городской поликлиники Москвы, за исключением злокачественных новообразований, которые регистрируются в профильных медицинских организациях (Таблица 5.6).

Уровень заболеваемости по некоторым нозологическим формам, при которых льготное лекарственное обеспечение гарантируется региональными НПА, формирует потребность в лекарственных препаратах, отпускаемых бесплатно или со скидкой, влияет на бюджет здравоохранения, а также повышает посещаемость поликлиник для оформления льготных рецептов.

[1] Распоряжение Правительства Москвы от 10.08.2005 N 1506-РП «О реализации мер социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой».

Таблица 5.6 – Динамика впервые выявленных заболеваний (абс.), ГП № 115, 2013–2021 гг.

Нозологическая форма	Годы									Итого
	2013	2104	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Сахарный диабет	580	583	433	611	580	427	758	561	545	5078
Инфаркт миокарда острый	278	185	215	234	282	274	276	248	181	2173
Бронхиальная астма	56	109	42	81	57	63	68	59	46	581
Катаракта	241	357	168	171	230	250	259	220	276	2172
Глаукома	178	182	181	151	152	143	138	94	73	1292

5.2.2. Посещения, связанные с подготовкой пациентов, при направлении на медико-социальную экспертизу

В 2022 году в ГП № 115 было направлено на освидетельствование 2307 пациентов, из них первично – 847, повторно – 1460 пациентов. Мужчины составили 51,1%, женщины – 48,9%. Пациенты старше трудоспособного возраста составили 60,8% (Рисунок 5.3).

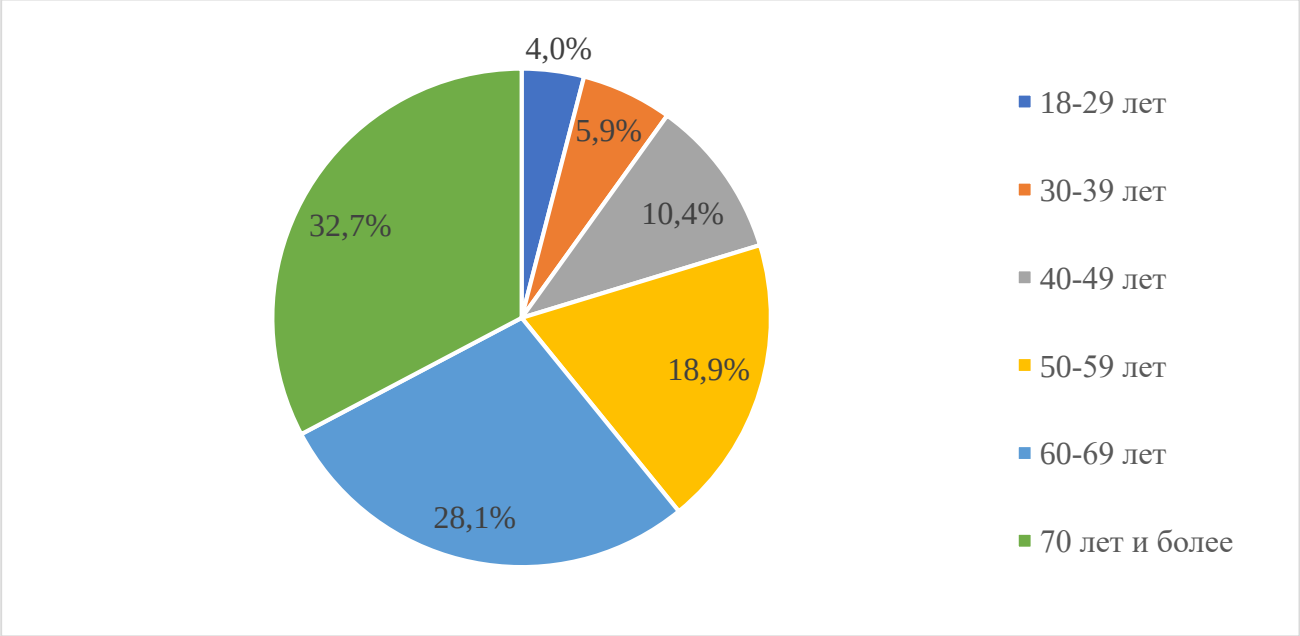


Рисунок 5.3 – Распределение пациентов по возрасту, направленных на МСЭ, 2022 г., ГП № 115 ДЗМ

В структуре наибольшую долю занимают пациенты с болезнями системы кровообращения – 53,2%, далее следуют пациенты с болезнями костно-мышечной системы

и соединительной ткани – 14,3%, болезнями нервной системы – 7,7%. Аналогичная структура пациентов, отмечается по всем филиалам ГП № 115 (Таблица 5.7).

Таблица 5.7 – Структура пациентов, направленных на МСЭ в ГП № 115, по классам болезней, 2022 г. (абс.)

Класс болезней	Филиал № 1	Филиал № 2	Филиал № 3	Филиал № 4	115	Абс.	%
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0	0	1	3	3	7	0,3
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	6	6	2	5	3	22	1,0
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	6	5	5	4	7	27	1,2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	10	2	5	7	6	30	1,3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3	10	2	3	12	30	1,3
Болезни органов дыхания	11	4	4	9	5	33	1,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	11	22	3	13	18	67	2,9
Болезни мочеполовой системы	11	8	19	31	6	75	3,3
Болезни органов пищеварения	15	14	15	14	18	76	3,3
Новообразования	14	15	26	25	18	98	4,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка	9	18	33	30	17	107	4,6
Болезни нервной системы	28	33	38	39	39	177	7,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	58	65	63	73	71	330	14,3
Болезни системы кровообращения	172	270	254	215	316	1227	53,2
Итого	354	472	471	471	539	2307	100,0

В 2022 году в филиале № 4 городской поликлиники № 115 ДЗМ был направлен на МСЭ для освидетельствования на инвалидность 471 пациент, из них 201 – первично и 270 – повторно. Мужчины составили 53,7%, женщины 46,3%. Пациенты старше 70 лет составили 31,6%, 60–69 лет – 27,4%, 50–59 лет – 18,0%, 40–49 лет – 10,2%, 30–39 лет – 8,3% и 18–29 лет – 4,5%. В структуре направленных на МСЭ пациенты с болезнями системы кровообращения составили 45,6%, с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – 15,5%, с болезнями нервной системы – 8,3%.

Для данной выборки общее число посещений к врачам-терапевтам участковым / ВОП составило 1743, к врачам-специалистам – 1272; общее число посещений 471 пациентом врачей-терапевтов участковых / ВОП и врачей-специалистов, в рамках подготовки их к направлению на МСЭ, составило 3015 посещений, что соответствует рабочему времени врачей в 766,6 часов (с учетом времени приема врача-терапевта участкового / ВОП в 12 минут, врача-специалиста – 15 минут). С учетом средней стоимости приема врача-терапевта участкового / ВОП, врача-специалиста общая стоимость выполненных посещений составила 349200,27 руб. (врачи-терапевты участковые / ВОП – 192235,47 руб., врачи-специалисты – 156964,8 руб.). Средняя стоимость посещений врачей клинических специальностей при подготовке одного пациента на МСЭ составила 741,40 руб. (Таблица 5.8).

Таблица 5.8 – Объемы потребляемых ресурсов при направлении на МСЭ, число посещений/рабочее время, стоимость услуг (n = 471)

Специальности	Число посещений	Среднее число посещений на 1 пациента	Рабочее время, часы	Стоимость, руб.
Врач-терапевт участковый /ВОП	1743	3,7	348,6	192235,47
Врач-специалист	1272	2,7	318	156964,8
Итого:	3015	6,4	766,6	349200,27

У 281 пациента в течение 6 месяцев и менее к началу прохождения маршрута на МСЭ были консультации врачей-специалистов, а у 393 пациентов – в течение 1 года и менее. У 229 пациентов, к началу прохождения подготовки на МСЭ, в течение 6 месяцев и менее были результаты лабораторно-инструментальных исследований в ЭМК.

Среднее число посещений одним пациентом врача-терапевта участкового / ВОП составило 3,7 посещения, врачей-специалистов - 2,7 посещения. В 59,5% случаев эти консультации были уже ранее выполнены за 6 месяцев и менее, в 83,6% – в течение года до приема, на котором принималось решение о направлении пациента на МСЭ, в рамках которого назначены консультации врачей-специалистов. У 48,5% пациентов в течение 6 месяцев к моменту даты приема участкового врача, на котором принималось решение о представлении пациента на ВК для решения

вопроса о направлении на МСЭ, имелись в ЭМК результаты необходимых лабораторно-инструментальных исследований, в том числе выполненных при стационарном лечении. Средняя длительность подготовки пациента на МСЭ составила 59,4 дня при регламентированном сроке в 30 дней.

Учитывая, что направляемые на МСЭ являются пациентами с множественной патологией и, соответственно, для каждой нозологии регламентирован разный объем лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов, выполнены расчеты стоимости наборов услуг, оказываемых поликлиникой при подготовке на МСЭ, пациентов с болезнями системы кровообращения, которые составляют более половины пациентов.

Стоимость минимального набора услуг, регламентированного НПА при подготовке пациента с болезнями системы кровообращения, МСЭ, составила 1448,35 рублей. Стоимость фактически оказанных услуг при подготовке пациентов к МСЭ, с учетом дополнительных приемов участковых врачей и назначаемых консультаций врачей-специалистов, составила 1938,22 руб. При этом стоимость дополнительных приемов участковых врачей, где среднее число посещений к ним составляет 3,7 на одного пациента, равна 156,69 руб., а стоимость консультаций врачей-специалистов, где среднее число посещений к ним в 2,7 на одного пациента, составила 333,18 руб. на одного пациента.

С учетом определенной ранее доли пациентов, которым в течение менее чем 6 месяцев до начала процедуры направления на МСЭ выполнялись необходимые лабораторно-инструментальные исследования и консультации врачей-специалистов, которые составили 48,5% и 59,5%, соответственно, коэффициенты избыточности назначения этих услуг составили 0,48 и 0,59, соответственно. При применении данных коэффициентов стоимость услуг, оказываемых пациентам в рамках направления на МСЭ, возрастает до 2642,74 руб. (Таблица 5.9).

Таблица 5.9 – Стоимость услуг, оказываемых гражданам, с болезнями системы кровообращения при направлении на освидетельствование на МСЭ

Наименование услуги	Тариф, руб.	Тариф, руб.	Тариф, руб.
Прием врача-терапевта участкового/ВОП, лечебно-диагностический, первичный	128,42	128,42	128,42
Прием врача-терапевта участкового/ВОП, лечебно-диагностический, повторный	92,17	92,17	92,17
Прием врача-кардиолога лечебно-диагностический, первичный, амбулаторный	134,84	134,84	134,84
Дополнительный прием врача-терапевта участкового/ВОП		156,69	156,69
Прием врача-специалиста		333,18	513,10
Взятие крови из вены, кровопускание	50,58	50,58	74,86
Комплексное исследование на гематологическом анализаторе с функцией дифференциации лейкоцитов по 3-м популяциям	82,85	82,85	122,62
Исследование осадка мочи на анализаторе	150,29	150,29	222,43
Анализ крови биохимический общетерапевтический (7 показателей)	378,98	378,98	560,89
Эхокардиография	341,43	341,43	505,32
ЭКГ (в 12 отведениях)	88,79	88,79	131,41
Сумма	1448,35[1]	1938,22[2]	2642,74[3]

[1] Стоимость минимального комплекса.
[2] Стоимость фактически выполняемого комплекса.
[3] Стоимость фактически выполняемого комплекса, с учетом коэффициентов избыточности.

НПА определяют сроки диспансерного наблюдения, с соответствующим комплексом обследований и консультаций специалистов, для пациентов с болезнями системы кровообращения – с частотой не менее 2 раз в год[1]. Однако регламентированные сроки действительности лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов, необходимых к представлению МСЭ, составляют 60–90 дней[2]. При этом в доступных источниках обоснований данным срокам не дано.

Таким образом, пациентам, состоящим под диспансерным наблюдением, несмотря на наличие лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов, эти этапы назначают повторно для соответствия срокам, определенным в НПА.

Регламентированный срок, в течение которого должны быть выполнены все исследования и приемы врачей в рамках получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ, составляет не более 30 рабочих дней со дня принятия решения о направлении пациента на МСЭ. Определенный в ходе исследования средний срок подготовки пациентов при направлении на МСЭ составил 59,4 дня, что свидетельствует о превышении установленных отраслевыми НПА сроков.

5.2.3. Посещения, связанные с подготовкой пациентов при направлении на санаторно-курортное лечение

В Москве право на бесплатное санаторно-курортное лечение предоставляется гражданам, имеющим льготы как федерального (9 категорий), так и регионального уровня (9 категорий). Особенностью города Москвы является то, что с 2009

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

[2] Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 10.06.2021 № 402н/631н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы».

года, в список граждан, имеющих право на бесплатное санаторно-курортного лечение, вошли неработающие пенсионеры, которые могут воспользоваться этим правом 1 раз в год[1].

НПА установлен порядок получения бесплатной санаторно-курортной путевки, согласно которому гражданам необходимо встать на учет в управление социальной защиты района, где наряду с паспортом и личным заявлением гражданин должен предоставить выданную поликлиникой, к которой прикреплен, справку для получения путевки по форме 070/у-04. Данную справку выдает лечащий врач, с учетом медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения, на основании состояния пациента, результатов лечения (амбулаторного, стационарного), данных лабораторно-инструментальных исследований. Срок действия данной формы составляет шесть месяцев[2].

После подачи документов они рассматриваются комиссией по распределению путевок при районных управлениях социальной защиты населения. При принятии положительного решения о выдаче путевки, гражданин обращается в многофункциональный центр (МФЦ), где предоставляет паспорт и заявление на путевку, которая выдается не ранее чем за 90 календарных дней до даты заезда в санаторий[3].

Получив путевку, гражданин обязан не ранее чем за 2 месяца до начала срока ее действия явиться к лечащему врачу, выдавшему ему справку для получения путевки, с целью проведения необходимого дополнительного обследования, на основании которого больному выдается санаторно-курортная карта (форма № 072/у-04). Обязательный перечень диагностических исследований и консультаций специалистов, результаты которых необходимо отразить в санаторно-курортной карте включает следующее:

а) клинический анализ крови и анализ мочи;

---

[1] Постановление Правительства Москвы от 11.08.2009 № 755-ПП «О порядке предоставления отдельным льготным категориям граждан, имеющих место жительства в городе Москве, санаторно-курортного лечения, а также бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно».

[2] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».

[3] Постановление Правительства Москвы 31.05.2022 № 937-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Москвы от 11 августа 2009 г. No 755-ПП».

б) электрокардиографическое обследование;

в) рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография);

г) при заболеваниях органов пищеварения – рентгеноскопическое исследование органов пищеварения (если с момента последнего рентгенологического обследования прошло более 6 месяцев) либо УЗИ, эндоскопия;

д) в необходимых случаях проводятся дополнительные исследования: определение остаточного азота крови, исследование глазного дна, желудочного сока, печеночные, аллергологические пробы и др.;

е) при направлении на санаторно-курортное лечение женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение врача акушера-гинеколога, а для беременных – дополнительно обменная карта;

ж) справка-заключение психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе больного нервно-психических расстройств;

з) при основном или сопутствующих заболеваниях (урологических, кожи, крови, глаз и др.) – заключение соответствующих специалистов.

Определен перечень медицинских показаний к санаторно-курортному лечению, который представлен 15 классами болезней по МКБ, включающий 190 блоков, которые содержат коды 494 заболеваний и состояний. При этом наибольшее число заболеваний, при которых рекомендуется санаторно-курортное лечение, представлено классами болезней костно-мышечной системы, нервных болезней, болезней системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения и мочеполовой системы, соответствуя общим тенденциям заболеваемости населения. Наряду с этим представлен перечень медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения, состоящий из 16 состояний[1].

Выдача справки на получение путевки возможна только в том случае, если у пациента имеются заболевания, при которых показано санаторно-курортное лечение и отсутствие противопоказаний к нему. В случае, если пациент наблюдается в

[1] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.09.2020 № 1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения» (с изменениями и дополнениями).

поликлинике и ранее проходил диагностику, справка выдается при первом посещении. Однако, если пациент ранее не наблюдался или длительное время не обращался по поводу заболеваний, такое обращение в поликлинику по поводу получения данной справки не может ограничиваться одним посещением. Необходимость определения показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения у таких пациентов влечет за собой выполнение лабораторно-инструментальных исследований с последующим повторным посещением врача и возможным назначением консультаций других специалистов.

Таким образом, получение данной справки в случае, если пациент ранее не наблюдался в поликлинике или длительное время не обращался по поводу хронического заболевания, дважды посещает врача: первый – на котором пациент обращается за справкой, врач назначает лабораторно-инструментальные исследования и повторную явку; второе посещение – на котором, в зависимости от результатов исследования, решается вопрос о выдаче данной справки.

Повторное обращение в поликлинику этих пациентов связано с оформлением санаторно-курортной карты и также включает в себя минимум два посещения и лабораторно-инструментальные исследования. При этом сроки повторного обращения зависят от даты получения путевки в санаторий, которая зависит от таких факторов, как очередность пациента, обеспеченность органов социальной защиты этими путевками. Сроки ожидания санаторно-курортной путевки могут составлять до 1 года, при этом пациент должен посетить врача для оформления санаторно-курортной карты не ранее чем за 2 месяца до начала срока ее действия.

Таким образом, отбор и направление пациентов на санаторно-курортное лечение должно включать в себя три посещения врача-терапевта участкового / ВОП, врачей-специалистов и лабораторно-инструментальные исследования.

В городской поликлинике № 115 в 2022 году выданы справки на санаторно-курортные путевки 8367 пациентам, а санаторно-курортные карты 5302 пациентам. Разница обусловлена тем, что не все пациенты, получившие справку, воспользова-

лись правом получения санаторно-курортной путевки по различным обстоятельствам, а часть пациентов, получивших справки, воспользуются данным правом в следующем году.

В структуре направленных на санаторно-курортное лечение 51,3% составили пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани и болезнями системы кровообращения – 37,9%. Преобладают пациенты с остеохондрозом позвоночника, гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом и ишемической болезнью сердца (Рисунок 5.4). Среди лиц, направленных на санаторно-курортное лечение, 64,9% составили женщины, 35,1% – мужчины. Более 80% – лица старше трудоспособного возраста (Рисунок 5.5).

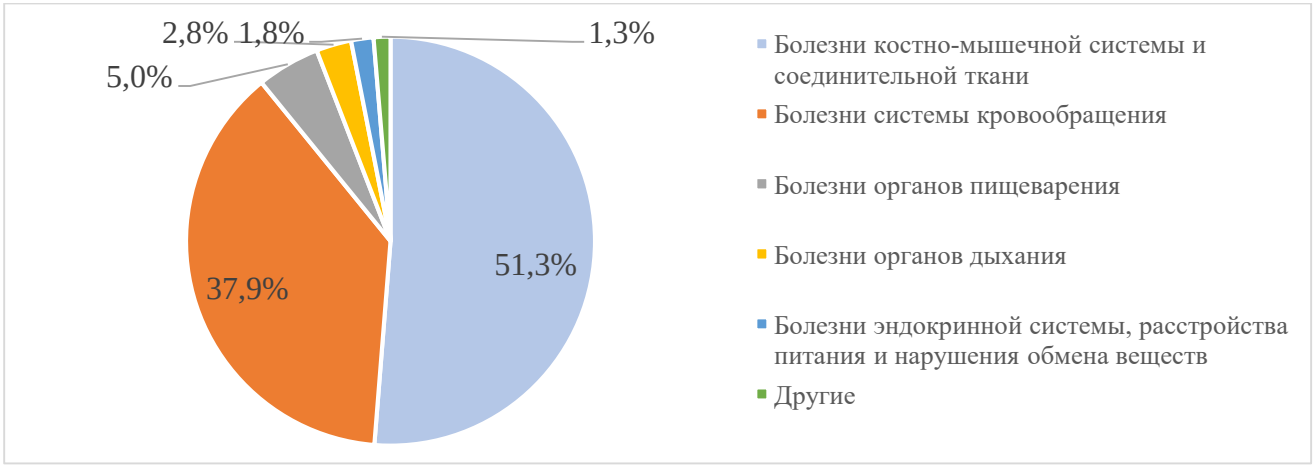


Рисунок 5.4 – Структура направленных на санаторно-курортное лечение по классам болезней (%), 2022 г., ГП № 115

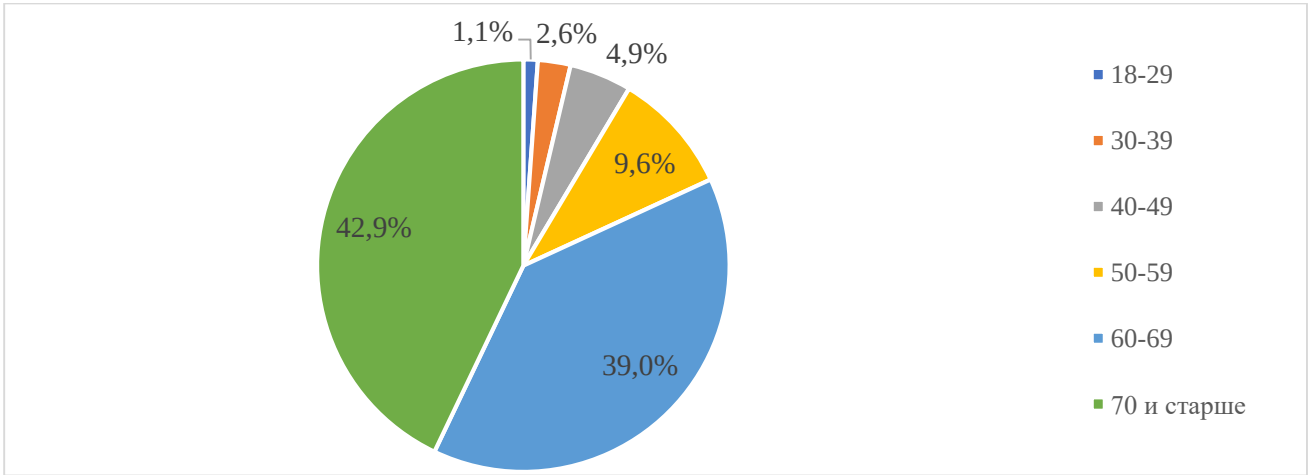


Рисунок 5.5 – Возрастная структура граждан, направленных на санаторно-курортное лечение(%), 2022 г., ГП № 115

Для оценки объема потребляемых ресурсов при отборе и направлении граждан на санаторно-курортное лечение была определена репрезентативная выборка пациентов, которая составила 400 пациентов.

Стартовой точкой определено посещение пациента для получения справки на получение путевки, финальной точкой – посещение по результатам обследования, при которой оформляется санаторно-курортная карта.

Для данной выборки общее число посещений к врачам терапевтам участковым / ВОП составило 1511, к врачам-специалистам – 1005. Общее число посещений 400 пациентами врачей-терапевтов участковых / ВОП и врачей-специалистов в рамках подготовки их к санаторно-курортному лечению составило 2516 посещений, что соответствует рабочему времени врачей в 553,45 часов (с учетом времени приема врача-терапевта участкового / ВОП в 12 минут, врача-специалиста – 15 минут). С учетом показателей средней стоимости приема врача-терапевта участкового / ВОП, врача-специалиста, общая стоимость выполненных посещений составила 294574,64 руб. (врачи-терапевты участковые / ВОП – 166648,19 руб., врачи-специалисты – 127926,45 руб.). Средняя стоимость посещений врачей клинических специальностей одним пациентом при подготовке к санаторно-курортному лечению составила 736,43 руб. (Таблица 5.10).

Таблица 5.10 – Объемы потребляемых ресурсов при направлении на санаторно-курортное лечение, число посещений/рабочее время, стоимость услуг (n = 400)

Врачебная специальность	Число посещений	Среднее число посещений на 1 пациента	Рабочее время, часы	Стоимость, руб.
Врач-терапевт участковый / ВОП	1511	3,8	302,2	166648,19
Врач-специалист	1005	2,5	251,25	127926,45
Итого:	2516	6,3	553,45	294574,64

Среднее число посещений одним пациентом врача-терапевта участкового / ВОП составило 3,8 посещения, врачей-специалистов – 2,5 посещения. При этом в 48,3% случаев консультации врачей-специалистов выполнены в срок менее 6 месяцев и в 73,6% – в срок менее 1 года до начала оформления санаторно-курортной

карты. При этом назначались консультации следующих врачей-специалистов: врачей-урологов, врачей-хирургов, врачей-офтальмологов, врачей-оториноларингологов, врачей-кардиологов, врачей-неврологов, врачей-эндокринологов, врачей-онкологов, врачей акушер-гинекологов. Сроки оформления санаторно-курортной карты составили в среднем 29,9 дней.

У 55,8% пациентов в период менее чем за 6 месяцев до начала оформления санаторно-курортной карты были выполнены лабораторно-инструментальные исследования, необходимые при оформлении санаторно-курортной карты.

Стоимость минимального комплекса медицинских услуг, предоставляемых при реализации права на бесплатное санаторно-курортное лечение, согласно тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС города Москвы, составляет 741,72 руб. Расчет выполнен с учетом трех посещений врача-терапевта участкового или ВОП и разовой базовой лабораторно-инструментальной диагностики при оформлении санаторно-курортной карты, без учета дополнительных консультаций и обследований при наличии у пациентов сопутствующих заболеваний. Данное исследование показало, что при прохождении маршрута среднее число приемов врача-терапевта участкового / ВОП составило 3,8 посещений и 2,5 посещения врачей-специалистов, при этом стоимость комплекса услуг возрастает до 1148,18 руб.

Подавляющее большинство направляемых на санаторно-курортное лечение – лица старше трудоспособного возраста, имеющие множественные заболевания, по поводу которых они наблюдаются, согласно периодичности сроков диспансерного наблюдения, не менее 2 раз в год. Однако в соответствии с НПА прохождение обследования должно быть не более 2 месяцев до начала санаторно-курортного лечения. Прохождения обследования формируют избыточность выполнения лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов, коэффициент которых, при исследовании на выборке, составил 0,55 и 0,48, соответственно. С учетом данных коэффициентов, стоимость услуг, оказываемых пациентам при направлении на санаторно-курортное лечение составляет 1543,06 руб. (Таблица 5.11).

Таблица 5.11 – Стоимость услуг, оказываемых гражданам в поликлинике, при их направлении на санаторно-курортное лечение

Наименование услуги	Тариф, руб.[1]	Тариф, руб.[2]	Тариф, руб.[3]
Три приема врача-терапевта участкового / ВОП	330,87	330,87	330,87
Дополнительный прием врача-терапевта участкового / ВОП		88,23	88,23
Прием врача-специалиста		318,23	470,98
Взятие крови из вены, кровопускание	50,58	50,58	83,46
Комплексное исследование на гематологическом анализаторе с функцией дифференциации лейкоцитов по 3 популяциям	82,85	82,85	136,70
Исследование осадка мочи на анализаторе	150,29	150,29	247,98
ЭКГ (в 12 отведениях)	88,79	88,79	146,50
Флюорография легких профилактическая	38,34	38,34	38,34
Итого	741,72	1148,18	1543,06

[1] Стоимость минимального комплекса, согласно нормативным документам.
[2] Стоимость комплекса согласно исследованию на выборке.
[3] Стоимость комплекса согласно исследованию на выборке, с учетом коэффициентов избыточности.

НПА не определяют сроки, в течение которых должны быть выполнены лабораторно-инструментальные исследования и консультации врачей-специалистов в рамках оформления санаторно-курортной карты, ограничиваясь формулировкой, что они должны быть пройдены не ранее чем за 2 месяца до начала санаторно-курортного лечения. Выявленный в ходе исследования средний срок оформления санаторно-курортной карты в 29,9 дней соответствует требованиям НПА.

5.2.4. Посещения, связанные с получением медицинских справок и заключений

Интервьюирование врачей позволило определить следующие причины, в зависимости от частоты, в связи с которыми пациенты посещают врачей-специалистов для получения справок и заключения о состоянии своего здоровья (Таблица 5.12).

Таблица 5.12 – Ранжированный список причин, в связи с которыми пациенты посещают врачей для получения справок и заключений о состоянии своего здоровья пациентов

Причина	Ранговое место
Предстоящая госпитализация	1
Для прохождения реабилитации, физиотерапии	2
При наблюдении беременных в женской консультации	3
Социальные службы	4
При прохождении военно-врачебной комиссии	5
Для занятия физической культурой	6

В общей структуре наибольшую долю занимают посещения для получения справок и заключений о состоянии здоровья перед предстоящей госпитализацией (63,7%), далее следуют посещения перед предстоящим прохождением реабилитации и физиотерапевтических процедур (12,2%). Примерно равные доли отмечаются по остальным посещениям для получения справок и заключений (Рисунок 5.6).

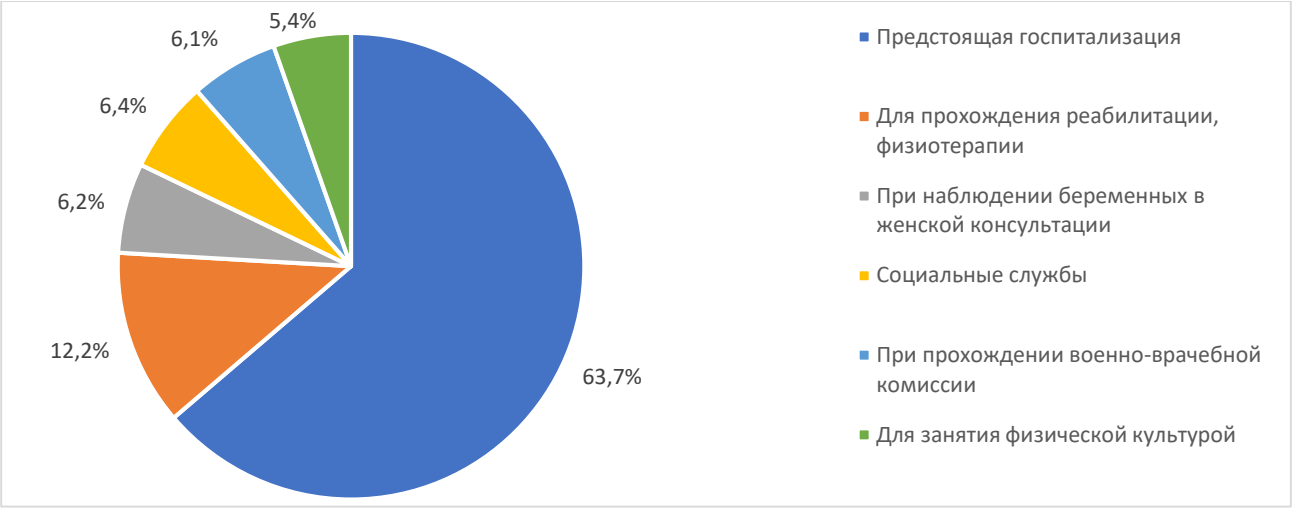


Рисунок 5.6 – Структура посещений для получения справок и заключений о состоянии здоровья (%)

Наибольшая доля принадлежит посещениям перед госпитализацией, варьируя от 41,9% у врача-хирурга до 72,6% у врачей-терапевтов участковых / ВОП (Таблица 5.13).

Таблица 5.13 – Причины, в связи с которыми пациенты посещают врачей для получения справок и заключений о состоянии здоровья пациентов (абс.)

Причина посещения	Врач-терапевт участковый / ВОП	Врач-уролог	Врач-хирург	Врач-эндокринолог	Врач-невролог	Врач-кардиолог	Всего
Предстоящая госпитализация	342	34	31	14	12	17	450
Для прохождения реабилитации, физиотерапии	51	15	11	3	4	2	86
При наблюдении беременных в женской консультации	14	12	8	5	4	1	44
Социальные службы	19	8	11	2	3	2	45
При прохождении военно-врачебной комиссии	21	9	7	2	–	4	43
Для занятия физической культурой	24	3	6	–	2	3	38
Всего	471	81	74	26	25	29	706

Существующую практику назначения врачами стационаров консультаций врачей первичного звена для получения заключения о состоянии здоровья перед предстоящей госпитализацией можно отнести к догоспитальной подготовке пациентов. Основные нормативные правовые документы, определяющие порядок госпитализации пациентов в стационары, не содержат данных о догоспитальной под-

готовке, ограничиваясь требованием наличия выписки из медицинской документации, которая должна содержать сведения о диагнозе заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья, проведенных диагностических исследованиях и лечении, рекомендации о необходимости оказания специализированной медицинской помощи с указанием формы ее оказания[1] или «результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи»[2]. Единственным нормативным правовым актом федерального уровня, где определена необходимость догоспитальной подготовки, является Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», в приложении которого представлен перечень необходимых лабораторно-диагностических исследований и заключений специалистов, необходимых для последующего выполнения вспомогательных репродуктивных технологий, с указанием сроков действия[3].

Получение предварительного заключения специалистов перед реабилитацией и физиотерапевтическими процедурами также отсутствует в нормативных документах, регламентирующих эти виды деятельности[4].

В отношении ведения беременных врачами акушер-гинекологами выявлена четкая регламентация в соответствующем приказе, где указано, что при физиологическом течении беременности показаны обязательные осмотры, помимо врачом акушером-гинекологом, врачом-терапевтом (не менее двух раз), врачом-стоматологом (не менее двух раз), врачом-оториноларингологом и врачом-офтальмологом (не менее одного

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».
[2] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».
[3] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 N 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».
[4] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

раза); другими врачами-специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии[1].

Посещения для получения справок и заключений врачей, с последующим предоставлением в социальные службы, не регламентированы соответствующим НПА, который определяет перечень трудных жизненных ситуаций различным категориям граждан, которые могут рассчитывать на социальную помощь[2]. Однако возникающие трудные жизненные ситуации несут за собой снижение уровня доходов и при возникновении необходимости в лечении граждане соответствующих категорий могут обратиться в социальные службы для компенсации затрат на лекарственные препараты, необходимые для лечения заболеваний. В этих случаях граждане по требованию социальных служб должны предоставить заключение врача, подтверждающее назначение лекарственных препаратов.

Посещения для получения заключений по направлению военно-врачебных комиссий регламентировано соответствующим нормативным правовым актом, согласно которому, при отсутствии в военно-врачебных комиссиях необходимых врачей-специалистов, руководители медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения должны обеспечить соответствующие консультации[3].

Таким образом, посещения врачей для получения медицинских заключений по направлению сторонних медицинских и иных организаций в большей своей части не регламентированы нормативными правовыми актами.

---

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

[2] Постановление правительства Москвы от 02.02.2022 N 213-ПП «О порядке оказания в городе Москве адресной социальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, и семьям с детьми, находящимся в социально опасном положении».

[3] Постановление Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».

5.2.5. Посещения, связанные с оформлением направлений

В ходе предварительного интервьюирования врачи отметили, что пациенты могут обратиться на прием для получения направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации и госпитализации. Интервьюирование позволило определить следующие причины, формирующие посещения врачей для получения данных направлений (Таблица 5.14).

Таблица 5.14 – Ранжированный список причин посещений врачей для получения направлений на лабораторно-инструментальные исследования, консультации, госпитализации

Причина	Ранговое место
Предстоящая госпитализация	1
Наблюдение в специализированных медицинских организациях	2
Наблюдение в частных медицинских организациях	3
Самостоятельное решение обратиться в иные государственные медицинские организации	4
При прохождении военно-врачебной комиссии	5

Врачами, участвовавшими в интервьюировании, в течение четырех недель, было зарегистрировано 934 посещения с целью получения направлений и получения их результатов (Рисунок 5.7).

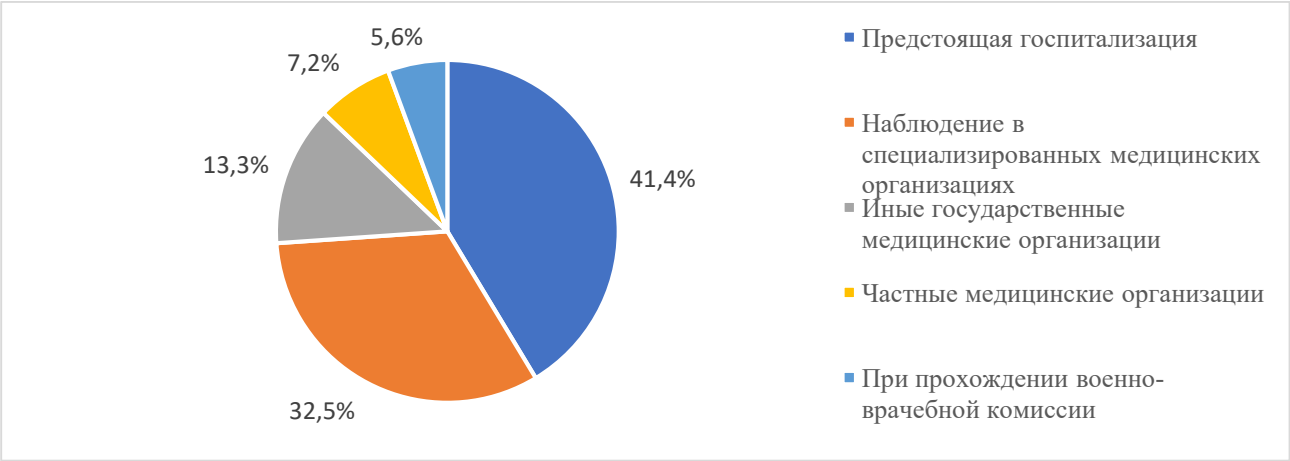


Рисунок 5.7 – Структура посещений с целью получения направлений и получения их результатов (%)

Несмотря на регламентированную в рамках проекта «Московский стандарт поликлиники» передачу функций по оформлению направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации (далее направления) среднему медицинскому персоналу организованных, в рамках данного проекта, сестринских постов, доля пациентов, посещающих врачей поликлиники для оформления направлений, выросла на приемах у врачей всех специальностей.

Полученные путем регистрации на приемах данные по структуре посещений дополнительно обсуждены в ходе группового интервьюирования с врачами и пациентами.

5.3. Мнения врачей и пациентов по проблемным аспектам посещаемости и совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи в городской поликлинике

Сохранение в структуре посещений приемов по поводу выписки льготных рецептов врачи и пациенты связали с недостаточным количеством фельдшеров, выделенных в штате поликлиники для выписки льготных рецептов и имеющих ограниченный ресурс для записи, с формированием длительных сроков ожидания их приема или отсутствием свободных талонов на запись. При этом сохраняющаяся возможность записи к врачу вынуждает пациентов записываться к ним для выписки льготного рецепта.

Также респонденты отметили, что при наличии льготного рецепта на препарат или медицинское изделие и при отсутствии их в аффилированных аптечных пунктах или при наличии в ограниченном количестве, пациент вынужден повторно посещать поликлинику для выписки льготного рецепта или получать его на короткий срок, с учетом текущих возможностей аптечных пунктов. При этом пациенты, имеющие льготную категорию, как правило, граждане старше трудоспособного возраста, которые имеют несколько хронических заболеваний, по которым состоят

под диспансерным наблюдением и постоянно принимают лекарственные препараты, что приводит к тому, что такие пациенты посещают врачей разных специальностей для выписки льготных рецептов по соответствующим заболеваниям.

Как врачи, так и пациенты отметили, что при приеме препаратов могут возникать вопросы по лечению (при появлении побочных эффектов и т. д.), что также вынуждает их посещать врачей поликлиники. При этом пациенты отметили важность внедрения в работу поликлиники дистанционных форм взаимодействия между пациентами и врачами при возникновении необходимости в консультациях при приеме препаратов в процессе лечения. Респонденты сошлись во мнении о необходимости разработки и внедрении дистанционных форм взаимодействия врачей и пациентов, при которых бы пациентам не приходилось посещать поликлинику для выписки льготного рецепта.

По мнению врачей, перераспределение функционала по выписке льготных рецептов с врачей на фельдшеров позволило сократить количество посещений к врачам для выписки льготных рецептов. Однако сдерживающим фактором для дальнейшего сокращения данных посещений является несоответствие НПА текущим условиям, ограниченный штат фельдшеров для выписки рецептов, проблемы с лекарственным обеспечением льготных категорий граждан и отсутствие организационных форм дистанционного взаимодействия между пациентами и врачами. Наряду с этим врачи отметили, что средний медицинский персонал мог бы взять на себя функцию выписки льготных рецептов на препараты пациентам, которым назначаются длительные курсы лечения.

При обсуждении в ходе группового интервью с врачами, подавляющее большинство указало, что работа, связанная с направлением пациентов на МСЭ и оформлением соответствующей медицинской документации, так же, как и в случае направления на санаторно-курортное лечение, не связана с оказанием медицинской помощи и ограничивается констатацией и регистрацией в медицинской документации текущего состояния пациента, с указанием диагноза и результатов лабораторно-инструментальных исследований.

Врачи подтвердили, что на МСЭ направляются, как правило, пациенты старше трудоспособного возраста, имеющие множество хронических заболеваний, по поводу которых они уже состоят под диспансерным наблюдением, в рамках которого выполняются все необходимые лабораторно-инструментальные исследования и назначаются консультации врачей-специалистов, с учетом периодичности сроков диспансерного наблюдения, которые проводятся обычно не менее 2 раз в год. Интервьюируемые отметили, что существенная доля пациентов регулярно проходят необходимые обследования и консультации врачей-специалистов при стационарном лечении по поводу заболеваний, послуживших в последующем поводом для направления на МСЭ. Участники интервью сошлись во мнении об избыточности назначения пациентам, направляемым на МСЭ, лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов при уже имеющихся ранее, что связано с определенными НПА сроками в 60 календарных дней при первичном направлении, 90 дней при повторном направлении.

Длительные сроки подготовки пациентов при направлении на МСЭ респонденты связали с длительными сроками ожидания лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов, необходимых для получения клинико-функциональных данных о состоянии пациента. Интервьюируемые отметили, что в ряде случаев, ввиду отсутствия соответствующего оборудования в поликлинике или необходимых врачей-специалистов, пациенты направляются в сторонние медицинские организации, с соответствующим удлинением сроков ожидания медицинской помощи, а имеющие место неоднократные посещения врачей-терапевтов участковых / ВОП связаны с необходимостью оформления сопровождающих медицинских документов для этого.

Респонденты отметили, что при освидетельствовании на МСЭ наличие сопутствующих заболеваний у пациентов, которые могут влиять на степень нарушения функций органов, систем и состояние компенсаторных возможностей, определяет необходимость назначения дополнительных консультаций врачей-специалистов. При этом врачи-специалисты выразили мнение о возможной передаче своих функций по

оформлению заключений врачам-терапевтам участковым и, особенно, врачам общей практики (семейным врачам), учитывая их расширенный функционал.

Несмотря на переход к электронной форме № 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» по-прежнему не исключается необходимость её заполнения, что связано с большими временными затратами. Участники интервью отметили сложный порядок направления пациентов на МСЭ и выразили необходимость в формировании новых способов передачи данных о состоянии здоровья пациентов взамен существующего порядка, связанного с необходимостью заполнения медицинской документации.

Наряду с этим участники группового интервьюирования пациентов, ранее проходивших подготовку при направлении на МСЭ, отметили сложный порядок подготовки, связанный с необходимостью неоднократного посещения врачей и выполнения лабораторно-инструментальных исследований, которые в ряде случаев служат поводом для отказа пациентов от направления на МСЭ, связанным с длительными сроками ожидания прохождения этапов данной подготовки и необходимостью неоднократного посещения поликлиники. Несмотря на наличие результатов клинико-функциональных данных о заболеваниях, в том числе при выписке из стационарных медицинских организаций, с которыми они направляются на МСЭ, пациенты вынуждены проходить повторно лабораторно-инструментальные исследования и консультации врачей, что связано с необходимостью соответствия срокам к моменту направления на МСЭ.

Пациенты так же, как и врачи отметили, что посещения врачей при подготовке к МСЭ сводятся к констатации текущего состояния и внесения данных в ЭМК и отметили необходимость упрощения процедуры подготовки на МСЭ, с сокращением числа посещений врачей. Пациенты отметили необходимость повышения их информированности в части показаний для направления на МСЭ и разъяснения им порядка направления и результатов освидетельствования.

Интервьюирование врачей и пациентов по вопросам подготовки пациентов к МСЭ выявило, что текущий порядок связан с неоднократными посещениями врачей-терапевтов участковых/ВОП, врачей-специалистов и избыточным назначением лабораторно-инструментальных исследований, длительными сроками ожидания их прохождения, а также трудозатратами по оформлению медицинской документации и определяет необходимость поиска оптимизации работ, связанных с направлением граждан на МСЭ, в том числе за счет внедрения дистанционных форм взаимодействия между пациентами, медицинскими организациями и бюро МСЭ, а также перераспределения трудовых функций между врачами-специалистами и врачами-терапевтами участковыми / ВОП.

При обсуждении посещений, связанных с подготовкой пациентов к санаторно-курортному лечению, врачи сошлись во мнении, что процесс оформления справок и карт для санаторно-курортного лечения не связан с оказанием медицинской помощи и ограничивается констатацией и регистрацией в медицинской документации текущего состояния пациента, с указанием его диагноза, результатов лабораторно-инструментальных исследований, наличием или отсутствием показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению.

Врачи отметили избыточность назначения лабораторно-инструментальной диагностики и консультаций врачей-специалистов при уже имеющихся ранее, что связано с регламентацией в нормативных правовых документах необходимости в срок не ранее чем за 2 месяца до санаторно-курортного лечения пройти обследование. При этом респонденты указали, что на санаторно-курортное лечение пациенты направляются в состоянии ремиссии, при которой существенной динамики в результатах лабораторно-инструментальных исследований быть не может, однако необходимость соответствия срокам подготовки пациентов приводит к их дублированию. При этом подавляющее большинство пациентов, направляемых на санаторно-курортное лечение, это лица старше трудоспособного возраста, имеющие множество заболеваний и состоящие под диспансерным наблюдением, в рамках которого им регулярно выполняется лабораторно-инструментальная диагностика и назначаются консультации врачей-специалистов. Врачи-специалисты выразили

мнение о возможной передаче своих функций по оформлению заключений при направлении подготовке пациентов к санаторно-курортному лечению врачам-терапевтам участковым и, особенно, врачам общей практики (семейным врачам), учитывая их расширенный функционал.

Участники интервью отметили сложный порядок направления на санаторно-курортное лечение, связанный с необходимостью получения двух документов – формы №072/у и №070/у, которые можно было бы объединить в единый, а с учетом внедрения ЕМИАС и ЭМК врачи выразили необходимость в формировании новых способов передачи данных пациентов при направлении на санаторно-курортное лечение взамен существующего порядка, связанного с необходимостью заполнения медицинской документации.

Групповое интервьюирование пациентов позволило дополнить полученные результаты. Пациенты, проходившие подготовку к санаторно-курортному лечению, отметили её длительность и сложность и выразили уверенность в необходимости упрощения данного маршрута с сокращением числа посещений врачей и сроков ожидания лабораторно-инструментальных исследований и приемов врачей, визиты к которым сводятся к констатации текущего состояния и внесения данных о наличии или отсутствии противопоказаний к санаторно-курортному лечению в ЭМК и справки. Респонденты отметили, что при наличии результатов лабораторно-инструментальных исследований, в том числе при выписке из стационарных медицинских организаций, при направлении на санаторно-курортное лечение, вынуждены проходить повторно в связи с необходимостью соответствия срокам их действия к началу санаторно-курортного лечения.

Интервьюирование с врачами показало, что наибольшее число обращений для получения справок и заключений о состоянии здоровья связано с предстоящей госпитализацией обращающихся, при которой требуется обследование, включающее наряду с лабораторно-инструментальными исследованиями наличие у пациентов заключений врачей-специалистов.

Респонденты отметили, что пациенты после консультации врача больницы, в случае принятия решения о его госпитализации, вновь посещают поликлинику с

предписанием выполнения обследования, которое включает наряду с лабораторно-инструментальными исследованиями практически всегда заключение врач-терапевта участкового / ВОП и врачей-специалистов. При этом определение врачей-специалистов, заключение которого требуется иметь, зависит от отягощенности анамнеза пациента по профилю данного врача-специалиста.

Так, врачи-урологи отметили рост числа посещений для получения их заключения при предстоящих оперативных вмешательствах по поводу паховой грыжи, заболеваний сосудов нижних конечностей, гинекологических заболеваний. При этом в ряде случаев пациентам мужского пола старше 40 лет, анамнез которых не отягощен в части урологических заболеваний, перед госпитализацией врачами больниц рекомендуется консультация врача-уролога, связанная с вероятностью наличия какого-либо заболевания мужских половых органов, с учетом возраста пациента. Аналогичные тенденции отметили также врачи других специальностей.

В целом, врачи сошлись во мнении, что сложилась нормативно нерегламентированная практика назначения консультаций врачей-специалистов поликлиники, врачами больниц для получения заключения о наличии или отсутствии противопоказаний к предстоящей госпитализации при наличии в анамнезе заболеваний, по которым пациенты ранее обращались к соответствующим специалистам.

Участники интервью отметили, что врачи больниц, направляющие пациентов для получения справок и заключений от врачей первичного звена, определяют сроки актуальности этих заключений не более 1 месяца. При нарушении данных сроков пациенты направляются в поликлиники повторно для получения заключения о состоянии здоровья. При этом больницы, подведомственные ДЗМ, так же, как и поликлиники, подключены к системе ЕМИАС, и врачи больниц ведут прием пациентов, направленных из поликлиник с использованием данной системы, в которой отражена ЭМК, содержащая все данные о посещениях пациентов врачей и выполненных лабораторно-инструментальных исследованиях.

Врачи отметили, что наличие в анамнезе различных заболеваний также является поводом для назначения консультаций специалистов перед прохождением реабилитации и физиотерапевтических процедур. При этом основной запрашиваемой

формулировкой перед данными лечебными мероприятиями, которая должна быть в заключении, является наличие или отсутствие противопоказаний к реабилитации и физиотерапии.

По мнению врачей, отмечается рост посещений для получения заключения, пациентов, наблюдающихся по беременности, по направлению врачей акушер-гинекологов женских консультаций. Поводами для назначения консультаций врачей первичного звена для получения такого заключения служит наличие в анамнезе заболеваний по профилю врачей-специалистов.

Врачи отметили рост числа посещений для получения заключений, связанных с возможностью получения различных льгот или компенсаций пациентам (денежная компенсация за приобретенные лекарственные препараты или медицинские изделия и т. д.). Наблюдается рост посещений пациентов, направляемых для получения заключения при прохождении военно-врачебных комиссий, особенно врачей-специалистов, которые не входят в их состав.

Респонденты отметили посещения пожилых граждан при планировании ими занятий физической культурой в рамках проекта мэра Москвы «Московское долголетие». Данный бесплатный досуговый проект для москвичей пожилого возраста включает несколько направлений по физической культуре, которые ведут соответствующие инструктора, и требуют заключения об отсутствии противопоказаний к занятиям.

Участники интервью сошлись во мнении, что зачастую подобные посещения происходят, несмотря на то, что ранее данные пациенты обращались по поводу заболеваний в рамках динамического наблюдения. Однако запрос от внешних организаций на заключения врачей поликлиник определяется необходимостью соответствия его сроку не более месяца.

Прием для получения заключения, по словам респондентов, представляет собой заполнение справки, по результатам данных, полученных из ЕМИАС, и занимает не более 5 минут. В заключении, в зависимости от необходимости, указываются данные пациента (ФИО, дата рождения, адрес), диагноз, получаемое лечение,

если оно проводится, и запись о наличии или отсутствии противопоказаний к планируемым лечебно-диагностическим мероприятиям в медицинских организациях, откуда пациент был направлен для получения данного заключения.

В свою очередь, пациенты при групповом обсуждении вопросов, связанных с посещением поликлиники для получения заключений, отметили длительные сроки ожидания приема врачей. При этом в части случаев посещения к соответствующим врачам ранее были выполнены, однако необходимость иметь документальное подтверждение формирует повторное посещение врачей для его получения, при этом прием сводится к оформлению соответствующего заключения.

Как врачи, так и пациенты отметили необходимость формирования организационных механизмов, при которых существовал бы электронный документооборот между медицинскими организациями, в результате чего отпала бы необходимость в посещении врачей для получения заключений. Наряду с этим врачи высказали мнение, что в случаях, когда при посещении пациента не требуется медицинская помощь, для оформления заключений можно было бы привлечь средний медицинский персонал.

По мнению всех врачей, наибольшее число посещений пациентов для получения направлений связано с предстоящей госпитализацией, при которой требуется догоспитальная подготовка, включающая лабораторно-инструментальные исследования. При этом данные посещения могут формироваться как после предварительного направления из поликлиники на госпитализацию, так и в случае, когда пациент самостоятельно обратился в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, где по результатам консультации принято решение о госпитализации, и пациент направляется в поликлинику для догоспитальной подготовки. Особенностью является то, что пациент посещает врача как для оформления направлений на лабораторно-инструментальные исследования, так и для получения их результатов.

Стоит отметить, что при госпитализации пациентов, согласно приказу Минздрава России № 796н от 02.12.2014[1], необходимо иметь только результаты лабораторно-инструментальных исследований, подтверждающих установленный диагноз. По мнению респондентов, сложился текущий рутинный не регламентированный нормативно порядок, определяемый медицинскими организациями, оказывающими специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, при котором госпитализация предусматривает более широкий перечень лабораторно-инструментальных исследований, чем в НПА, что формирует дополнительный поток посещений к врачам при подготовке пациентов к госпитализации.

Врачи отметили растущее число посещений пациентов, которые наблюдаются в специализированных медицинских организациях: центры амбулаторной онкологической помощи, эндокринологический, кардиологические диспансеры, нефрологический центр и т.д. Пациентам, наблюдающимся в данных медицинских организациях, в рамках диспансерного наблюдения назначаются лабораторно-инструментальные исследования, которые выполняются в поликлинике по месту жительства и получить соответствующие направления и в последующем их результаты можно только на приеме у врача поликлиники.

Респонденты отметили рост посещений для оформления направлений на лабораторно-инструментальные исследования пациентам врачами частных медицинских организаций, при консультациях врачей которых назначается обследование, необходимость оплаты за которое вынуждает пациентов обращаться для этого в поликлиники по месту жительства, где можно выполнить эти лабораторно-инструментальные исследования в рамках ОМС.

Врачи указали на распространение практики обращений к врачам для получения направлений на консультации в различные федеральные и ведомственные медицинские организации, а также частные медицинские организации, работающие в системе ОМС. Здесь респонденты отметили, что при законодательно закреп-

[1] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.12.2014 г. N 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями)

ленном праве пациента на выбор медицинской организации, пациенты самостоятельно могут принять решение о получении консультации в сторонних медицинских организациях (институты, крупные центры, больницы), где данные консультации осуществляются при наличии направления из поликлиники по месту жительства. Особенностью является то, что после получения консультации в данных медицинских организациях, пациентам может быть назначено обследование для получения направления на которое, пациент вновь посещает поликлиники.

Врачи отметили рост числа посещений пациентов, связанных с прохождением военно-врачебных комиссий, при котором предусмотрено выполнение лабораторно-инструментальных исследований, которые назначаются соответствующими специалистами, входящими в её состав, и пациенты маршрутизируются в поликлиники по месту жительства для их прохождения.

Во всех случаях посещений, связанных с получением направлений на лабораторно-инструментальные исследования, по словам респондентов, прием ограничивается беседой с пациентом, в случае наличия предписания из других медицинских организаций, ознакомлением с ним и оформлением соответствующих направлений.

Большинство врачей отметили необходимость передачи работ по оформлению направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов на средний медицинский персонал, что позволит высвободить время для приема пациентов, нуждающихся в медицинской помощи, как таковой. При этом также замечено, что внедрение дистанционных способов взаимодействия пациентов с медицинскими организациями позволило бы упростить подготовку пациентов к госпитализации.

Выполненное групповое интервьюирование пациентов позволило, в целом, выявить негативные оценки, связанные с процессом оформления направлений на лабораторно-инструментальные исследования в поликлинике и получением их результатов. Наряду с длительными сроками ожидания приема врачей, респонденты зачастую сталкиваются с отказом врачей в оформлении направлений, при их назначении врачами сторонних медицинских организаций.

Пациенты отмечают трудности в получении у врачей поликлиники направлений на консультации в сторонние медицинские организации, несмотря на декларированное их право на выбор медицинской организации для получения консультации, становясь поводом для обращения с жалобами в органы управления здравоохранением. При обсуждении вопроса «С чем связано желание проконсультироваться в сторонних медицинских организациях?», пациенты дали следующие формулировки: не доверяют врачам поликлиники; длительные сроки ожидания лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов в поликлинике, а зачастую и отсутствие записи к ним; получение дополнительного мнения по поводу заболевания и его лечения; для получения консультации и прохождения лечения «по знакомству».

Пациенты отметили сложный порядок подготовки к госпитализации, связанный с необходимостью выполнения лабораторно-инструментальных исследований и неоднократным посещением врачей. Существующие длительные сроки ожидания приема врачей и лабораторно-инструментальных исследований приводят к удлинению сроков подготовки пациентов к госпитализации. В ряде случаев пациентам отказывают в госпитализации в связи с истечением сроков актуальности результатов догоспитальной подготовки и их несоответствия срокам, установленным в один месяц и служат причиной повторного прохождения пациентами догоспитальной диагностики и, как следствие, повторных посещений врачей поликлиник для оформления направлений на них и формированием длительных сроков ожидания медицинской помощи. Большинство пациентов отметили необходимость в упрощении процедуры подготовки к госпитализации.

Подавляющее большинство врачей отметило растущий объем документооборота, сокращению которого не способствует, внедренная в первичное звено ЕМИАС, при этом, зачастую, врачам приходится дублировать в письменном виде информацию, вводимую в ЭМК пациента. По мнению врачей, внедрение ЭМК не сократило времени на введение информации, по сравнению с заполнением ранее использовавшихся амбулаторных карт.

Причинами нарастающего объема работ, не связанных с лечебной-диагностическим процессом, врачи отметили: часто меняющееся нормативно-правовое поле, определяющее объем и содержание работы врачей первичного звена, а также его несовершенство, в части определения трудовых функций; дефицит среднего медицинского персонала, в результате чего, врачи вынуждены выполнять работы, не связанные с оказанием медицинской помощи.

Врачи-специалисты отметили, что несмотря на переход к оказанию медицинской помощи в городской поликлинике на принципах общей врачебной практики, при котором ВОП должны взять на себя часть трудовых функций врачей-специалистов, в структуре их приема доля пациентов, направляемых на консультацию ВОП, не сокращается, при этом врачи-специалисты не отмечают различий в части назначения их консультаций между врачами-терапевтами участковыми и ВОП. В целом, специалисты отмечают растущее число необоснованных направлений к ним на консультации от врачей-терапевтов участковых и ВОП.

Респонденты, как врачи-специалисты, так и участковые врачи разошлись в оценках определения понятий обоснованная или необоснованная консультация. Нормативные правовые документы не определяют показания к назначению консультации врачей-специалистов, что приводит к формированию у врачей своих представлений об обоснованности назначения их консультаций. В оценках врачей-специалистов обоснованная консультация определена как консультация пациента с необходимыми предварительно назначенными врачами-терапевтами участковыми / ВОП лабораторно-инструментальными исследованиями и назначенным предварительно лечением, при отсутствии эффекта от которого назначается их консультация. Однако, преимущественно, пациенты направляются врачами-терапевтами участковыми / ВОП не дообследованные, а зачастую и без результатов лабораторно-инструментальных исследований, что приводит к необходимости назначения врачами-специалистами недостающих исследований, с повторной явкой на прием, что удлиняет сроки ожидания медицинской помощи и может негативно сказаться на состоянии здоровья пациентов. Врачи-специалисты связывают это с недостаточным уровнем знаний врачей-терапевтов участковых и ВОП, растущим

числом врачей-терапевтов участковых, принятых на работу после аккредитации и не обладающих профессиональным опытом, а также отсутствием нормативно-правового поля в части определения регламента направления на консультации к врачам-специалистам. Респонденты выразили необходимость в повышении уровня знаний врачей-терапевтов участковых и ВОП по узким врачебным специальностям, что, по их мнению, может сократить число назначаемых консультаций врачей-специалистов, сроки ожидания пациентами медицинской помощи, число осложнений у пациентов и запущенных случаев.

В оценках врачей-терапевтов участковых и ВОП обоснованность назначения консультаций врачей-специалистов определено как отклонения в результатах лабораторно-инструментальных исследованиях и основанное на этом подозрение на профильное заболевание, при этом существенный вклад в решение о направлении пациентов на консультацию вносит отягощенность анамнеза пациента по соответствующему заболеванию. Наряду с этим, врачи-терапевты участковые / ВОП объяснили направления к врачам-специалистам своей загруженностью текущей работой и отсутствием знаний по ведению соответствующих пациентов, при этом доминировали формулировки «почему я должен заниматься этим, если есть соответствующий врач-специалист», «у нас итак хватает пациентов».

Обсуждение с врачами общей практики (семейными врачами) данного аспекта их деятельности, с учетом того, что они проходили ранее соответствующую переподготовку и должны были взять на себя часть трудовых функций врачей-специалистов, позволило выявить, что в условиях поточной работы и отсутствии регулярности обучающих программ, профессиональной переподготовки по общей врачебной практике недостаточно и выживаемость знаний минимальна. Наряду с этим ВОП указали на отсутствие мотивации к повышению уровня своих знаний и расширению функций в части ведения пациентов по узкопрофильным специальностям. Как врачи-специалисты, так и врачи-терапевты участковые / ВОП отметили необходимость в нормативном определении перечня показаний для назначения консультаций врачей-специалистов.

С врачами-терапевтами участковыми и ВОП отдельно обсуждены профили заболеваний, при которых назначаются консультации врачей-специалистов поликлиники. Наибольшее число затруднений возникает по лечебно-диагностическому процессу пациентов с урологическими заболеваниями, особенно в части ведения пациентов с подозрением на онкоурологические заболевания. Далее следуют заболевания по таким профилям как: хирургия, офтальмология, оториноларингология, неврология, эндокринология, кардиология и другие.

Врачи-терапевты участковые и ВОП отметили спорадичность существующих курсов по повышению уровня их знаний, в том числе дистанционных, а также невозможность их прохождения в течение рабочего времени. Респонденты выразили потребность в их регулярности и прохождении в условиях городской поликлиники с выделением для этого отдельного времени.

Обсуждение с пациентами функций врачей-терапевтов участковых и ВОП также не выявило различий в их деятельности: пациенты осознают, что врач общей практики (семейный врач) должен обладать более широкими знаниями, однако на практике различий между данными специальностями не отмечают. При этом пациенты в негативных оценках отмечают, что как врачи-терапевты участковые, так и ВОП, зачастую, отказывают в направлении к врачам-специалистам, назначая лабораторно-инструментальные исследования и лечение самостоятельно. По мнению пациентов, лечением профильных заболеваний должны заниматься врачи соответствующих специальностей.

Отдельно с врачами были обсуждены аспекты деятельности среднего медицинского персонала в городской поликлинике, при котором респонденты отметили их существенное сокращение. Подавляющее большинство врачей, за исключением врачей-специалистов, деятельность которых сопряжена с манипуляциями, работают на приеме без среднего медперсонала, что накладывает на врачей дополнительный объем работ, не связанных с оказанием медицинской помощи. Респонденты выразили необходимость в активной интеграции среднего медицинского персонала в лечебно-диагностический процесс, в котором он в настоящее время практически не участвует, что высвободит время врачей для работы с пациентами.

Так, врачи отметили, что средний медицинский персонал мог бы выполнять роль предварительного фильтра, выполняя предварительный обзвон записанных пациентов, на предмет явки, определения причин посещения, с формированием информации по каждому пациенту. При этом врачи отметили, что часть посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, мог бы выполнять средний медицинский персонал.

Результаты проведенных групповых интервью с врачами и пациентами городской поликлиники позволили детализировать структуру посещений врачей и причин формирующих избыточную посещаемость пациентами поликлиники, в том числе, по причинам, не связанным с оказанием медицинской помощи.

Полученные данные позволили определить основные направления совершенствования организации ПМСП, в том числе по повышению её доступности и сокращению сроков ожидания, среди которых ведущими являются: повышение уровня знаний врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей); активная интеграция среднего медицинского персонала в процесс оказания ПМСП, в том числе, за счет расширения выполняемых им трудовых функций; развитие дистанционных форм взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками, адаптация нормативно-правового обеспечения текущим условиям оказания ПМСП.

Вышеуказанное определяет необходимость анализа нормативно-правового обеспечения деятельности врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов и среднего медицинского персонала; изучения практических аспектов деятельности врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики в части определения, при оказании ими медицинской помощи, потребности в консультациях врачей-специалистов; определение перспектив и потенциала использования дистанционных форм взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками.

ГЛАВА 6. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

6.1. Квалификационные характеристики и трудовые функции врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей)

Согласно Трудовому кодексу Российской Федерации, квалификация работника – это уровень знаний, умений, навыков и опыта, необходимых для осуществления профессиональной деятельности. Квалификационная характеристика каждой должности, согласно нормативным документам, содержит три раздела: «Должностные обязанности», «Должен знать» и «Требования к квалификации».

В разделе «Должностные обязанности» установлен перечень основных функций, которые могут быть поручены работнику, занимающему данную должность, с учетом технологической однородности и взаимосвязанности работ, полученного профессионального образования. В разделе «Должен знать» содержатся основные требования, предъявляемые к работнику в отношении специальных знаний, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен уметь применять при выполнении должностных обязанностей. В разделе «Требования к квалификации» определены уровни требуемого профессионального образования работника, необходимого для выполнения возложенных на него должностных обязанностей, а также требуемый стаж работы[1].

При сравнительном анализе и сопоставлении квалификационных характеристик врача общей практики (семейного врача) и врача-терапевта участкового, выявлены следующие особенности.

При рассмотрении раздела «Должностные обязанности» отличия выявлены только по функциям выполнения лечебно-диагностических работ. В случае врача-

[1] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

терапевта участкового, лечебно-профилактическая работа ограничена «выполнением перечня работ и услуг для диагностики и лечения заболеваний, оценки состояния больного и клинической ситуации, в соответствии со стандартом медицинской помощи», а также «оказанием симптоматической помощи онкологическим больным IV клинической группы при взаимодействии с врачом-онкологом». В случае врача общей практики (семейного врача), указано, что помощь может оказываться амбулаторно, на дому, а также в дневном стационаре, ПМСП может быть оказана вне зависимости от возраста, пола пациента и характера заболевания, в том числе беременным и новорожденным; изложена обязанность выполнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, и направления больных на консультации к специалистам для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям.

В части определения функций по профилактическим работам, в том числе диспансеризации, клинико-экспертной и аналитической работе различий не выявлено.

У врача общей практики (семейного врача) в должностных обязанностях определено взаимодействие с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями, руководство работой среднего и младшего медицинского персонала и повышение профессиональной квалификации. У врачей-терапевтов участковых данные обязанности не представлены.

В разделе «Должен знать» в части знаний нормативных правовых актов знания врачей-терапевтов участковых ограничиваются Конституцией Российской Федерации; законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации в сфере здравоохранения; основами законодательства об охране здоровья граждан. В случае врача общей практики (семейного врача), помимо данного перечня, дополнительно включены нормативные правовые акты, регулирующие вопросы оборота сильнодействующих, психотропных и наркотических средств; теоретические основы по избранной специальности; территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

(виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов всех уровней); основы трудового законодательства; правила по охране труда и пожарной безопасности.

При рассмотрении знаний организационных аспектов деятельности медицинских организаций и служб здравоохранения, врачи общей практики (семейные врачи) должны знать санитарные правила и нормы функционирования медицинских организаций и правила по охране труда и пожарной безопасности. В случае врачей-терапевтов участковых, помимо общих вопросов организации терапевтической помощи, в перечень включены знания работы лечебно-профилактических учреждений, организация работы скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению; организация работы поликлиники, преемственность в ее работе с другими медицинскими организациями; организация дневного стационара и стационара на дому; принципы организации медицинской службы гражданской обороны; противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; формы и методы санитарно-просветительной работы.

При сравнении необходимых клинических знаний по данным специальностям, определяется их логическое несоответствие, связанное с тем, что у врача общей практики (семейного врача) представлено «профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов, принципы и методы профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний; реабилитация пациентов; основы диетического питания и диетотерапии; порядок направления больных на санаторно-курортное лечение». В случае врачей-терапевтов участковых представлен перечень знаний в области нормальной и патологической анатомии и физиологии; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного баланса, возможные типы их нарушений и принципы лечения; система кроветворения и гемостаза, физиология и патофизиология свертывающей системы крови, показатели гомеостаза в норме и при патологии; основы иммунологии и ре-

активности организма; клиническая симптоматика и патогенез основных терапевтических заболеваний у взрослых и детей, их профилактика, диагностика и лечение, клиническая симптоматика пограничных состояний в терапевтической клинике; основы фармакотерапии в клинике внутренних болезней, фармакодинамика и фармакокинетика основных групп лекарственных средств, осложнения, вызванные применением лекарств, методы их коррекции.

При рассмотрении требований к квалификации, различий не выявлено. Для обеих специальностей необходимо высшее профессиональное образование по одной из специальностей «Лечебное дело» / «Педиатрия» и послевузовское профессиональное образование (ординатура) по соответствующей специальности или профессиональная переподготовка.

При рассмотрении ФГОС выявлены различия по седьмому разделу «Требования к условиям реализации программы ординатуры» по пункту 7.3.1. «Минимально необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий». Отличие состоит в том, что в ФГОС про специальности «Общая врачебная практика» представлен более широкий перечень, связанный со спецификой данной специальности в части освоения работ по хирургии, акушерству и гинекологии, оториноларингологии, офтальмологии и т.д. По остальным разделам ФГОС отличий не выявлено, в том числе и по пятому разделу «Характеристика профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры», где в пункте 4.4. определены профессиональные задачи, которые должны решать выпускники, освоившие программу ординатуры.

Основу трудового договора и должностных инструкций, согласно рекомендациям Минтруда, определяет профессиональный стандарт.

Согласно статье 195.1 Трудового кодекса Российской Федерации, квалификация работника – это уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника, а профессиональный стандарт – это характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой

функции[1]. В ситуациях, когда требования профессионального стандарта необязательны, они «носят рекомендательный характер». Это значит, что, составляя должностные инструкции, можно использовать профессиональные стандарты как основу для определения требований к квалификации с учетом особенностей организации и реальных обязанностей[2].

При описании профессиональных стандартов используются три основных понятия:

1) обобщенная трудовая функция – совокупность связанных между собой трудовых функций, сложившаяся в результате разделения труда в конкретном производственном или бизнес-процессе;

2) трудовая функция – система трудовых действий в рамках обобщенной трудовой функции;

3) трудовое действие – процесс взаимодействия работника с предметом труда, при котором решается определенная задача[3].

Стоит отметить, что если профессиональный стандарт врача-терапевта участкового утвержден Приказом Министерства труда и социального развития[4], то по врачу общей практики (семейному врачу) проект профессионального стандарта, подготовленный Минтрудом России 27.11.2018, до сих пор не утвержден. В связи с этим выполнен сравнительный анализ утвержденного профессионального стандарта врача-терапевта участкового и проект профессионального стандарта врача общей практики (семейного врача).

---

[1] Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 22.11.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.11.2021).

[2] Письмо Министерства труда Российской Федерации от 04.04.2016 № 14-0/10/В-2253 «Ответы на типовые вопросы по применению профессиональных стандартов (вместе с "Информацией Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации по вопросам применения профессиональных стандартов")».

[3] Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации 12.04.2013 № 147н «Об утверждении макета профессионального стандарта» (с изменениями от 29.09.2014 № 665н); Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 12.04.2013 № 148н «Об утверждении уровней квалификаций в целях подготовки профессиональных стандартов»; Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 29.04.2013 № 170н «Об утверждении методических рекомендаций по разработке профессионального стандарта».

[4] Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 21.03.2017 N 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)».

У врача-терапевта участкового определена одна обобщенная трудовая функция – оказание ПМСП взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника. У врача общей практики (семейного врача) определены две функции: оказание медицинской помощи взрослому населению и оказание медицинской помощи семьям.

Сравнительный анализ обобщенной трудовой функции по оказанию медицинской помощи взрослому населению, показал, что у врача общей практики (семейного врача) дополнительно определены две трудовые функций, которые не встречаются у врачей-терапевтов участковых: оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» в дневном стационаре и стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). По остальным трудовым функциям существенных различий не выявлено, за исключением того, что врач общей практики (семейный врач) может оказывать медицинскую помощь в экстренной форме, а врач-терапевт участковый как в экстренной, так и в неотложной форме, а также то, что врач общей практики (семейный врач) должен уметь проводить анализ медико-статистической информации (Таблица 6.1).

Таблица 6.1 – Трудовые функции врача общей практики (семейного врача) и врача-терапевта участкового по оказанию медицинской помощи взрослому населению

№	Врач общей практики (семейный врач)	Врач-терапевт участковый
1	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
2	Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза	Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза
3	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
4	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность
5	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
6	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
7	Оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях	
8	Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия" в дневном стационаре и стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)	

Сравнительный анализ по трудовым функциям «Проведение обследования пациента, с целью установления диагноза» и «Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности», выявил различия, которые заключаются в том, что в случае врача общей практики (семейный врач), разделы трудовые действия, необходимые умения и знания представлены более широким перечнем, чем у врача-терапевта участкового. Врач общей практики (семейный врач) должен обладать навыками, знаниями и заниматься лечебно-диагностическим процессом по следующим профилям: терапия, хирургия, оториноларингология, офтальмология, урология, аллергология, гастроэнтерология, кардиология, ревматология, травматология-ортопедия, акушерство и гинекология, неврология, дерматовенерология, стоматология, инфекционные болезни, фтизиатрия, психиатрия, профессиональные болезни. В случае врача-терапевта участкового данные разделы представлены формулировкой «диагностика, дифференциальная диагностика и лечение заболеваний внутренних органов», без конкретизации. Стоит отметить, что врач общей практики (семейный врач) должен уметь выполнять раннюю диагностику злокачественных новообразований, а в случае врача-терапевта участкового представлена формулировка «осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов». Как в случае врача-терапевта участкового, так и врача общей практики (семейного врача) лечебно-диагностический процесс осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями и с учетом стандартов медицинской помощи.

Основным отличием врача общей практики (семейного врача) по сравнению с врачом-терапевтом участковым является то, что врач общей практики (семейный врач) – это специалист, широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях и обоснованием внедрения общей врачебной практики в работу медицинских организаций, оказывающих ПМСП в Москве, было снижение сокращение числа пациентов направляемых на консультации к врачам-специалистов, за счет того, что врачей общей практики (семейный врач) будет обладать большими знаниями по сравнению с врачом-

терапевтом участковым и возьмет на себя часть функций врачей-специалистов, что, в итоге, отразиться на повышении доступности для пациентов ПСМСП.

Профессиональный стандарт врача-терапевта участкового не определяет перечень заболеваний или показаний при которых назначаются пациентам консультации врачей-специалистов, ограничиваясь формулировкой «направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи».

Порядок оказания медицинской помощи, определяет назначение консультаций врачей-специалистов формулировкой «при затруднении в диагностике и выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и при наличии медицинских показаний для лечения пациента врачом-специалистом по профилю его заболевания, врач-терапевт участковый, ВОП направляет пациента на консультацию к врачу-специалисту в соответствии с профилем его заболевания и в последующем осуществляет наблюдение за клиническим состоянием пациента, его лечение в соответствии с рекомендациями врача-специалиста по профилю заболевания»[1]. При этом перечень заболеваний и показаний для назначения консультации врача-специалиста не представлен в клинических рекомендациях и в стандартах оказания медицинской помощи.

В случае врача общей практики (семейного врача), согласно профессиональному стандарту, к врачам-специалистам пациенты направляются только для проведения специальных методов исследования, однако в разделе «необходимые умения» встречается фраза «своевременно направлять пациентов по показаниям на консультацию и госпитализацию для уточнения диагноза; контролировать выполнение назначений врачей-консультантов». Так же, как и в случае врачей-терапевтов участковых не представлен перечень заболеваний и показаний для назначения консультаций врачей-специалистов.

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия».

В 2018 году Департаментом здравоохранения Москвы, при участии главных внештатных специалистов, разработаны и опубликованы «Алгоритмы ведения пациентов»[1], в котором определены показания для назначения консультаций врачей-специалистов, с указанием перечня необходимых для этого лабораторно-инструментальных исследований. Однако, в данных алгоритмах не сделаны различия для врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей): показания к консультациям пациентов врачами-специалистами едины для обеих специальностей, при этом они рекомендованы к использованию в практике врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) во всех поликлиниках ДЗМ и в соответствии с ними проводится контроль качества оказания медицинской помощи, на предмет обоснованности назначения консультаций врачей-специалистов.

6.2. Сравнительный анализ трудовых функций врачей и среднего медицинского персонала

Полученные ранее, в ходе интервью с врачами, мнения о возможном перераспределении некоторых их трудовых функций на средний медицинский персонал, определили необходимость сравнительного анализа профессиональных стандартов врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов и среднего медицинского персонала с поиском и выделением трудовых функций, которые бы мог выполнить средний медицинский персонал.

У врачей рассмотренных основных специальностей и среднего медицинского персонала выявлены две схожие трудовые функции: касающиеся профилактической работы и ведения медицинской документации. В случае врачей, данные трудовые функции представлены одинаковыми формулировками, которые отличаются от среднего медицинского персонала (Таблица 6.2)

Детализация схожих трудовых функций по разделам «трудовые действия», выявила их идентичность по таким направлениям как: выполнение работ по дис-

[1] Алгоритмы ведения пациентов / Департамент здравоохранения Москвы. Москва, 2018. С. 360.

пансерному наблюдению за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями, проведение работ по пропаганде здорового образа жизни, проведение индивидуального и группового консультирования населения по вопросам профилактики заболеваний, выполнение работ по формированию и реализации программ здорового образа жизни. В части ведения медицинской документации идентичность трудовых действий выявлена по таким направлениям как: ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа и использование медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Рассмотрение разделов профессиональных стандартов «необходимые умения» и «необходимые знания» для выполнения трудовых действий, представленных выше, также не выявило различий.

Таблица 6.2 – Трудовые функции врачей и среднего медицинского персонала

Врачи	Средний медицинский персонал
Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению	Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни
Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

Трудовая функция медицинской сестры / медицинского брата «Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях» содержит такие трудовые действия, как «проведение динамического наблюдения за показателями состояния здоровья пациента с последующим информированием лечащего врача», «контроль выполнения пациентами приема лекарственных препаратов, применения медицинских изделий, двигательного режима и лечебного питания по назначению лечащего врача». Данное трудовое действие сопоставимо с трудовым действием врача «Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями», которое представлено в трудовой функции «Назначение лечения пациентам с заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности».

6.3. Потребность в консультациях врачей-специалистов у врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей)

В 2019 году в городской поликлинике №115 ДЗМ 59 врачей общей практики (семейные врачи) и 53 врачей-терапевтов участковых приняли 249455 и 199417 пациентов, соответственно.

Врачами общей практики (семейными врачами) (далее ВОП) направлено на консультации к врачам-специалистам второго уровня 20428 пациентов, что составило 8,2% от общего числа пациентов, принятых ими. Врачами-терапевтами участковыми направлено 23216 пациентов, что составило 11,6% от числа их пациентов (p=0,018). В целом, врачами данных специальностей, к врачам-специалистам второго уровня направлено 43644 пациента, что составило 9,7% от числа посещений к ним пациентов.

Наиболее востребованными врачами-специалистами второго уровня, в консультации которых возникает потребность у ВОП, являются врач-невролог – 25,9%, врач-эндокринолог – 20,5% и врач-кардиолог – 19,7%, совокупная доля которых составила 66,1% (Рисунок 6.1).

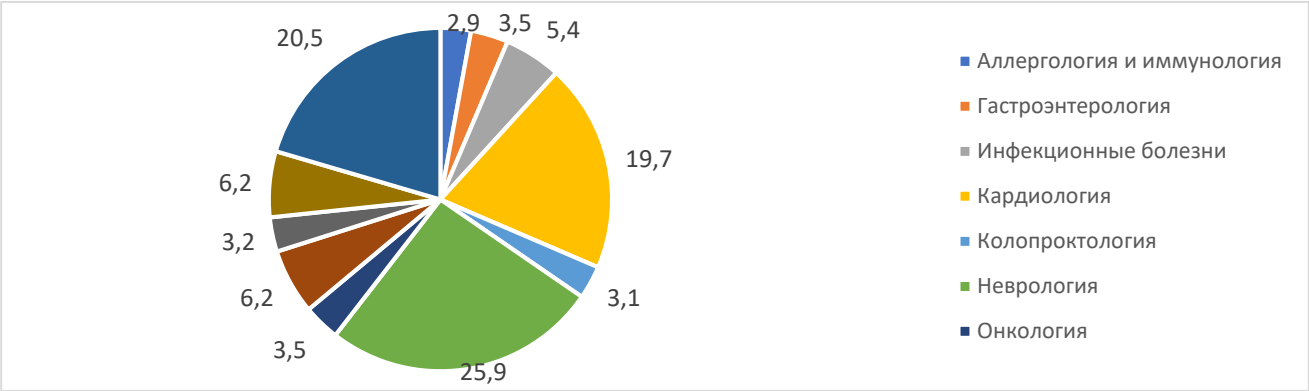


Рисунок 6.1 – Структура направленных ВОП к врачам-специалистам второго уровня (%), 2019 г.

Аналогичное распределение отмечается в структуре направленных на консультации к врачам-специалистам у врачей-терапевтов участковых: врач-невролог – 27,2%, врач-эндокринолог – 20,4%, врач-кардиолог – 17,2%, к которым было направлено 64,8% пациентов (Рисунок 6.2).

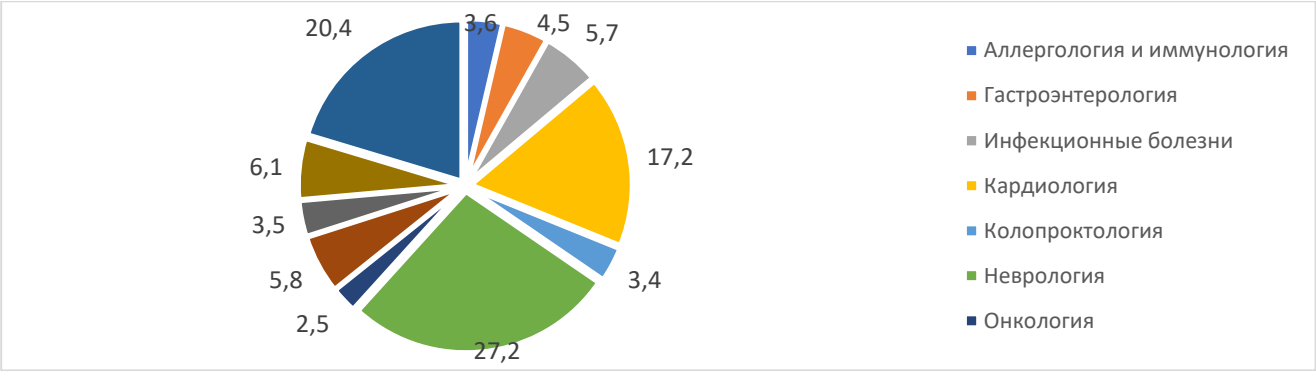


Рисунок 6.2 – Структура направленных врачами-терапевтами участковыми к врачам-специалистам второго уровня (%), 2019 г.

Доля направлений как врачами-терапевтами участковыми, так и ВОП к остальным врачам-специалистам сопоставима и варьирует от 2,5% – к врачу-онкологу до 6,2% – к врачу-пульмонологу и врачу травматологу-ортопеду (Таблица 6.1).

Таблица 6.1 – Структура пациентов, направленных врачами-терапевтами участковыми и ВОП на консультации к врачам-специалистам второго уровня (%)

Специальность	Врач общей практики (семейный врач)	Врач-терапевт участковый
Врач-невролог	25,9	27,2
Врач-эндокринолог	20,5	20,4
Врач-кардиолог	19,7	17,2
Врач-пульмонолог	6,2	5,8
Врач травматолог-ортопед	6,2	6,1
Врач-инфекционист	5,4	5,7
Врач-гастроэнтеролог	3,5	4,5
Врач аллерголог-иммунолог	2,9	3,6
Врач-колопроктолог	3,1	3,4
Врач-ревматолог	3,2	3,5
Врач-онколог	3,5	2,5
Всего, абс.	20428	23216

При определении доли направляемых на консультации к врачам-специалистам на приемах у ВОП и врачей-терапевтов участковых, стаж работы которых составляет более 10 лет, выявлено следующее. Из 51321 пациентов, принятых ВОП,

консультации врачей-специалистов были назначены 5850 пациентам, что составило 11,4%, а в случае врачей-терапевтов участковых из 50867 принятых пациентов консультации врачей-специалистов назначены 5646 пациентам, что составило 11,1% (p = 0,93).

Врачами-неврологами, врачами-эндокринологами и врачами-кардиологами зарегистрировано 2604 посещений пациентов, направленных к ним на консультации врачами-терапевтами участковыми и ВОП. Из данного числа, 77,8% консультаций были обоснованными и 22,2% необоснованными. Значимых отличий в структуре обоснованности направлений врачами общей практики (семейными врачами) врачами-терапевтами участковыми не выявлено (p > 0,05) (Таблица 6.2).

Таблица 6.2 – Доля посещений врачей-специалистов по обоснованности назначенных врачами-терапевтами участковыми и ВОП консультаций (%).

От врачей общей практики (семейных врачей)		Всего	От врачей-терапевтов участковых		Всего
Обоснованно	Необоснованно		Обоснованно	Необоснованно	
1023	284	1307	1004	293	1297
78,2%	21,8%	100%	77,4%	22,6%	100%

ГЛАВА 7. ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

7.1. Результаты анализа мнений пациентов к внедрению телемедицины

Среди опрошенных пациентов доля женщин составила 54,5%, мужчин – 45,5%. Возрастной состав анкетируемых пациентов представлен следующим образом: до 29 лет – 22,3%, 30–39 лет – 16,7%, 40–49 лет – 14,8%, 50–59 лет – 16,1%, 60–69 лет – 16,3%, старше 70 лет – 13,8%. Распределение пациентов по возрасту было примерно одинаковым, что сделало возможным получение информации по всем возрастным группам (Таблица 7.1). Большая доля анкетируемых возрастной группы до 29 лет, связана с высокой активностью представителей данной группы в социологическом опросе.

Таблица 7.1 – Возрастно-половой состав респондентов (N–1500)

Пол	Возрастная категория (в годах)						Всего
	До 29	30–39	40–49	50–59	60–69	70 и старше	
Мужской	149	103	85	97	138	111	683
Женский	185	148	137	144	107	96	817
Всего	334	251	222	241	245	207	1500

Средний возраст респондентов составил 47,4±18,2 лет, медиана – 47, интерквартильный размах составил 31–63 года. Минимальный возраст респондента – 17 лет, максимальный – 92 года. По уровню образования, наибольшую долю составили пациенты с высшим образованием – 49,1%, среднее образование имели – 38,9% анкетируемых, студенты – 9%, без образования – 2,1%, указали «иное» (незаконченное и т. д.) – 0,9% пациентов. Во всех возрастных группах, за исключением группы до 29 лет, подавляющее большинство респондентов имели также высшее и среднее образование, причем доля имеющих среднее образование увеличивается с возрастом от 24,3% в группе до 29 лет до 53,6% в группе старше 70 лет. В группе до 29 лет, максимальной была доля студентов – 35,6% (Рисунок 7.1).

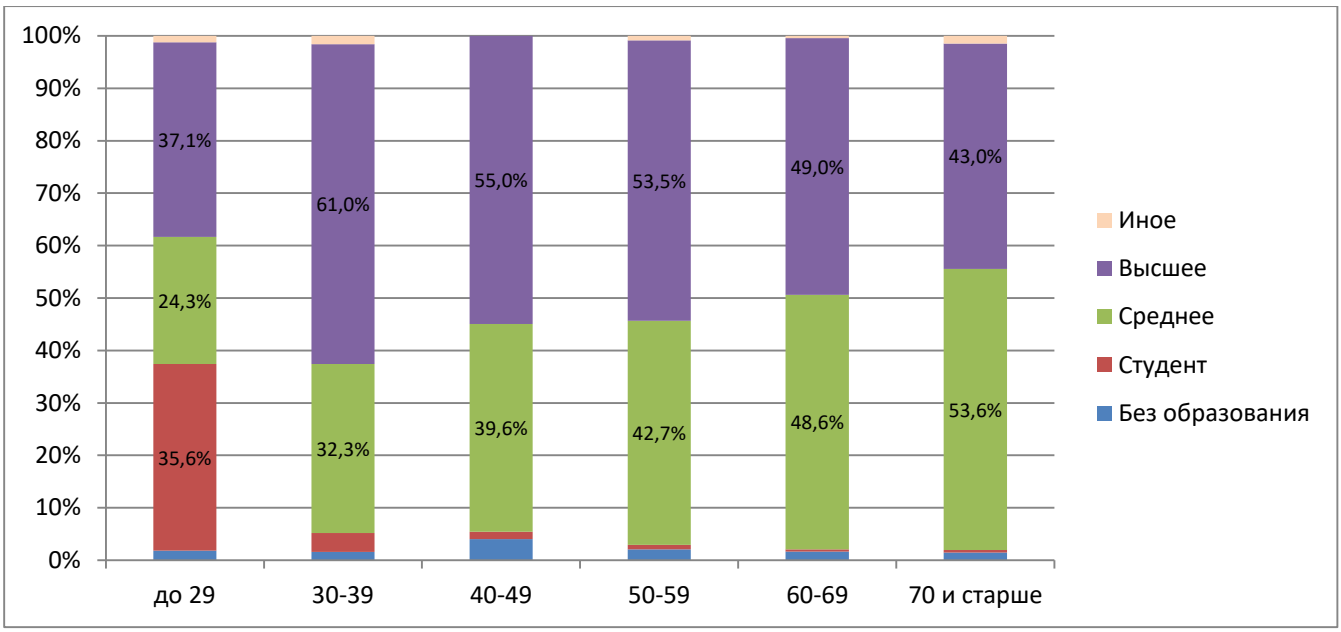


Рисунок 7.13 – Распределение респондентов по уровню образования и возрастным группам (%)

По кратности обращения в течение года к врачам поликлиники преобладали пациенты, обращавшиеся 1-2 раза – 48,4%, далее следуют респонденты, обращавшиеся 3-4 раза – 24,9%, 5-6 раз – 17,9% и более 7 раз – 8,7%. Отмечено нарастание доли пациентов, обращающихся чаще в старших возрастных группах (Рисунок 7.2).

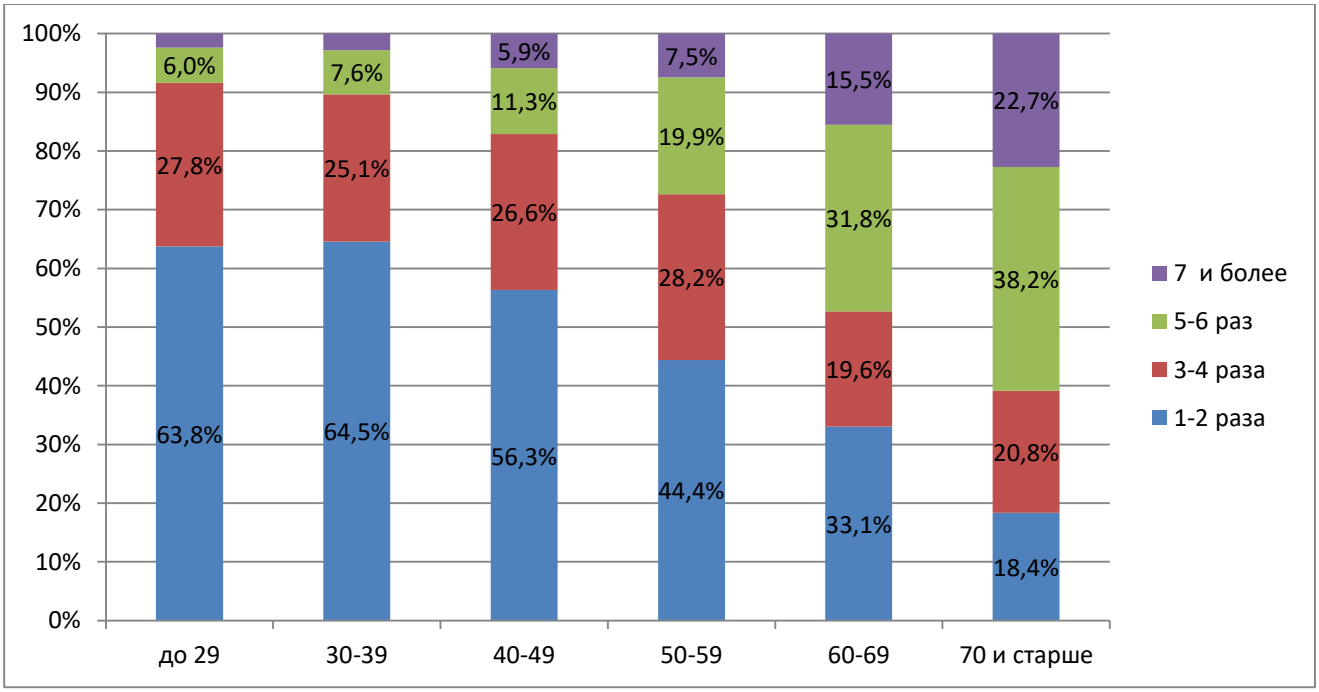


Рисунок 7.2 – Кратность посещений в зависимости от возраста (%)

Пациенты с высшим и средним образованием, доминируют во всех группах по кратности обращений, составляя максимум в группе обращающихся 1-2 раза в течение года, 55,7 и 31,8% соответственно (Таблица 7.2).

Таблица 7.2 – Кратность обращений в зависимости от уровня образования

Обращения	Уровень образования					Всего
	Без образования	Незаконченное высшее	Среднее	Высшее	Иное	
1-2 раза	13	70	231	405	7	726
3-4 раза	3	49	140	179	3	374
5-6 раз	10	12	168	78	1	269
7 раз и более	5	4	44	75	3	131
Всего	31	135	583	737	14	1500

Готовность при возникновении первичных симптомов заболевания, получить консультацию врача дистанционно выразили 60,3% опрошенных, негативно к этому относится – 30,9% и затруднились ответить – 8,8% пациентов. Доля положительных оценок нарастает, при выяснении готовности пациентов получать дистанционные консультации повторно, в ходе лечения составив – 66,5%, отрицательно относятся к этому – 23,8% и затруднились ответить – 6,7%. При проведении корреляционного анализа по Спирмену, выявлена положительная сильная корреляция между ответами на данные вопросы (R-0,79) (Рисунок 7.3).

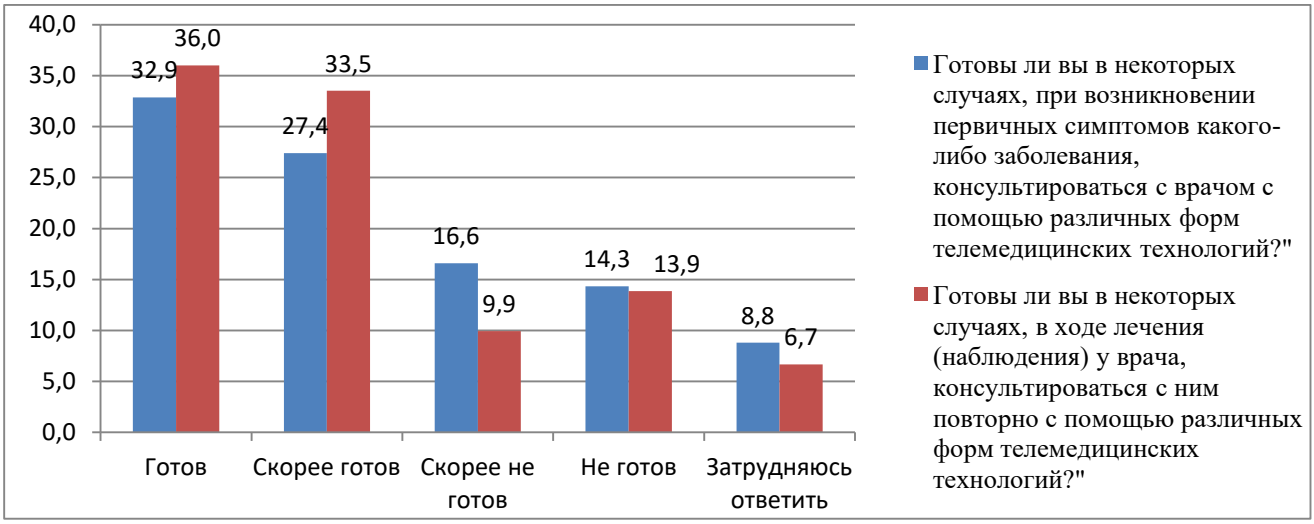


Рисунок 7.3 – Мнения респондентов о готовности консультироваться дистанционно (%)

Возможность получать направления на анализы, обследования и их результаты с помощью дистанционных средств связи положительно оценили 73,9% опрошенных, не готовы – 22,4% и затруднились ответить – 3,8% респондентов. Схожие пропорции в ответах выявлены при ответе на вопрос о готовности получать рецепты на лекарственные препараты и различные справки в форме электронного документа: готовы – 70,2%, не готовы – 25,8% и затруднились ответить – 4%.

Большинство респондентов считают, что использование различных форм телемедицинских технологий в практике позволит повысить доступность медицинской помощи – 66,1%, скептически к этому отнеслись – 21,7% и затруднились ответить – 12,1% респондентов (Рисунок 7.4).

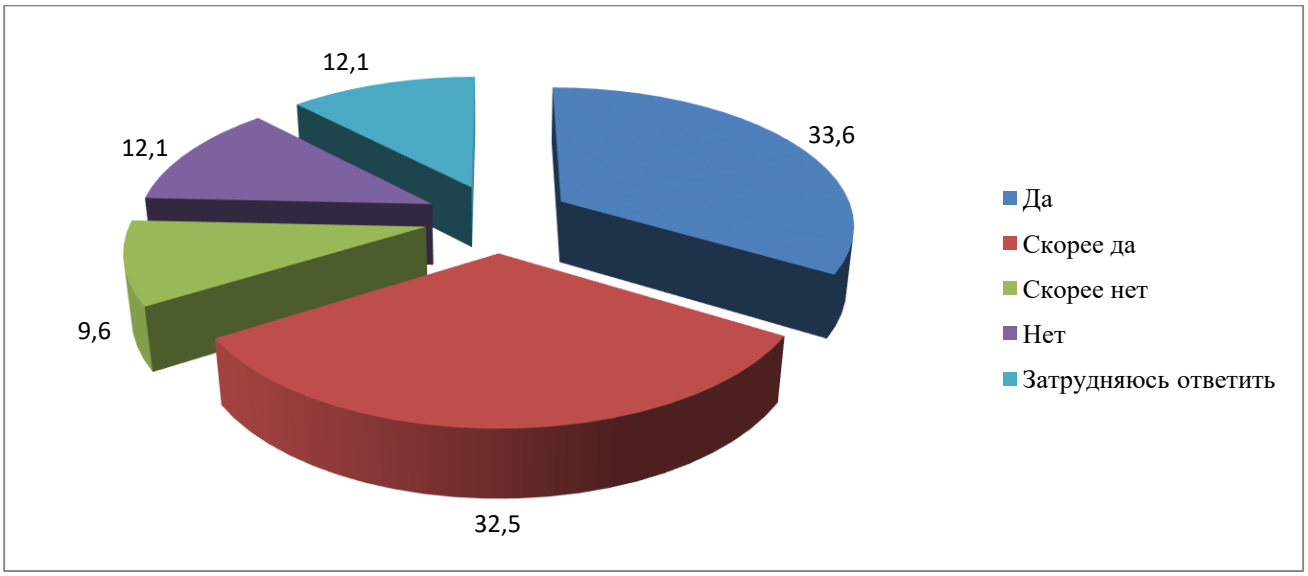


Рисунок 7.4 – Мнения респондентов о влиянии телемедицины на доступность медицинской помощи (%)

Менее оптимистичными оказались оценки респондентов при изучении мнений пациентов о влиянии телемедицины на качество медицинской помощи, при сохраняющемся подавляющем большинстве положительных ответов. Так, 52,4% считают, что качество медицинской помощи повысится, 29,5% респондентов отметили, что это не повлияет, и 18,1% затруднились ответить (Рисунок 7.5).

При проведении корреляционного анализа по Спирмену выявлена положительная сильная корреляция между ответами на данные вопросы (R = 0,73).

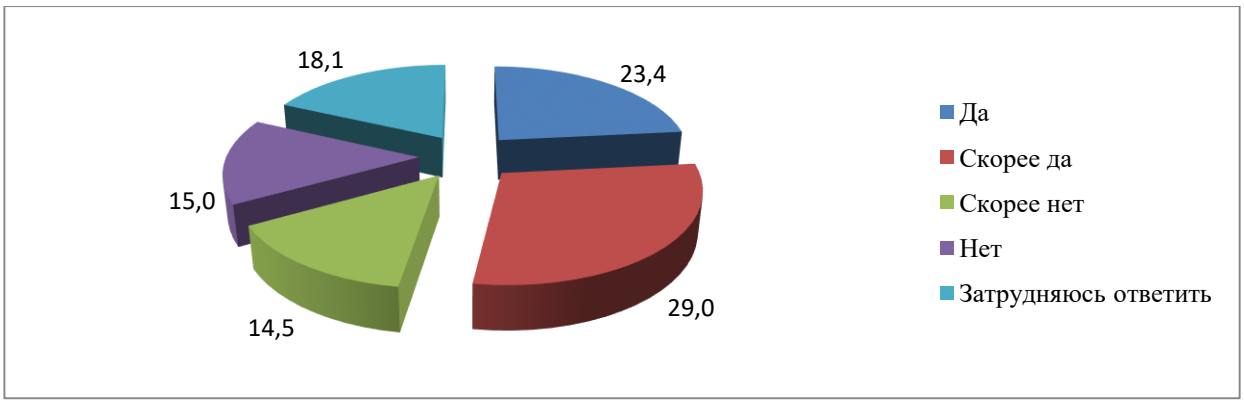


Рисунок 7.5 – Мнения респондентов о влиянии телемедицины на качество медицинской помощи (%)

Отмечается преобладающая доля положительных оценок во всех возрастных группах при ответе на вопрос о готовности дистанционно консультироваться с врачом при появлении первичных симптомов. Однако эта доля снижается с возрастом (Рисунок 7.6).

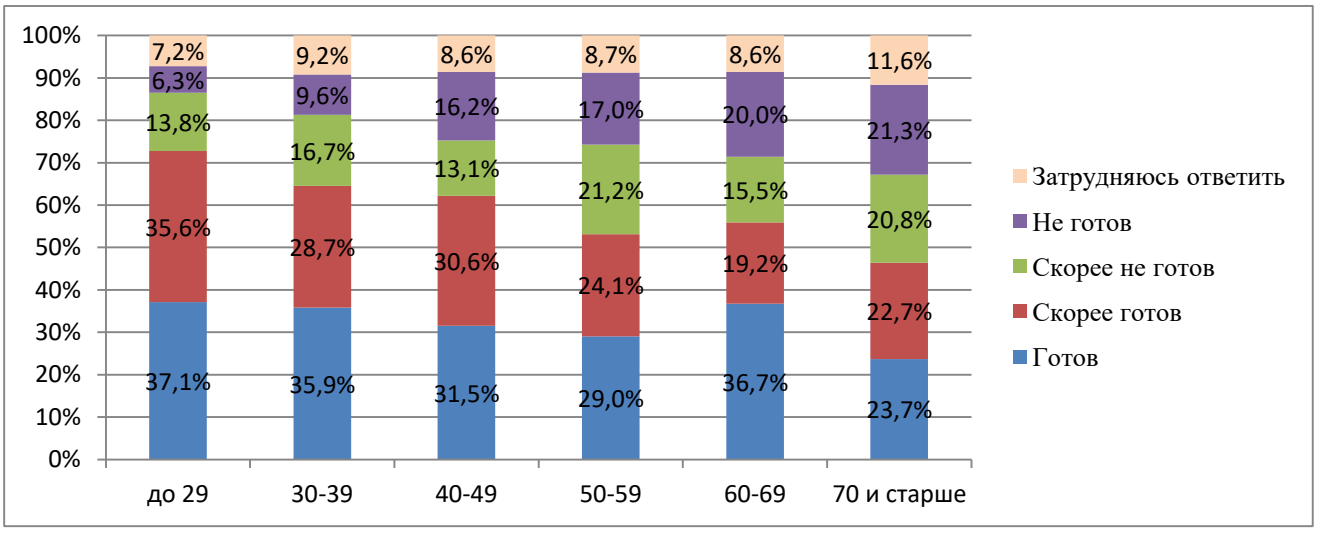


Рисунок 7.6 – Мнения пациентов о готовности консультироваться с врачом дистанционно при появлении первичных симптомов в зависимости от возраста (%)

Аналогичные тенденции прослеживаются при ответах на вопрос о готовности консультироваться у врача повторно в ходе лечения.

При этом доли положительных оценок во всех возрастных группах более высокие, чем при ответах о первичной дистанционной консультации (Рисунок 7.7).

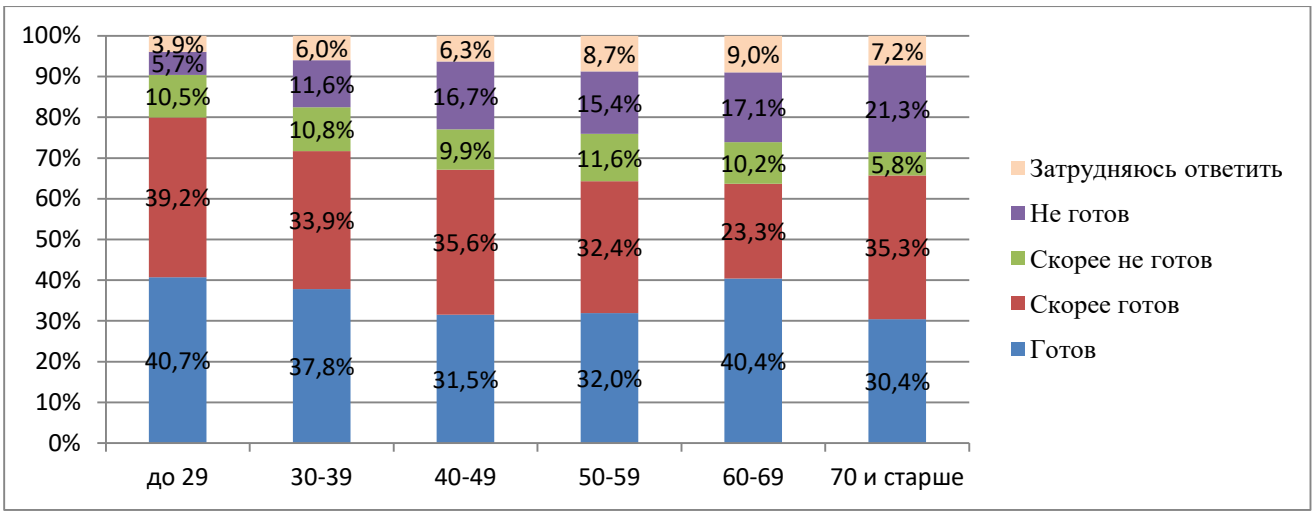


Рисунок 7.7 – Мнения пациентов по возрастным группам о готовности повторно консультироваться с врачом дистанционно в ходе лечения (%)

Более выраженное позитивное отношение респондентов выявлено при изучении мнений пациентов относительно возможности дистанционно получать в виде электронного документа, направления на анализы, обследования и их результаты, а также рецепты и справки (Рисунки 7.8, 7.9).

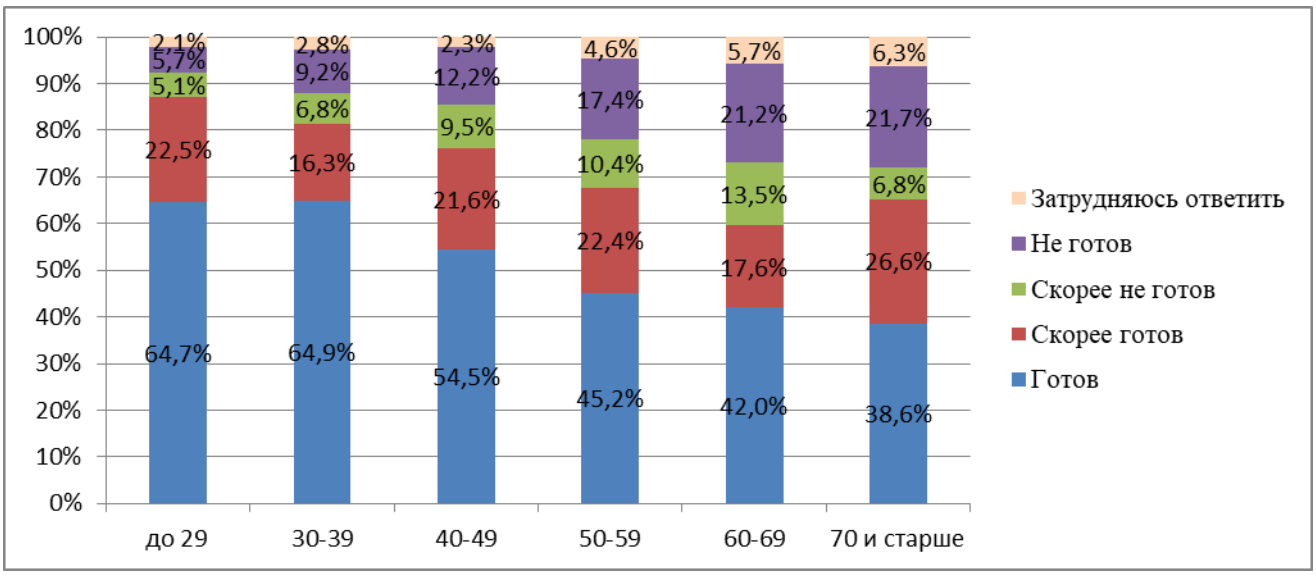


Рисунок 7.8 – Мнения пациентов по возрастным группам о готовности получать направления на анализы, обследования и их результаты с помощью электронных средств связи (%)

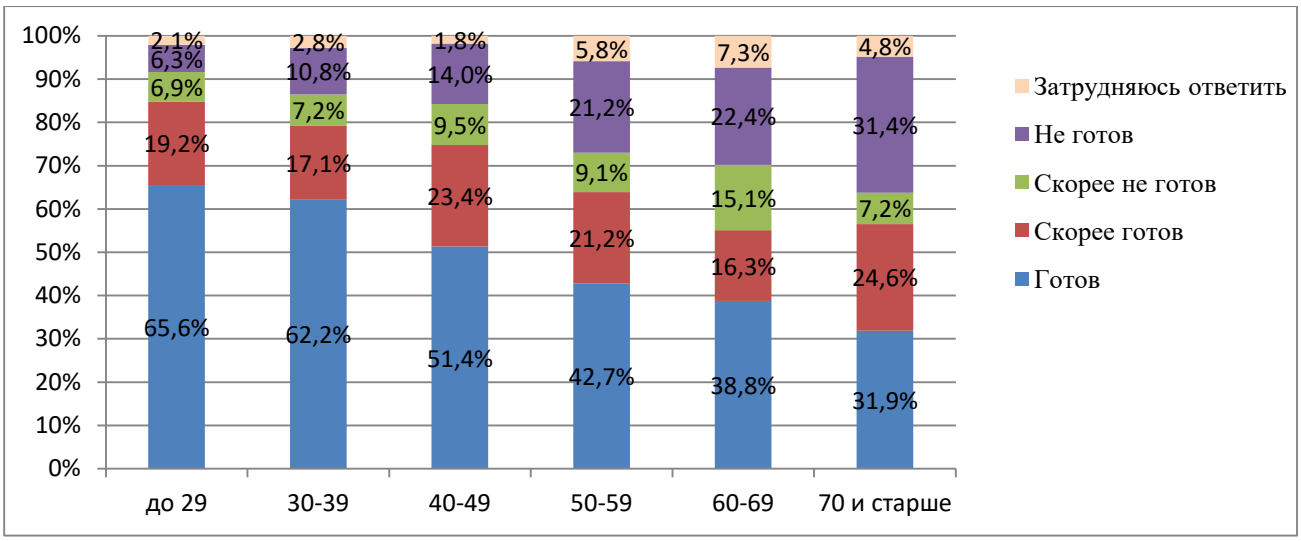


Рисунок 7.9 – Мнения пациентов по возрастным группам о готовности получать рецепты и справки в форме электронного документа по интернету (%)

Отмечается снижение, с увеличением возраста, доли положительных оценок влияния использования телемедицинских технологий на доступность медицинской помощи с 79% (ответы «Да» и «Скорее да») до 54,6% (Рисунок 7.10).

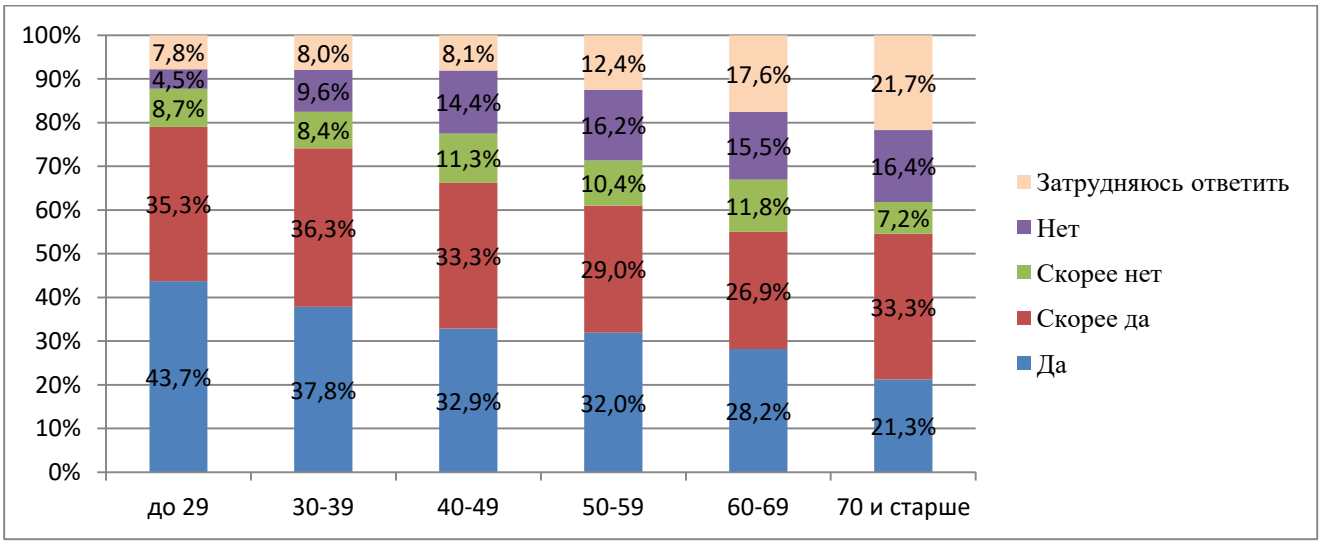


Рисунок 7.10 – Мнения респондентов по возрастным группам о влиянии телемедицины на доступность медицинской помощи (%)

Аналогичные тенденции прослеживаются при изучении мнения респондентов о влиянии телемедицинских технологий на качество медицинской помощи, где доля негативных оценок повышается с возрастом от 20,1% (до 29 лет) до 32,9% (70 лет и старше) (Рисунок 7.11).

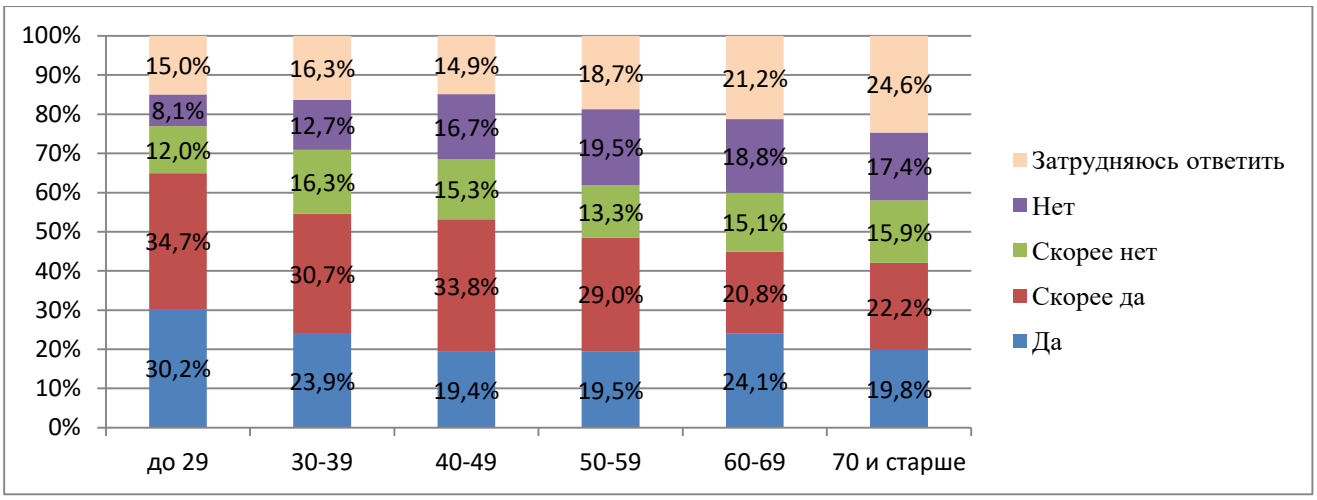


Рисунок 7.11 – Мнения респондентов по возрастным группам о влиянии телемедицины на качество медицинской помощи (%)

С нарастанием кратности обращений к врачам в течение года, доля положительных оценок по вопросам внедрения телемедицинских технологий снижается. Так, возможность дистанционно консультироваться при появлении первичных симптомов, снижается с 70,1% в категории обращающихся 1-2 раза в течение года, до 43,5% в категории обращающихся более 7 раз за год (Рисунок 7.12).

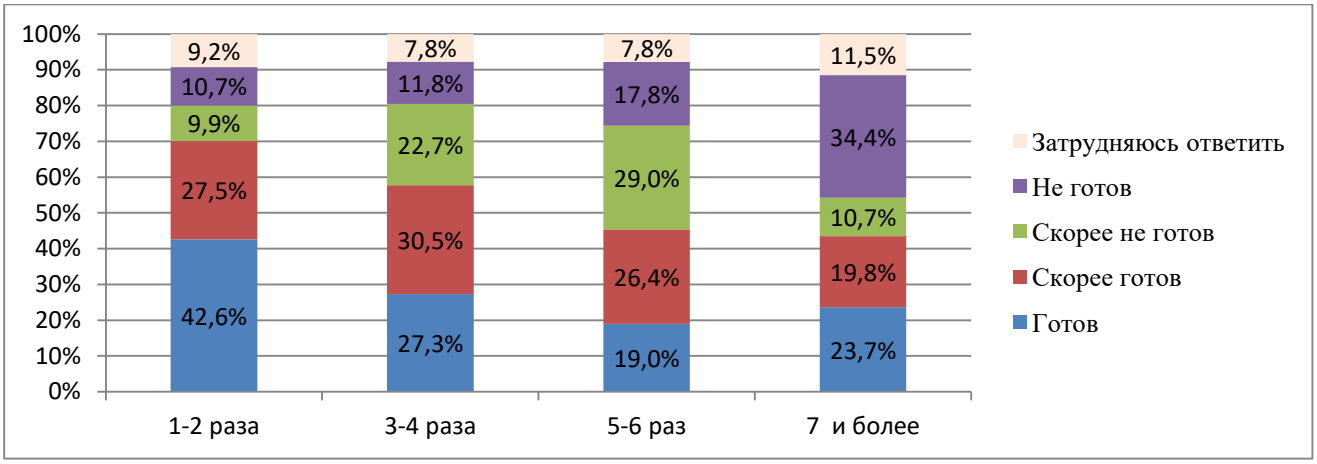


Рисунок 7.12 – Мнения респондентов о готовности консультироваться при появлении первичных симптомов в зависимости от частоты обращений (%)

В части возможности консультироваться повторно в ходе лечения (наблюдения), респонденты высказались более оптимистично. Доля положительных ответов колеблется на уровне 50,4 – 76,4% (Рисунок 7.13).

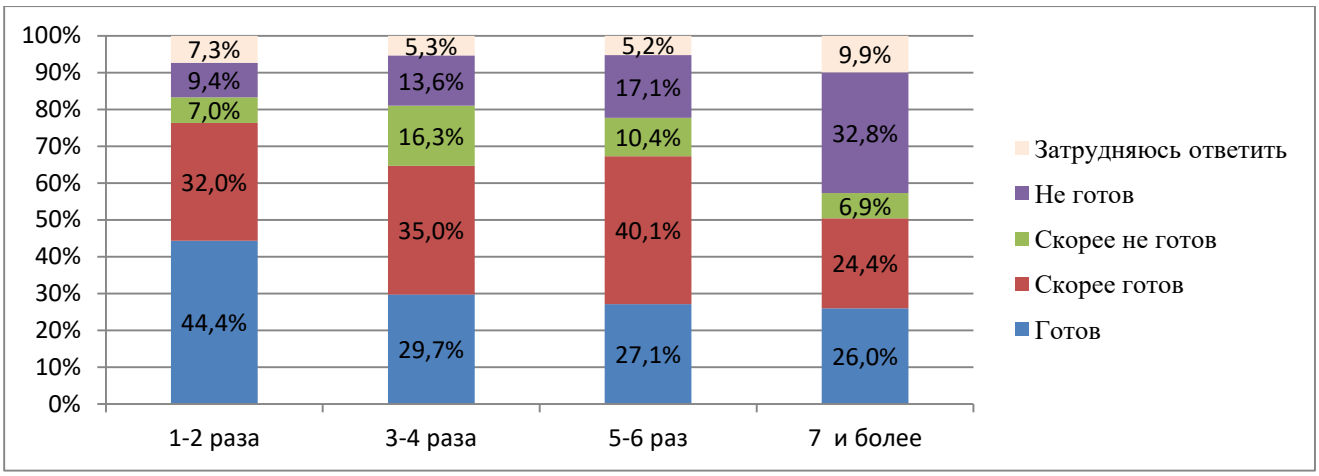


Рисунок 7.13 – Мнения респондентов о готовности консультироваться повторно в ходе лечения (наблюдения) в зависимости от частоты обращений (%)

Существенное повышение доли положительных ответов получено при изучении мнений респондентов относительно возможности дистанционно получать в виде электронного документа, направления на анализы, обследования и их результаты, а также рецепты и справки (Таблица 7.3).

Таблица 7.3 – Мнения респондентов о готовности получать направления на анализы, обследования и их результаты, рецепты и справки с помощью электронных средств связи в зависимости от частоты обращений

Готовы ли вы получать направления на анализы, обследования и их результаты с помощью электронных средств связи?	Обращения				Всего
	1-2 раза	3-4 раза	5-6 раз	7 и более	
Готов	64,6%	47,3%	36,1%	37,4%	792
Скорее готов	17,9%	23,0%	27,9%	19,1%	316
Скорее не готов	4,7%	13,4%	13,0%	6,1%	127
Не готов	9,4%	13,6%	17,5%	32,1%	208
Затрудняюсь ответить	3,4%	2,7%	5,6%	5,3%	57
Всего	726	374	269	131	1500
Готовы ли вы получать рецепты на лекарственные препараты, различные справки в форме электронного документа по интернету?	Обращения				Всего
	1-2 раза	3-4 раза	5-6 раз	7 и более	
Готов	61,3%	45,7%	33,8%	35,1%	752
Скорее готов	17,4%	21,7%	27,5%	15,3%	301
Скорее не готов	6,3%	12,8%	10,8%	9,9%	136
Не готов	11,7%	16,8%	21,2%	34,4%	250
Затрудняюсь ответить	3,3%	2,9%	6,7%	5,3%	60
Всего	726	374	269	131	1500

Аналогичные соотношения ответов на вопросы сохраняются при изучении мнений респондентов относительно влияния телемедицины на доступность и качество медицинской помощи в зависимости от частоты обращения в городскую поликлинику (Рисунки 7.14, 7.15).

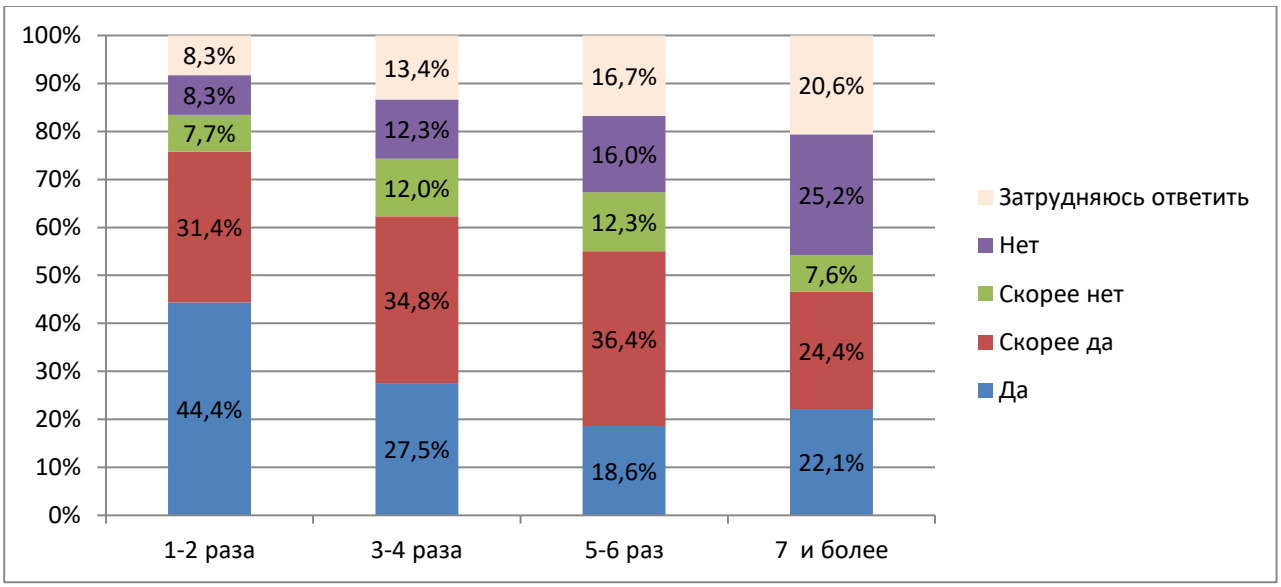


Рисунок 7.14 – Мнения респондентов о влиянии телемедицины на доступность медицинской помощи, в зависимости от частоты обращений (%)

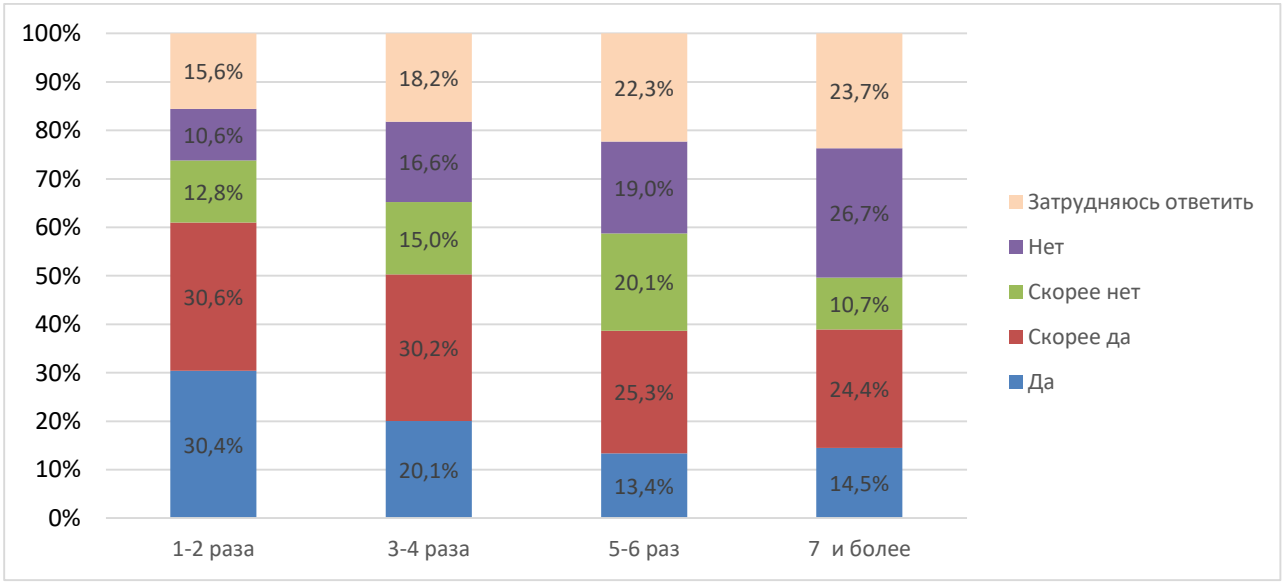


Рисунок 7.15 – Мнения респондентов о влиянии телемедицины на качество медицинской помощи в зависимости от частоты обращений (%)

Таким образом, в целом выявлено положительное отношение пациентов городской поликлиники к возможности дистанционного взаимодействия с врачами.

С увеличением возраста, при сохраняющемся преобладании позитивного отношения к внедрению телемедицинских технологий в амбулаторную практику, отмечаются рост скептических оценок, что может быть связано с технической и психологической неготовностью пациентов старших возрастных групп взаимодействовать с врачами и обмениваться информацией с ними и склонностью к более привычным, сложившимся методам взаимодействия.

С увеличением кратности обращений в течение года, доля негативных оценок возрастает, что по всей видимости связано с тем, что пациенты, обращавшиеся чаще, являются представителями старших возрастных групп, что подтверждается при проведении корреляционного анализа, где между этими категориями выявлена положительная корреляция (R = 0,39).

7.2. Результаты анализа мнений врачей к внедрению телемедицины

В анкетировании приняли участие 500 врачей. Возрастной состав анкетируемых врачей представлен следующим образом: до 29 лет – 28%, 30–39 лет – 17,4%, 40–49 лет – 19%, 50–59 лет – 17,4%, 60–69 лет – 17%, старше 70 лет – 1,2% (Рисунок 7.16).

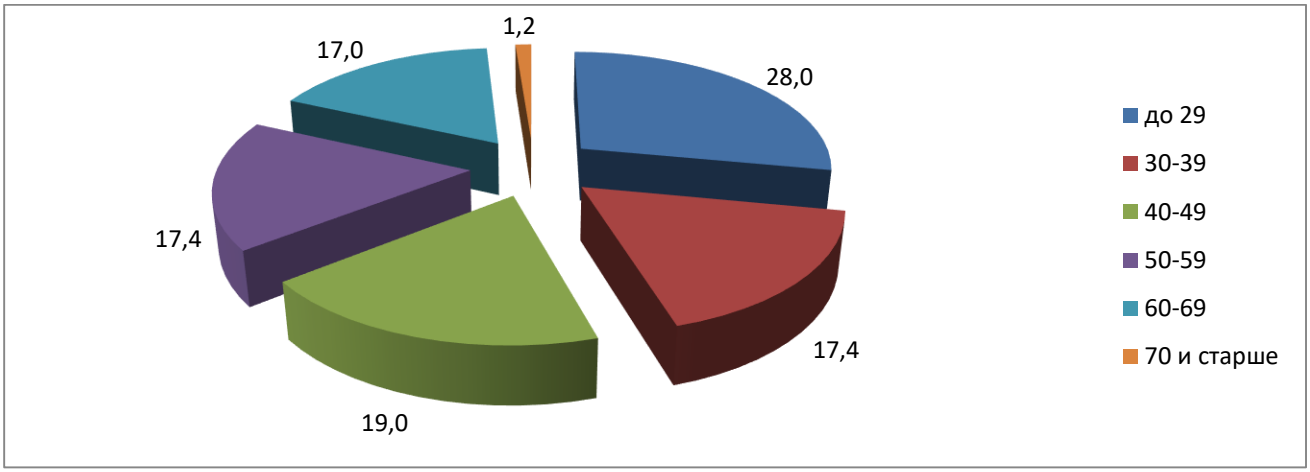


Рисунок 7.16 – Возрастная структура анкетируемых врачей (%)

Средний возраст анкетируемых врачей составил 43,2±14,1 лет, медиана – 41, интерквартильный размах составил 29–57 года. Минимальный возраст – 23 года, максимальный – 70 лет.

Распределение врачей по длительности стажа представлено следующим образом: до 5 лет – 28,4%, от 6 до 15 лет – 22,6%, более 15 лет – 49% (Рисунок 7.179, Таблица 7.4).

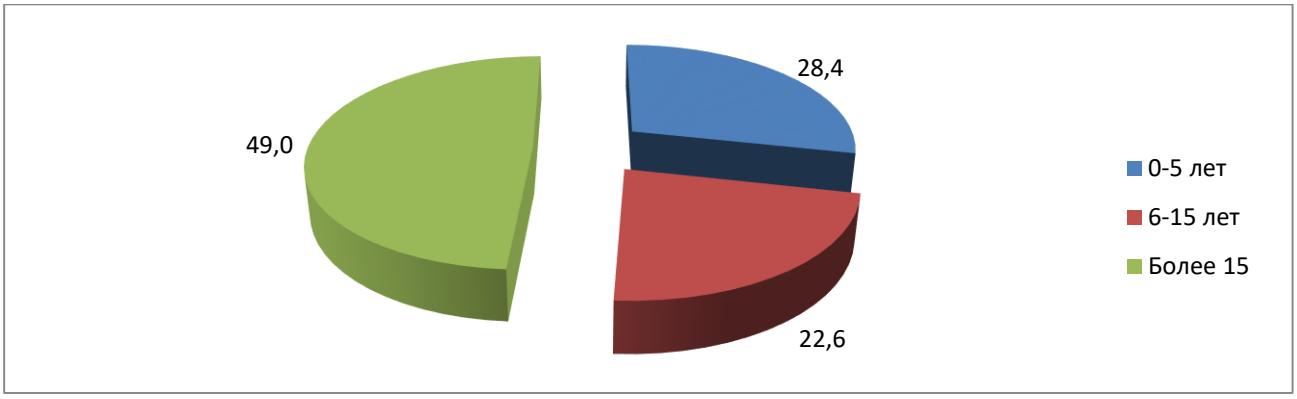


Рисунок 7.17 – Распределение врачей по длительности стажа (%)

Таблица 7.4 – Распределение врачей по стажу и возрастным группам (абс)

Возрастные группы (в годах)	Профессиональный стаж			Всего
	0–5 лет	6–15 лет	Более 15	
до 29	140	0	0	140
30–39	2	74	11	87
40–49	0	32	63	95
50–59	0	0	87	87
60–69	0	7	78	85
70 и старше	0	0	6	6
Всего	142	113	245	500

В исследовании представлены врачи ряда специальностей, наибольшую долю составили врачи общей практики (семейные врачи) – 42,8% и врачи-терапевты участковые – 21,8% и т. д. (Таблица 7.5).

Готовность консультировать и назначать лечение первичным пациентам дистанционно с помощью различных форм телемедицинских технологий выразили 62,4% опрошенных, негативно к этому относятся – 33%, и затруднились ответить – 4,6% врачей. Доля положительных ответов более высока при изучении готовности врачей дистанционно консультировать повторных пациентов и составила – 81,4%, отрицательно относятся к этому – 14,8%, и затруднились ответить – 3,8%.

При проведении корреляционного анализа по Спирмену, выявлена положительная сильная корреляция между ответами на данные вопросы (R = 0,75) (Рисунок 7.18).

Таблица 7.5 – Распределение врачей по специальности

Врачебные специальности	Число врачей	Итого (%)
Врач общей практики (семейный врач)	214	42,8
Врач акушер-гинеколог	10	2,0
Врач-инфекционист	11	2,2
Врач-кардиолог	22	4,4
Врач-невролог	23	4,6
Врач-оториноларинголог	17	3,4
Врач-офтальмолог	21	4,2
Врач-ревматолог	11	2,2
Врач- терапевт участковый	109	21,8
Врач-уролог	20	4,0
Врач-хирург	21	4,2
Врач-эндокринолог	21	4,2
Всего	500	100,0

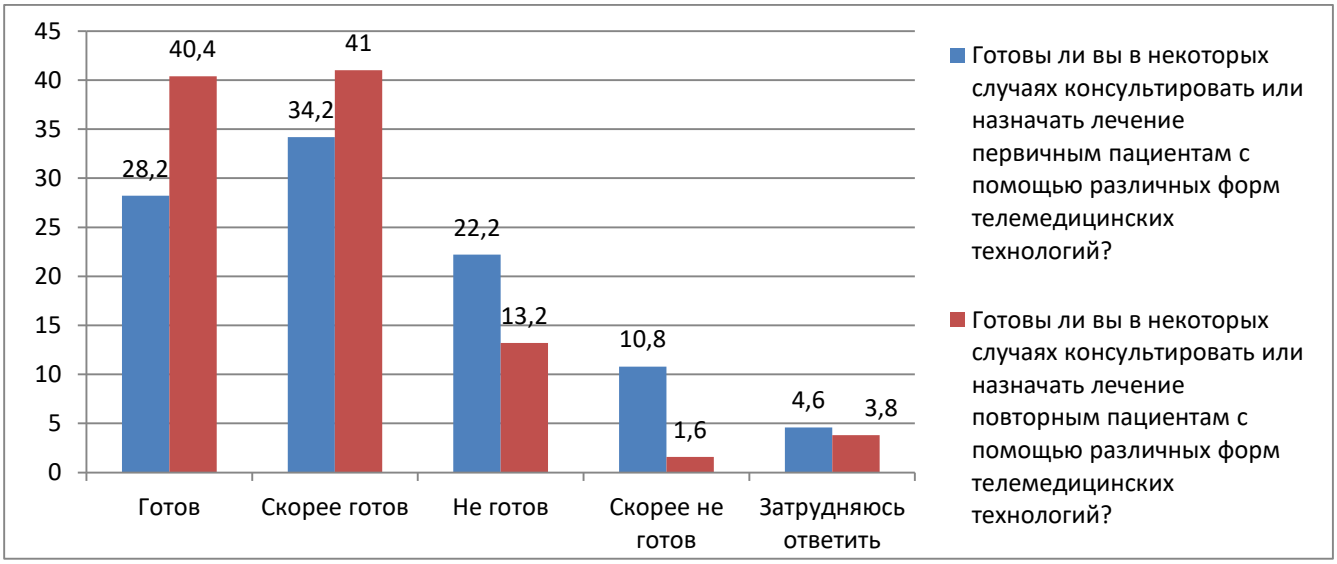


Рисунок 7.18 – Мнения врачей о готовности консультировать дистанционно (%)

При изучении готовности респондентов консультировать по своему профилю врачей других специальностей выявлено положительное отношение в 62% случаев,

22,2% отнеслись к этому скептически, и 12,1% затруднились ответить на данный вопрос.

Высокие доли положительных оценок выявлены при изучении мнения врачей о готовности выписывать направления на анализы, обследования и передавать их результаты с помощью телемедицинских технологий. Так, одобрительно относятся к этому 79,2% опрошенных, скептически – 15,1%, и затруднились ответить – 2,4% респондентов. Схожие соотношения в ответах выявлены при ответе на вопрос о готовности выписывать рецепты на лекарственные препараты и справки в форме электронного документа и передавать их с помощью электронных средств связи: готовы – 81%, не готовы – 16,6% и затруднились ответить – 2,4% (Рисунок 7.19).

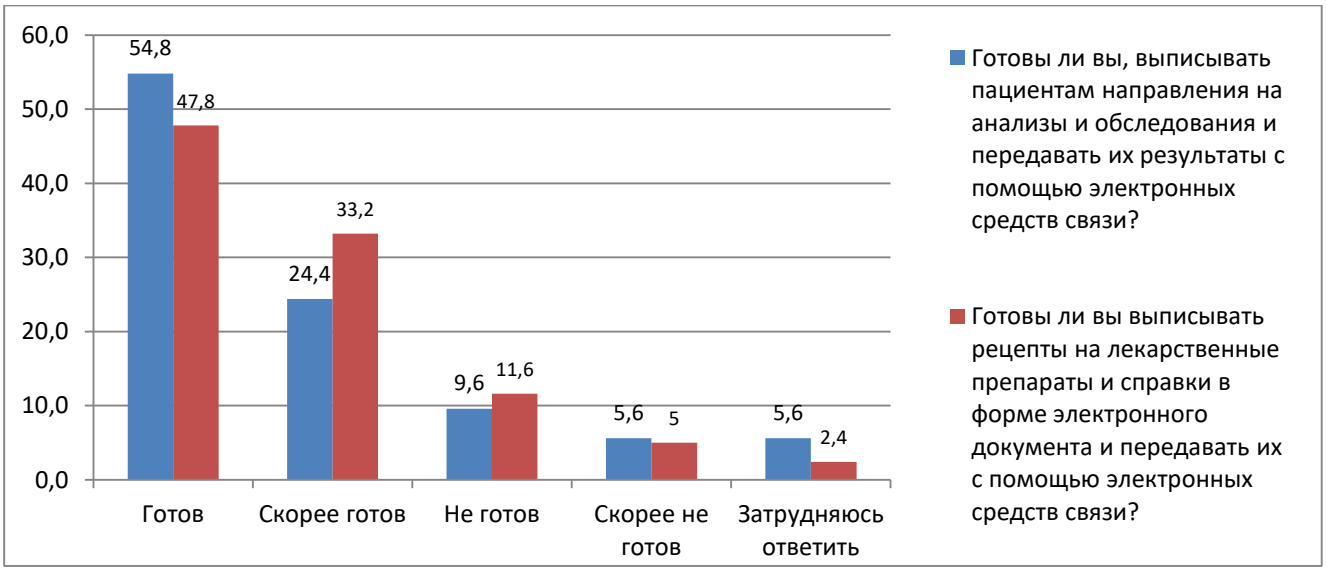


Рисунок. 7.19 – Готовность респондентов выписывать направления на анализы, обследования, рецепты, справки и передавать их с помощью электронных средств связи (%)

Большинство респондентов согласны, что использование различных форм телемедицинских технологий в практике позволит повысить доступность медицинской помощи – 89,4%, скептически к этому отнеслись – 4,6%, и затруднились ответить – 6% врачей. Менее оптимистичными оказались оценки респондентов при изучении мнений пациентов о влиянии телемедицинских технологий на качество медицинской помощи, при сохраняющемся подавляющем большинстве положительных ответов: 70,2% считают, что качество медицинской помощи повысится, 20,8% респондентов отметили, что это не повлияет, и 9% затруднились ответить (Рисунок 7.20).

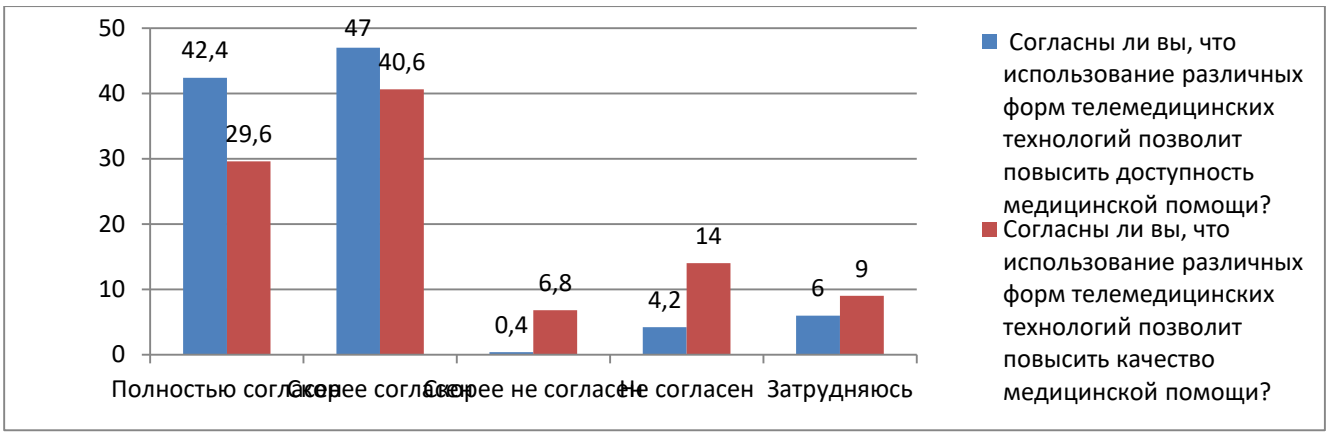


Рисунок 7.20 – Мнения респондентов о влиянии телемедицины на доступность и качество медицинской помощи (%)

При проведении корреляционного анализа по Спирмену выявлена положительная сильная корреляция между ответами на данные вопросы (R = 0,75).

Превалирующее большинство респондентов – 94,8%, готовы участвовать в образовательных проектах, в рамках повышения квалификации врачей, с помощью различных форм телемедицинских технологий (Рисунок 7.21).

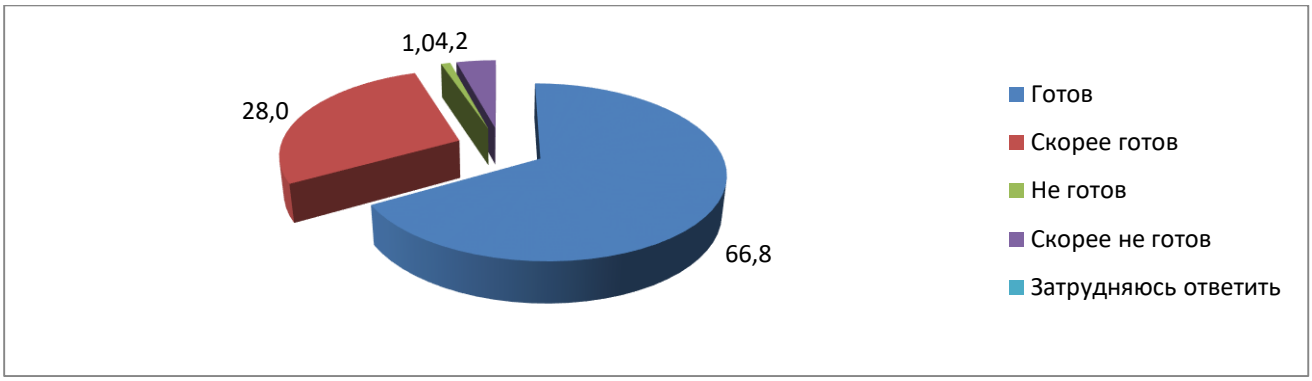


Рисунок 7.21 – Мнения врачей о готовности участвовать в образовательных проектах (%)

Выявлена высокая готовность врачей участвовать в реализации проектов по внедрению телемедицинских технологий в организациях, где они работают. Положительно к этому отнеслись 71,4% респондентов, негативно – 17,8% и затруднились ответить – 10,8% врачей.

Анализ мнений респондентов в зависимости от профессионального стажа, не выявил существенных различий в сравнении с общими данными. Максимальные доли положительных ответов на вопросы, связанные с внедрением телемедицинских технологий в практику, определяются во всех возрастных группах, несмотря

на ожидавшееся негативное отношение к этому в старших возрастных группах (Таблица 7.4).

Таблица 7.4 – Мнения респондентов о готовности консультировать дистанционно в зависимости от стажа.

Готовность в некоторых случаях консультировать или назначать лечение первичным пациентам с помощью различных форм телемедицинских технологий	Профессиональный стаж (в %)			Всего
	0–5 лет	6–15 лет	Более 15	
Готов	26,1%	24,8%	31,0%	141
Скорее готов	38,0%	31,0%	33,5%	171
Не готов	23,2%	27,4%	19,2%	111
Скорее не готов	11,3%	12,4%	9,8%	54
Затрудняюсь ответить	1,4%	4,4%	6,5%	23
Всего	142	113	245	500
Готовность в некоторых случаях консультировать или назначать лечение повторным пациентам с помощью различных форм телемедицинских технологий	Профессиональный стаж (в %)			Всего
	0–5 лет	6–15 лет	Более 15	
Готов	38,0%	38,9%	42,4%	202
Скорее готов	47,2%	36,3%	39,6%	205
Не готов	12,0%	14,2%	13,5%	66
Скорее не готов	0,0%	5,3%	0,8%	8
Затрудняюсь ответить	2,8%	5,3%	3,7%	19
Всего	142	113	245	500

При изучении ответов врачей на вопросы в зависимости от стажа, по другим аспектам, также отмечается преобладание положительных оценок. Следует отметить, что, несмотря на увеличение возраста, позитивное отношение к внедрению телемедицинских технологий сохраняется, несмотря на ожидавшееся, скептическое отношение к этому врачей старших возрастных групп.

7.3. Оценка потенциала использования телемедицинских технологий

При анализе форм для регистрации посещений пациентов, заполненных врачами, было зарегистрировано 3233 посещения, из которых первичными были 61,1% (1975), повторными – 38,9% (1258) посещений. Структура посещений в зависимости от врачебной специальности представлена следующим образом:

– врачи общей практики (семейные врачи) – 27,7%,

– врачи-терапевты участковые – 17,1%,

– врачи-эндокринологи – 14,4%,

– врачи-кардиологи – 14,2%,

– врачи-неврологи – 13,9%,

– врачи-урологи – 12,7% (Таблица 7.5).

Таблица 7.5 – Структура посещений по врачебным специальностям

Врачебная специальность	Число посещений		Доля (%)	
	Первичные	Повторные		
Врач-уролог	410		12,7	
	248	162	60,5	39,5
Врач-невролог	450		13,9	
	330	120	73,3	26,7
Врач-кардиолог	458		14,2	
	281	177	61,4	38,6
Врач-эндокринолог	465		14,4	
	294	177	63,2	36,8
Врач-терапевт участковый	553		17,1	
	315	238	57,0	43,0
Врачи общей практики (семейный врач)	897		27,7	
	507	390	56,5	43,5
Итого	3233		100	

Наибольшая доля посещений к врачам общей практики (семейным врачам) связана с тем, что данная врачебная специальность самая многочисленная в поликлинике и на них приходится подавляющее большинство посещений, осуществляемых прикрепленным контингентом.

При рассмотрении соотношений первичных и повторных приемов по специальностям, доля повторных приемов колеблется от 26,7% у врачей-неврологов до 43,5% у ВОП (Рисунок 7.21).

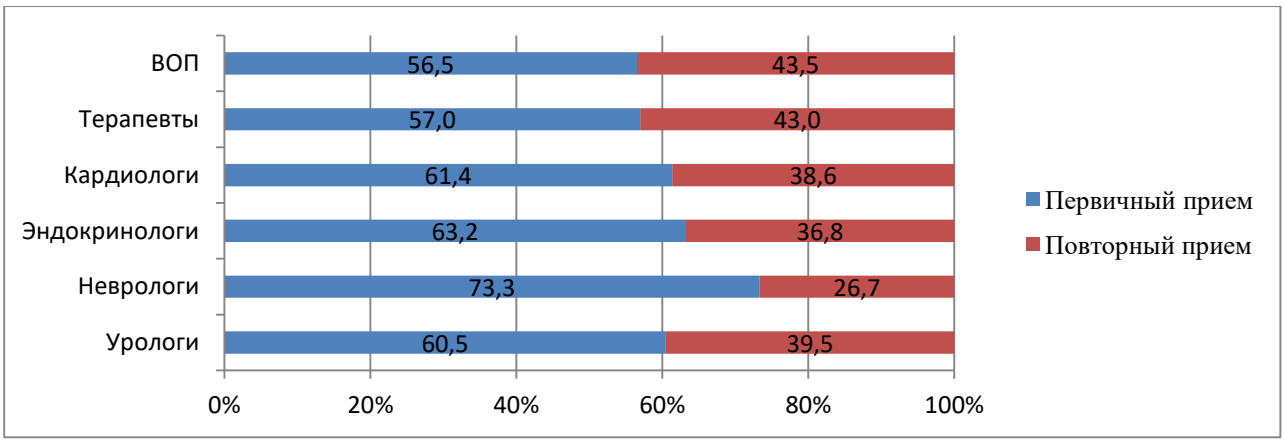


Рисунок 7.21 – Соотношение первичных и повторных приемов по врачебным специальностям (%)

В целом посещения, при которых требуется очный контакт, составили – 60,5% (1955), посещения, не требующие очного контакта – 39,5% (1278). Соотношения этих видов приемов по врачебным специальностям, показало колебания доли приемов, не требующих очного контакта от 34,4% до 43,3% (Рисунок 7.22).

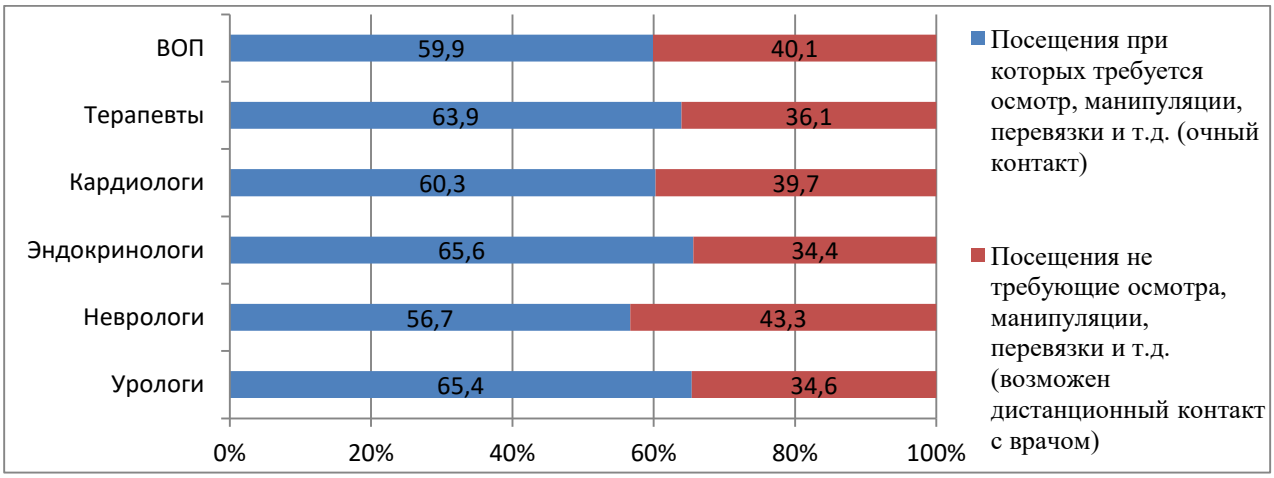


Рисунок 7.22 – Соотношение приемов по необходимости очного контакта врача с пациентом по врачебным специальностям (%)

Результаты показали, что на первичном приеме очный контакт необходим в 63,3–82,3% случаев в зависимости от врачебной специальности (Рисунок 7.23).

В случае же повторных приемов, соотношение меняется в пользу приемов, не требующих очного контакта, доля которых составила 53,4–61,7% (Рисунок 7.24).

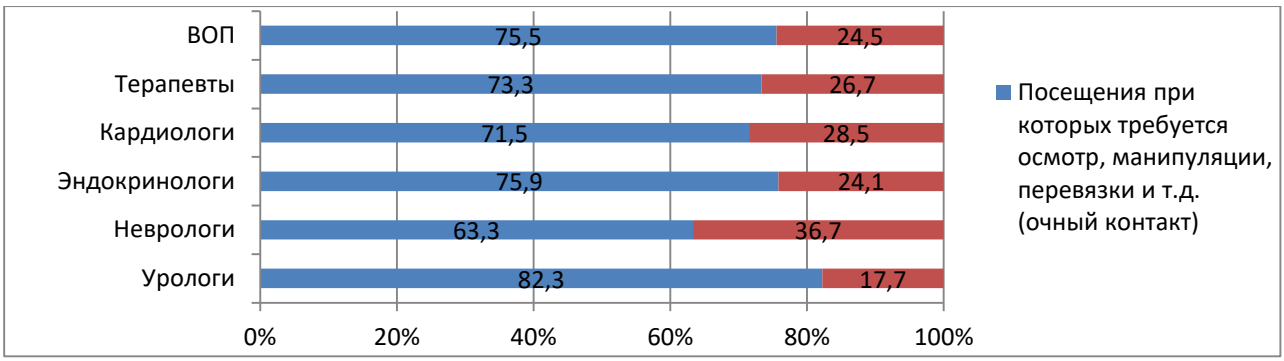


Рисунок 7.23 – Соотношение первичных приемов по необходимости очного контакта врача с пациентом по врачебным специальностям (%)

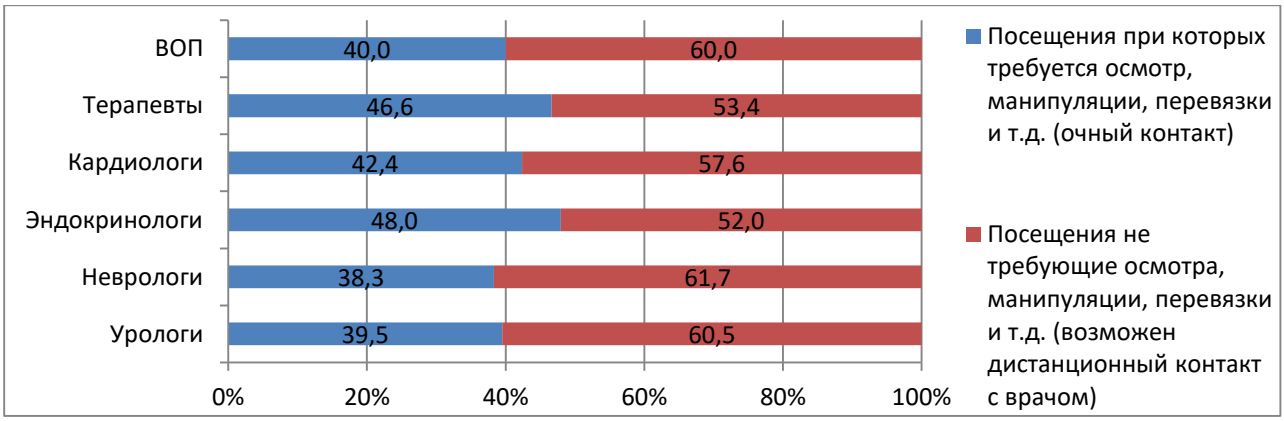


Рисунок 7.24 – Соотношение повторных приемов по необходимости очного контакта врача с пациентом по врачебным специальностям (%)

Социологический опрос выявил позитивное отношение пациентов и врачей к внедрению в практику дистанционных форм взаимодействия, при этом по мнению врачей более половины посещений можно выполнить с помощью телемедицинских технологий.

ГЛАВА 8. РАЗРАБОТКА, АПРОБАЦИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

8.1. Образовательная технология для врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых[1]

Интервьюирование врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) выявило потребность в повышении уровня их знаний по профилю «урология». Для определения основных причин, при которых назначаются консультации врачей-специалистов, была определена специальность «урология», как одна из наиболее востребованная в части назначения консультаций врачами-терапевтами участковыми и ВОП.

Групповое интервьюирование врачей-урологов ГП № 115 и ГП №219 (12 врачей-урологов) позволило определить основные причины, послужившие поводом для назначения их консультаций врачами-терапевтами участковыми и ВОП.

Врачи-урологи отметили, что особенностью при направлении к ним на консультации пациентов является отсутствие или недостаточность лабораторно-инструментальных исследований, которые могли бы быть назначены врачами-терапевтами участковыми и ВОП до направления к врачу-урологу, что сократило бы время до установления диагноза, а также число посещений к врачу-урологу. Большое количество консультаций назначается для интерпретации результатов анализов мочи, крови, а также результатов ультразвуковых и рентгенологических исследований, с формулировками «это по части урологии, Вам к урологу, он разберется». Отмечено назначение консультаций врачей-урологов при общих симптомах, для определения возможной их связи с урологическим заболеванием: боль в пояснич-

[1] Материалы данного параграфа также представлены в публикации: Агамов З. Х. Опыт повышения квалификации врачей городской поликлиники по профилю «урология» // Экспериментальная и клиническая урология. 2018. № 3. С. 3–7.

ной области, расстройства мочеиспускания, отеки, повышение артериального давления. Врачи-урологи отметили, что в ряде случаев врачи-терапевты участковые и ВОП при наличии изменений в анализах или характерной для урологических заболеваний симптоматики предпринимают дальнейшую диагностику и назначают дообследование, с дальнейшей маршрутизацией на консультации к врачам-урологам, однако эти случаи редки.

Наряду с этим интервьюируемые отметили, что в некоторых случаях, перед их консультацией, по ряду острых заболеваний (острый цистит, острый пиелонефрит, мочекаменная болезнь) пациенты приходят с уже назначенным лечением, которое в подавляющем большинстве случаев не соответствует клиническим рекомендациям. При этом врачи отметили распространенность ошибок при кодировании урологических заболеваний по МКБ-10.

Респонденты указали, что нередки случаи запущенных заболеваний, связанные с неправильно назначенным лечением врачами-терапевтами участковыми и ВОП, а также с длительными сроками ожидания приема врачей-урологов. Врачи-урологи выразили готовность консультировать врачей-терапевтов участковых и ВОП, как по телефону, так и лично, при возникновении у них вопросов относительно лечебно-диагностического процесса пациентов, направляемых к ним на консультации.

На следующем этапе проведено групповое интервьюирование врачей ГП № 115, целью которого было определение причин, послуживших поводом для назначения консультаций врачей-урологов. Выборка включала 51 врачей-терапевтов участковых и 54 врача общей практики (семейных врача). Выяснено, что в части назначений консультаций по результатам анализов поводом бывают отклонения от референсных значений в общем анализе мочи, анализе мочи по Нечипоренко, посеве мочи на флору и чувствительность к антибиотикам; отклонения от референсных значений в анализе крови на простатоспецифический антиген, креатинин, мочевину, мочевую кислоту. В части выявленных изменений по результатам инструментальных исследований, при которых назначаются консультации вра-

чей-урологов, интервьюируемые отметили трудности при интерпретации изменений в органах мочеполовой системы по данным ультразвуковых и рентгенологических исследований. При наличии симптомов, характерных, в том числе и для урологических заболеваний, таких как боль в поясничной области, расстройства мочеиспускания, отеки, повышение артериального давления, также назначаются консультации врачей-урологов, с целью определения вероятной связи их с урологическими заболеваниями.

Интервьюируемые отметили, что при острых состояниях и отсутствии возможности у пациентов записаться на прием к врачу-урологу, назначается лечение при таких заболеваниях, как острый цистит, острый простатит, острый пиелонефрит, почечная колика без учета клинических рекомендаций. Врачи-терапевты участковые и ВОП выразили согласие, что неправильно назначенное лечение, а также длительные сроки ожидания консультаций врачей-урологов на этапе обследования может повлечь осложнение заболеваний. Респонденты высказались о трудностях в вопросах своевременной диагностики и правильной маршрутизации пациентов с подозрением на онкологические заболевания мочеполовой системы, в частности при подозрении на рак предстательной железы.

Участники интервью отметили трудности при кодировании заболеваний по МКБ-10, связанные с недостаточным уровнем знаний в этой области, и выразили уверенность в необходимости в их повышения.

Среди причин назначений консультаций врачей-урологов, врачи отметили недостаток знаний по профилю «урология», нежелание брать на себя ответственность за лечение при наличии в штате профильного врача-специалиста. Врачи согласились с необходимостью самообразования по вопросам не только урологии, но и по другим узким специальностям. Среди причин, препятствующих самообразованию, врачи отметили: ежедневная рутинная работа, большой объем документации, эмоциональная напряженность и стрессогенность.

Результаты интервьюирования врачей позволили сформировать перечень причин, при которых назначаются консультации врачей-урологов, на основании

чего была разработана форма для регистрации посещений пациентов, направляемых на консультацию к врачам-урологам, на врачебных приемах, для определения структуры этих посещений на приемах у врачей-урологов, согласно сформированного перечня (Таблица 8.1).

Таблица 8.1 – Форма для регистрации посещений с консультативной целью на приеме у врача-уролога

Форма для регистрации посещений		
Посещения	Показания для консультаций	Число посещений
Направленные врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами)	Отклонения от референсных значений в анализах мочи (общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи)	
	Отклонения от референсных значений в анализах крови (простатоспецифический антиген, креатинин, мочевина, мочевая кислота)	
	Изменения, выявленные по результатам инструментальных исследований (ультразвуковые, рентгенологические)	
	С симптомами, характерными, в том числе и для урологических заболеваний (боль в поясничной области, расстройства мочеиспускания, отеки, повышение артериального давления), необследованные	
	С назначенным лечением урологической патологии, для дальнейшего ведения	
	Обследованные: после выявленных ранее изменений по данным анализов, исследований; с симптомами характерными, в том числе и для урологических заболеваний	
Другие посещения		
Всего		

С врачами-урологами был проведен инструктаж о корректном заполнении формы для регистрации посещений с фиксацией каждого посещения пациента и распределением в соответствующую группу данной формы регистрации. Выборка числа посещений была сформирована с учетом таблицы Паниотто, согласно которой регистрация не менее 400 посещений позволяет обеспечить ее репрезентативность.

Данных интервьюирования врачей и результаты регистрации посещений на приемах врачей-урологов, позволили определить недостаточность знаний врачей терапевтов участковых и ВОП по следующим разделам:

– интерпретация результатов анализов мочи, крови и инструментальных исследований с разъяснением возможных причин изменений, определения этапов диагностики для уточнения состояния пациента и принципов лечения при выявлении патологии;

– тактика ведения пациентов с симптомами, характерными для урологических заболеваний, с разъяснением необходимой диагностики и лечения, в соответствии с клиническими рекомендациями;

– наиболее часто встречающиеся урологические заболевания (этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение);

– ранняя диагностика и правильная маршрутизация пациентов с подозрением на онкологические заболевания мочеполовой системы;

– кодирование заболеваний мочеполовой системы по МКБ-10.

Полученные данные позволили разработать и апробировать программу повышения квалификации «Актуальные вопросы оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми», трудоемкостью 16 академических часов. Программа была разработана с привлечением окружных внештатных специалистов урологов в СЗАО г. Москвы по оказанию урологической помощи стационарно и амбулаторно, профессорско-преподавательским составом кафедры урологии ФГБУ ЦГМА УДП РФ, кафедры нефрологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедры общей терапии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедры урологии и кафедры терапии и общей врачебной практики ФГБНУ Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко.

Обучение в рамках данной программы проводилось на врачебных конференциях в филиале №4 ГП № 115. В ходе лекций и семинаров лекций также был предусмотрен разбор конкретных клинических ситуаций. Обучение прошли все врачи-терапевты участковые и врачи общей практики (семейные врачи) данного филиала.

Врачам-терапевтам участковым и врачам общей практики (семейным врачам) была разъяснена недопустимость направления пациентов к врачам-урологам

с указанными изменениями в анализах и симптомами без предварительного дообследования и назначенного первоначального лечения (при острых состояниях) в соответствии с клиническими рекомендациями, при этом за нарушения были предусмотрены меры ответственности в виде снижения стимулирующих выплат по итогам месяца. Также врачам была обеспечена возможность консультироваться с врачами-урологами в ходе рабочего дня лично, а также по телефону.

На следующем этапе, через три месяца и шесть месяцев, выполнялась повторная регистрация посещений на приемах у врачей-урологов, для определения доли и структуры посещений пациентами, направленных к ним на консультации, в ходе и после реализации программы повышения квалификации. По итогам, выполнено повторное групповое интервьюирование с врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), прошедшими обучение и врачами-урологами, на консультации к которым направлялись пациенты, с обсуждением с результатов и эффективности проведенных мероприятий по повышению квалификации врачей.

Для оценки выживаемости знаний у врачей-терапевтов участковых и ВОП была выполнена повторная регистрация посещений на приемах у врачей-урологов через 6 месяцев после окончания реализации программы повышения квалификации.

При анализе форм регистрации посещений, заполненных врачами-урологами до начала реализации программы повышения квалификации, было зарегистрировано 626 посещений, из которых посещения по направлениям от врачей-терапевтов участковых и ВОП составили 20,8% (130 посещений). При регистрации через 3 месяца, после обучения, доля посещений снизилась до 13,9% ($p = 0,007$), а еще через 3 месяца до 11,4% ($p < 0,001$) по сравнению с исходной долей посещений. Спустя 6 месяцев, в отсутствии мероприятий по обучению, доля посещений пациентов, направленных на консультации к врачам-урологам, вновь выросла и составила 19,7% ($p > 0,05$) по сравнению с исходной долей посещений (Таблица 8.2).

Структура посещений для консультации врача-уролога за данный период также претерпела существенные изменения. За шестимесячный период доля посещений в

связи с отклонениями от референсных значений в анализах мочи сократилась с 36,2% до 6,8% ($p < 0,001$); с отклонениями от референсных значений в анализах крови (простатоспецифический антиген, креатинин, мочевина, мочевая кислота) с 24,6% до 5,5% ($p < 0,001$); с изменениями, выявленными по результатам инструментальных исследований (ультразвуковые, рентгенологические) с 17,7% до 5,5% ($p = 0,006$). За данный период увеличилась доля посещений пациентов с назначенным лечением урологической патологии 7,7% до 39,7% ($p < 0,001$); обследованных после, выявленных ранее изменений по данным анализов, исследований и с симптомами характерными, в том числе и для урологических заболеваний с 6,9% до 38,4% ($p < 0,001$). В последующие 6 месяцев, в отсутствии мероприятий по обучению на врачебных конференциях, структура посещений стала идентична первоначальной - до реализации программы повышения квалификации (Таблица 7.2). За данный период между врачами-терапевтами участковыми/ВОП и врачами-урологами зарегистрировано 172 взаимодействия (по телефону – 124, лично – 48), с целью обсуждения тактики ведения пациентов.

Организационный эксперимент по обучению врачей-терапевтов участковых и ВОП городской поликлиники по специальности «урология», путем реализации специально разработанной программы повышения квалификации, продемонстрировал сокращение доли посещений на приемах у врачей-урологов пациентов, направляемых к ним для консультации врачами-терапевтами и ВОП. Однако в отсутствии данной образовательной технологии доля посещений пациентов, направленных к врачам-урологам с консультативной целью, вновь возрастает.

Таблица 8.2 – Число посещений пациентов, направляемых на консультацию к врачам-урологам, до и после цикла лекций

Причины посещений, направленные другими врачами (врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи, врачи-специалисты)	До обучения		Через 3 мес		Через 6 мес		Через 1 год	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отклонения от референсных значений в анализах мочи (общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи)	47	36,2	16	18,2	5	6,8	38	30,4
Отклонения от референсных значений в анализах крови (простатоспецифический антиген, креатинин, мочевина, мочевая кислота)	32	24,6	8	9,1	4	5,5	29	23,2
Отклонения, выявленные по результатам инструментальных исследований (ультразвуковые, рентгенологические)	23	17,7	7	8,0	4	5,5	19	15,2
С симптомами, характерными, в том числе и для урологических заболеваний (боль в поясничной области, расстройства мочеиспускания, отеки, повышение артериального давления), необследованные	9	6,9	6	6,8	3	4,1	12	9,6
С назначенным лечением урологической патологии, для дальнейшего ведения	10	7,7	21	23,9	29	39,7	14	11,2
Обследованные: после, выявленных ранее изменений по данным анализов, исследований; с симптомами характерными, в том числе и для урологических заболеваний	9	6,9	30	34,1	28	38,4	13	10,4
Всего направленных от других врачей	130	100	88	100	73	100	125	100
– в %:	20,8		13,9		11,4		19,7	
Всего посещений	626		631		639		634	

Результаты внедрения образовательной технологии обсуждены в ходе группового интервьюирования с врачами-урологами, врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), которые отметили эффективность данной организационной технологии, выразившиеся в повышении уровня знаний врачей по вопросам диагностики, лечения урологических заболеваний и, как следствие, сокращении числа необоснованно назначаемых консультаций, сокращении сроков ожидания медицинской помощи и числа запущенных случаев урологических заболеваний.

Врачи отметили необходимость регулярности проведения образовательных лекций, а также удовлетворенность их проведением в условиях городской поликлиники на врачебных конференциях и отсутствием необходимости во внерабочее время проходить аналогичные образовательные мероприятия, реализуемые ДЗМ, в том числе дистанционно.

Врачи-терапевты участковые и ВОП выразили высокую степень удовлетворенности, внедренной в рамках данной образовательной технологии возможностью консультироваться с врачами-урологами во время своего приема, в том числе по телефону, в части обсуждения тактики ведения пациентов.

При обсуждении сравнительной эффективности нового формата повышения квалификации с существующими практиками по повышению квалификации, все врачи-терапевты участковые и врачи общей практики (семейные врачи), отметили следующие преимущества: краткосрочность, обучение в условиях поликлиники; регулярность; актуальные темы для практической деятельности; возможность интерактивного общения с обсуждением конкретных клинических ситуаций и отсутствием психологических барьеров для таких обсуждений.

8.2. Опыт внедрения телемедицинских технологий

Полученные результаты анкетирования по вопросам применения телемедицинских технологий и определенная ранее структура посещений к врачам, по результатам их регистрации, позволили обосновать проведение организационного эксперимента, по замещению части посещений пациентами врачей, при которых не требуется очный контакт, дистанционными консультациями.

Условием отбора в эксперимент был выбор врачебной специальности, к врачам которой возможна прямая запись через ЕМИАС и на приемах которых отмечается высокая доля пациентов, обращающихся для выписки льготного рецепта. Для участия в эксперименте был привлечен врач-уролог, у которого, согласно ранее представленным результатам, отмечается высокая доля посещений для выписки льготного рецепта. Подавляющее большинство посещений к врачу-урологу с целью выписки льготного рецепта связана с таким заболеванием как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (далее ДГПЖ), возникающая вследствие разрастания периуретральной железистой зоны предстательной железы, приводящее к обструкции нижних мочевыводящих путей и расстройствам мочеиспускания. ДГПЖ – состояние, которое наиболее часто встречается у мужчин в возрасте старше 50 лет, распространенность которой составляет в среднем 62,5%[1].

Для лечения пациентов с ДГПЖ, рекомендуется назначать препараты группы альфа1-адреноблокаторы как препараты «первой линии» у пациентов с симптомами нижних мочевыводящих путей для снижения выраженности клинических проявлений и улучшения качества жизни. Учитывая прогрессирующий характер данного заболевания, медикаментозная терапия, согласно клиническим рекомендациям, проводится длительно (иногда в течение всей жизни пациента), что формирует избыточную посещаемость врачей-урологов пациентами, имеющими право на льготное лекарственное обеспечение для выписки льготного рецепта на препарат из группы альфа1-адреноблокаторы.

[1] Доброкачественная гиперплазия предстательной железы Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2020. С. 71.

К началу 2019 года на диспансерном учете у врача-уролога филиала № 4 ГП № 115 состояло 484 пациента с диагнозом ДГПЖ. Из них в эксперимент были отобраны 110 пациентов, имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение, с низким риском прогрессии ДГПЖ, которые постоянно принимают препараты из группы альфа1-адреноблокаторы, с периодичностью диспансерного наблюдения 1 раз в год, с выполнением осмотра врачом-урологом и лабораторно-инструментальными исследованиями. Данные пациенты, согласно записям электронных медицинских карт (далее ЭМК), посещают врача-уролога четыре и более раза в год (схема 8.1).

К началу организационного эксперимента пациентами, состоящими под диспансерным наблюдением и отобранным в эксперимент, было выполнено 832 посещения за последние 12 месяцев, из которых: 110 в соответствии со сроками диспансерного наблюдения – для осмотра и обследования; 110 – по результатам назначенного обследования; для выписки рецепта – 544; по вопросам в ходе проводимого лечения – 68 посещений (Рисунок 7.1).

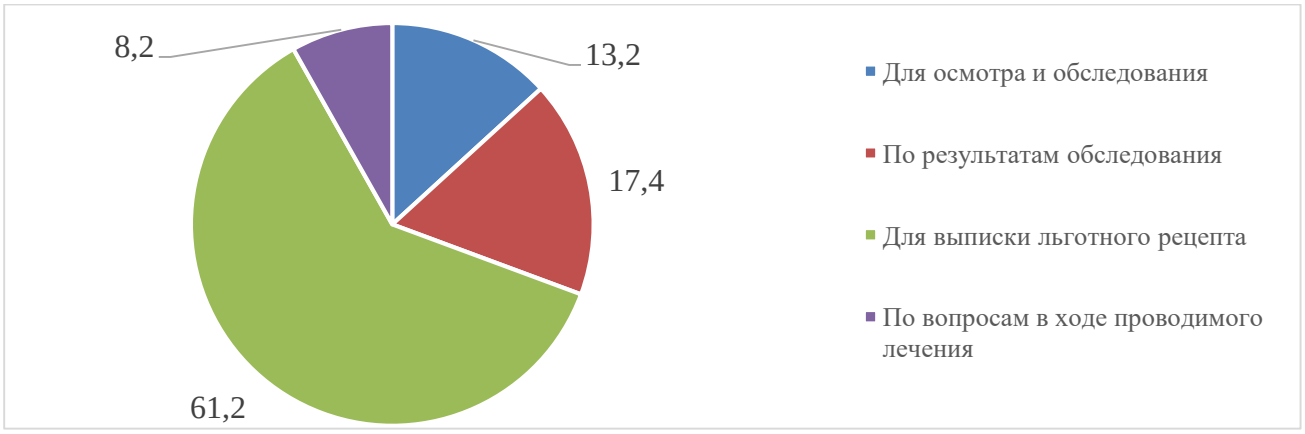


Рисунок 8.1 – Структура посещений врача-уролога пациентами диспансерной группы в течение 12 месяцев до эксперимента (%)

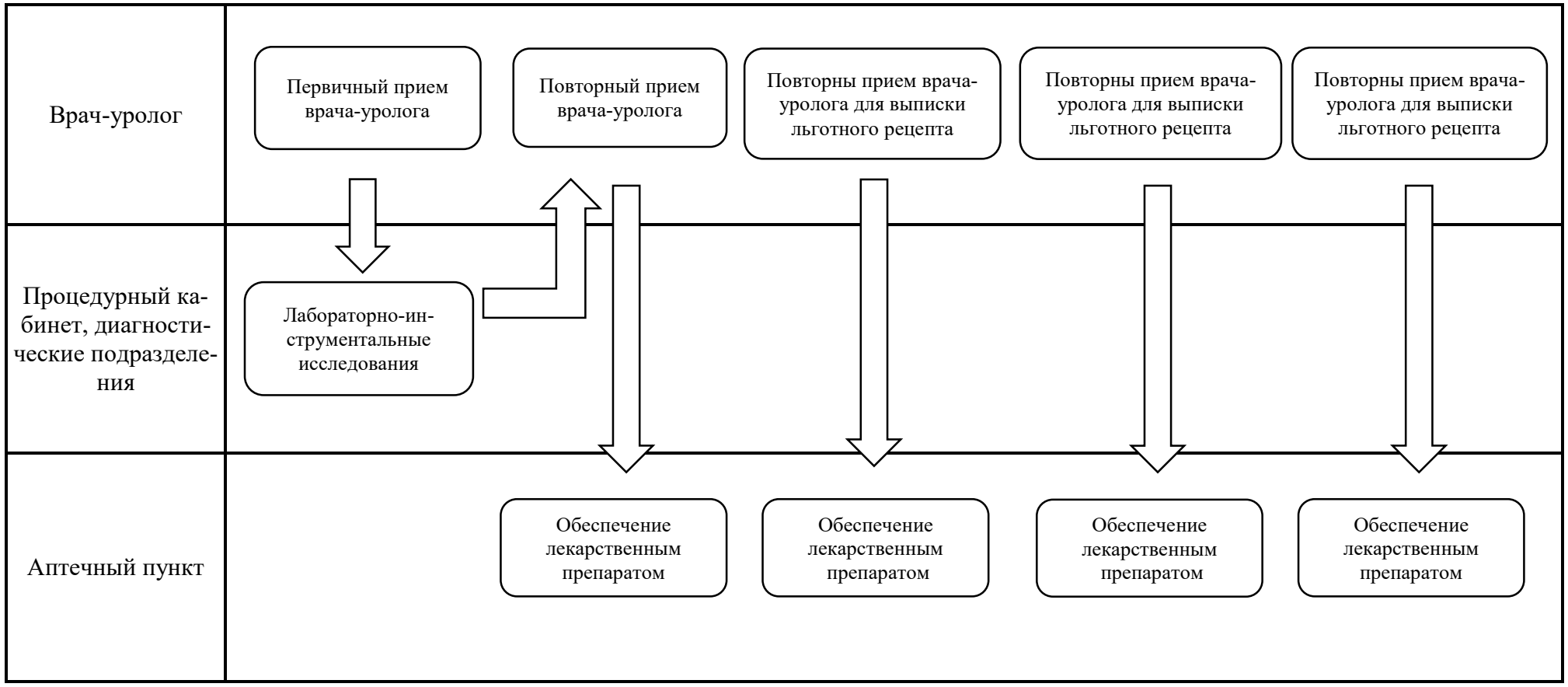


Схема 8.1 - Маршрут движения пациента диспансерной группы

В среднем одним пациентом данной диспансерной группы в течение года выполнено 7,5 посещений к врачу-урологу. Общая стоимость посещений врача-уролога пациентами данной группы составила 55325,68 руб., согласно тарифам ТПГГ города Москвы, или 502,96 руб. на одного пациента данной диспансерной группы. Учитывая установленное время приема врача-уролога в поликлинике в 15 минут, общее время приема пациентов данной группы составило 208 часов рабочего времени врача-уролога или 1,8 часов на 1 пациента.

По ходу набора пациентов в группу для организационного эксперимента была сформирована электронная база с данными пациентов, результатами обследований, назначенным лечением. К эксперименту была привлечена медицинская сестра урологического кабинета, которой были делегированы трудовые действия в рамках трудовых функций, выполняемые в том числе врачом-урологом, которые также представлены в профессиональных стандартах медицинской сестры:

– проведение динамического наблюдения за показателями состояния здоровья пациента с последующим информированием лечащего врача;

– контроль выполнения пациентами приема лекарственных препаратов, применения медицинских изделий, двигательного режима и лечебного питания по назначению лечащего врача;

– проведение подготовки пациента к медицинскому осмотру, исследованиям, лечебным и (или) диагностическим вмешательствам;

– выполнение работы по диспансерному наблюдению пациентов при хронических заболеваниях и (или) состояниях;

– ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа;

– использование медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Наряду с этим правовой основой выполнения данного организационного эксперимента является установленные законом возможности: при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления

им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации); дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации)[1].

В кабинете врача-уролога был установлен телефон, на который были установлены мессенджеры WhatsApp, Viber, Telegram, определено время для выполнения звонков.

Пациентам, включенным в эксперимент, давались разъяснения о порядке дальнейшего взаимодействия, который складывался следующим образом.

На приеме пациенту давались разъяснения о сути эксперимента, его целях, выписывался льготный рецепт на препарат курсом на три месяца и предлагалось ближе к окончанию трехмесячного курса связаться по телефону с медицинской сестрой урологического кабинета и сообщить о том, что препарат заканчивается. Также пациентам было предложено, в случае возникновения вопросов по ходу лечения, связываться по телефону с медицинской сестрой. Выдавалась памятка с описанием эксперимента, порядком взаимодействия и номером телефона для связи с кабинетом врача-уролога.

Медицинской сестрой, по предварительно составленному чек-листу (Приложение С), проводился опрос пациента, и при отсутствии запроса от пациента на беседу с врачом, он информировался о необходимости продолжения курса лечения и явки в аптечный пункт для получения препарата. В последующем медицинская сестра оформляла льготный рецепт на препарат, подписывала у врача-уролога и передавала его в аптечный пункт. В случае возникновения у пациента вопросов к врачу, данный запрос фиксировался, и в последующем врач-уролог связывался с пациентом. В некоторых случаях, при возникновении вопросов, а также необходимости обсуждения каких-либо результатов исследований, пациентам предлагалось сформировать текст и отправить его через мессенджер с последующим взаимодействием с врачом. Пациентам, осмотренным и обследованным в рамках сроков диспансерного наблюдения, вместо повторного посещения предлагалось провести консультацию дистанционно. Маршрутизация представлена на схеме 8.2.

[1] Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

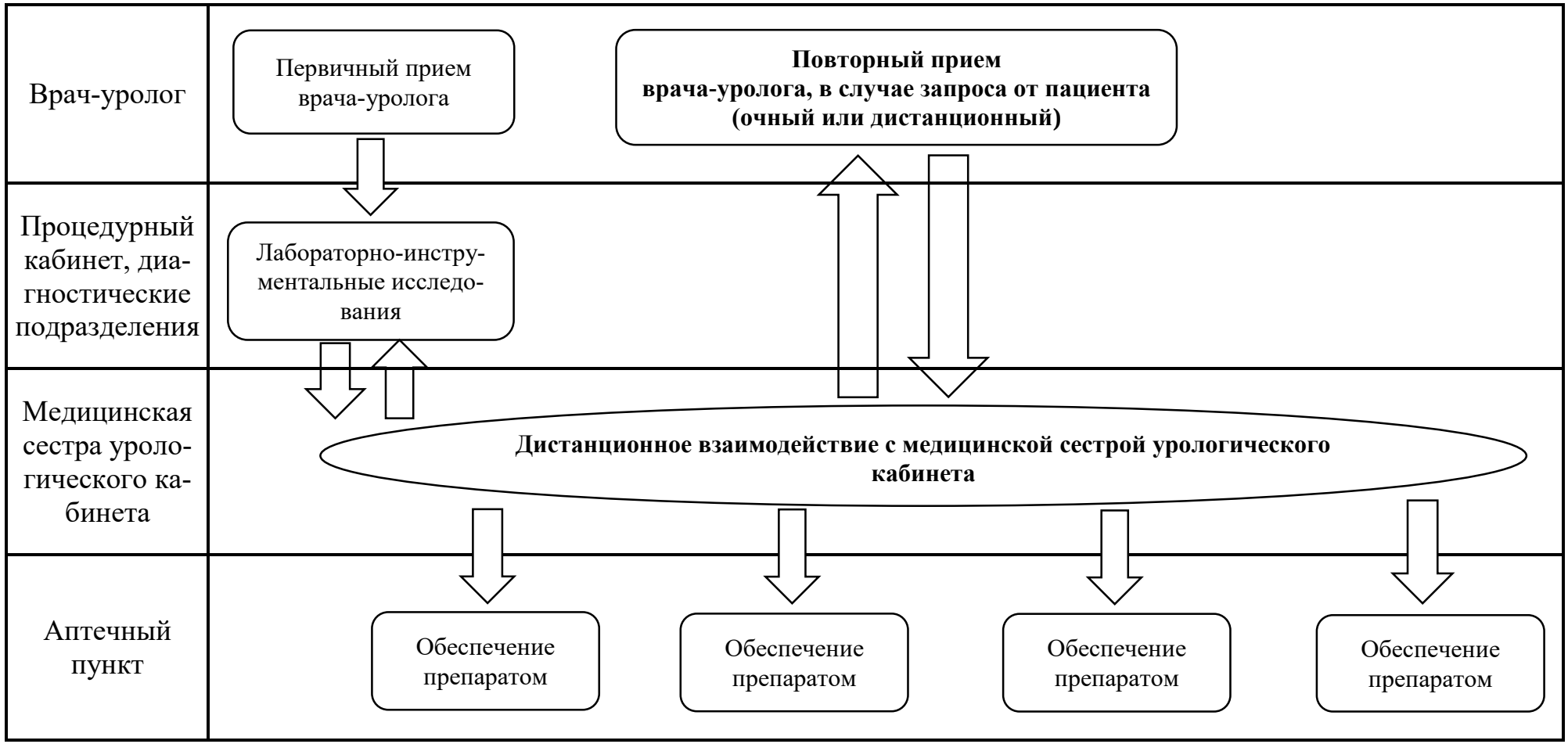


Схема 8.2 - Маршрут движения пациента диспансерной группы, сформированный в ходе организационного эксперимента

За период реализации эксперимента, число посещений в поликлинику к врачу-урологу пациентами данной группы сократилось более чем в 4 раза (с 832 до 188) за 12 месяцев. По телефону медицинской сестрой урологического кабинета выполнено 706 взаимодействий с пациентами, из них передано врачу – 191, из которых 98 – вместо повторных посещений по результатам диспансерного обследования, 93 – по вопросам, возникающим по ходу лечения (Таблица 7.3). Несоответствие числа повторных посещений после обследования числу пациентов диспансерной группы связано с тем, что некоторым пациентам, для уточнения текущего состояния, назначались дополнительные исследования, с последующей явкой.

Таблица 8.3 – Данные по числу посещений к врачу-урологу до и после организационного эксперимента

Показатель	До эксперимента	После эксперимента	
Посещения врача-уролога	832	188	
Из них: для диспансерного осмотра и обследования	110	110	
По результатам диспансерного обследования	145	132	
		Очно	Дистанционно
		34	98
Для выписки льготного рецепта	509	635	
		Очно	Дистанционно
		21	515
Вопросы по ходу лечения	68	101	
		Очно	Дистанционно
		23	93
Итого взаимодействий	832	894	
		Очно	Дистанционно
		188	706

Стоимость посещений врача-уролога пациентами данной группы после выполнения эксперимента, согласно тарифам на оплату медицинской помощи[1], составила 12993,72 руб., или 118,12 руб. на 1 пациента данной диспансерной группы, что более чем 4 раза ниже, чем до эксперимента. Время, затраченное на приемы пациентов данной диспансерной группы после выполнения эксперимента, составило 56,5 часов (47 рабочих часов врача-уролога на 188 посещений и 9,5 часов на выполнение 191 дистанционных консультаций) или 0,51 часов на 1 пациента.

[1] Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2018 год (г. Москва, 29 декабря 2017 г.)

Таким образом, общее сэкономленное время составило 151,5 часов рабочего времени врача-уролога или 1,3 часа – сэкономленное время работы с 1 пациентом. Среднее число приемов врачом-урологом одного пациента диспансерной группы сократилось с 7,5 до 1,7. С учетом выделенного времени приема врача-уролога в 15 минут, в период реализации эксперимента высвободилось время для записи 604 пациентов к врачу-урологу. Из выполненных медицинской сестрой урологического кабинета 706 взаимодействий с пациентами 27% передано врачу-урологу, и 73% вопросов решены медицинской сестрой (выписка льготных рецептов, информация справочного характера, подготовка к лабораторно-инструментальным исследованиям).

В ходе апробации данной организационной технологии выполнялось интервьюирование пациентов, участвующих в эксперимент, которые выразили высокую степень удовлетворенности возможностью дистанционного взаимодействия, в случаях, не требующих очного приема, а также выпиской льготных рецептов, не посещая врача поликлиники. Респонденты выразили удовлетворенность как новой формой взаимодействия между пациентом и врачом (93,7%), так и считают данную организационную технологию лучше традиционной формы взаимодействия врача и пациента (80,9%) (Таблица 8.4).

Таблица 8.4 – Отношение пациентов к организационной технологии, установленной в ходе организационного эксперимента

Вариант ответа	Удовлетворены ли вы новой формой взаимодействия между пациентом и врачом?		Считаете ли Вы, что данная организационная технология лучше традиционной формы взаимодействия пациента и врача?	
	Абс.	%	Абс.	%
Да	74	67,3	66	60,0
Скорее да	29	26,4	23	20,9
Затрудняюсь ответить	7	6,3	21	19,1
Скорее нет	0	0	0	0
Нет	0	0	0	0
Всего	110	100	110	100

Наряду с этим эксперимент выявил высокий потенциал среднего медицинского персонала в части выполнения функций, не связанных с оказанием медицинской помощи, что позволило не только сэкономить финансовые средства, но и высвободить время врача-уролога для приема пациентов.

Представленные ранее данные о высокой доле пациентов записавшихся и впоследствии не явившихся на прием обосновали организационный эксперимент по выполнению обзвона записавшихся пациентов на предмет явки по предварительной записи. Данная функция была делегирована медицинской сестре урологического кабинета, которая за день до приема выполняла обзвон пациентов, согласно списку, предварительно записавшихся на прием. Данный список формируется автоматически в ЕМИАС, в котором представлены контактные данные пациентов.

Данные, полученные из ЕМИАС, показали, что за месяц, предшествовавший организационному эксперименту, к врачу-урологу, исходя из месячного бюджета рабочего времени, выделенного на прием пациентов, записалось 588 пациентов. Из данного числа, на прием не явились 13% – 77 пациентов.

В течение последующего месяца, медицинской сестрой, за день до приема, выполнялся предварительный обзвон по телефону всех записавшихся пациентов, с информированием о предстоящем приеме и выяснением возможности явки. В ходе организационного эксперимента выполнен обзвон 616 пациентов, из которых дозвониться удалось до 589 пациентов, из которых 13,7% (81 пациент) выразили неуверенность, что смогут явиться на прием, в связи с чем предварительная запись данных пациентов была удалена, с высвобождением свободных слотов для возможной записи другими пациентами. По итогам месяца, в ходе организационного эксперимента, на прием не явились 21 пациент (3,4%), из которых до 15 не удалось предварительно дозвониться (Таблица 8.5).

Таблица 8.5 – Данные по числу посещений к врачу-урологу до и после организационного эксперимента по предварительному обзвону пациентов

Показатель	До эксперимента	После эксперимента
Число предварительно записанных на прием	588	616
Не явились на прием	77 (13%)	21 (3,4%)

Результаты организационного эксперимента по предварительному взаимодействию медицинской сестры урологического кабинета с пациентами, предварительно записавшимися на прием, с выяснением подтверждения явки на прием пациента или отказа, продемонстрировали эффективность данной технологии, которая выразилась в сокращении доли пациентов ($p < 0,001$), не являющихся на прием, с одномоментным высвобождением свободных слотов для записи к врачу-урологу.

8.3. Оптимизация маршрутизации пациентов[1]

Длительные сроки ожидания приема врачей и высокая доля посещений к ним, связанных с оформлением направлений на лабораторно-инструментальные исследования, а также полученный положительный опыт использования телемедицинских технологий с активным участием среднего медицинского персонала позволили обосновать организационный эксперимент по сокращению сроков ожидания медицинской помощи в поликлинике при маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание на госпитализацию. Учитывая актуальность своевременной диагностики онкологических заболеваний, что отражено в соответствующих нормативных правовых документах[2], а также выявленных в ходе группового интервьюирования врачей, недостаток их знаний по ранней диагностике и правильной маршрутизации пациентов с подозрением на онкологические заболевания, был выделен отдельный вид госпитализации – с подозрением на рак предстательной железы (далее РПЖ), проблеме ранней диагностике которого уделяется большое внимание.

В резолюции профильной комиссии по урологии Министерства здравоохранения Российской Федерации отмечено отсутствие стандартизованного алгоритма по ранней диагностики РПЖ при проведении всеобщей диспансеризации взрослого населения, недостаточность подготовки врачей, участвующих в проведении ранней

[1] Материалы данного параграфа представлены в публикации: Агамов З.Х. Опыт реализации программы ранней диагностики рака предстательной железы в городской поликлинике Москвы / З.Х. Агамов З.Х. и др. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2022. - № 2. - С. 136-148.

[2] Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»; Паспорт национального проекта «Здравоохранение». Заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам // Правительство России. Официальный сайт. 2018, 24 дек. [Электронный ресурс]. URL: http://government.ru/info/35561/.

диагностики РПЖ, а также трудности в дальнейшем получении пациентами направлений в специализированные центры при выявлении отклонений[1]. Среди рекомендаций профильной комиссией указана необходимость разработки общероссийских рекомендаций и алгоритма ранней диагностики заболеваний предстательной железы для врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых и для врачей-урологов поликлинического звена, с обучением персонала, а также выстраивание правильной маршрутизации пациентов с подозрением на РПЖ[2]; определенаена необходимость персонализированного решения при интерпретации уровня онкомаркера РПЖ – простатоспецифический антиген общий (далее ПСА), с разъяснением пациентам всех аспектов раннего выявления РПЖ. Основные положения данной резолюции были детализированы в методических рекомендациях по ранней диагностике РПЖ[3].

Существенное внимание ранней диагностике РПЖ также уделено в приказах ДЗМ[4] и локальных нормативных правовых актах медицинских организаций первичного звена[5], в которых утверждены планы мероприятий, направленных на повышение уровня онкологической настороженности у населения и медицинских работников государственной системы здравоохранения Москвы.

На первом этапе эксперимента, с целью получения информации о различных аспектах ранней диагностики РПЖ и маршрутизации пациентов с подозрением и выявленным РПЖ в поликлинике, проведено интервьюирование с врачами-урологами ГП № 115 и № 219 ДЗМ, в котором приняли участие 16 врачей-урологов, в ходе которого обсуждению подверглись организационные аспекты, затрудняющие оказание медицинской помощи пациентам на различных этапах в поликлинике и

---

[1] Резолюция профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по ранней диагностике заболеваний предстательной железы в России. Москва, 18 марта 2015 года [Электронный ресурс]. URL: https://uronephro.ru/spetsialistam/rezolyutsiya-profilnoj-komissii-po-urologii-mz-rf.html.

[2] Там же.

[3] Пушкарь Д. Ю [и др.]. Ранняя диагностика рака предстательной железы. Методические рекомендации № 19 ДЗМ. Москва, 2015. 52 с.

[4] Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 22.02.2018 № 144 «Об утверждении мероприятий, направленных на повышение уровня онкологической настороженности у населения и медицинских работников государственной системы здравоохранения Москвы».

[5] Приказ главного врача ГБУЗ Городская поликлиника № 115 ДЗМ от 14.02.2018 № 97 «О проведении в «ГБУЗ ГП № 115 ДЗМ» акции «День мужского здоровья», приуроченной к празднованию «Дня защитника отечества».

при взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, куда пациенты направляются для выполнения биопсии предстательной железы. Изучен маршрут движения пациента и его особенности с момента возникновения подозрения на РПЖ до верификации диагноза и направления в специализированное учреждение, оказывающее медицинскую помощь по профилю «онкология». На основании полученных данных сформирован организационный эксперимент по оптимизации данного маршрута, с сокращением сроков ожидания на всех этапах и использования дистанционного взаимодействия с пациентами данной группы с активным привлечением среднего медицинского персонала.

Результаты группового интервьюирования врачей-урологов, показали, что сдать кровь на тест ПСА, являющийся маркером РПЖ, пациенты могут, только получив направление от врача, к которому необходимо предварительно записаться (врач-терапевт участковый /ВОП, врач-уролог) или при прохождении диспансеризации. Таким образом, выделена первая проблема, затрудняющая раннюю диагностику РПЖ, которая заключается в том, что у пациентов отсутствует возможность самостоятельно, без предварительного посещения врача, сдать кровь на ПСА, который является скрининговым методом ранней диагностики РПЖ. Необходимость предварительной записи к врачу и длительные сроки ожидания даты приема, являются демотивирующими факторами, влияющим на принятие пациентами решения пройти онкоскрининг по ранней диагностике РПЖ. Респонденты были едины во мнении, что для повышения выявляемости РПЖ, необходимо создание возможности прохождения скрининга, без предварительного посещения врача.

При назначении пациентам анализа крови на ПСА, сроки ожидания даты взятия крови могут составлять от 3 до 14 дней, а в некоторых случаях пациенты не имеют возможность записаться даже в данные сроки. Респонденты отмечают, что в этих случаях среди пациентов распространена практика обращений в частные медицинские лаборатории, с последующей явкой к врачам-урологам с результатами выполненного теста на ПСА.

Респонденты отметили, что врачи-терапевты и участковые и ВОП, при получении результатов ПСА с отклонениями от нормы, направляют пациентов на прием к врачам-урологам, что также связано с ожиданием их приема от 3–5 до 14 дней. В связи с этим на данном этапе среди пациентов распространена практика обращений к врачам-урологам сторонних медицинских организаций, в том числе частных, связанное с нежеланием длительного ожидания приема врача-уролога поликлиники.

С пациентами, у которых выявлено повышение уровня ПСА, врачами-урологами проводится беседа о необходимости дальнейшей диагностики и возможного выполнения биопсии предстательной железы (далее БПЖ). Данный этап регламентирован соответствующим приказом, согласно которому, пациенты с подозрением на РПЖ, для выполнения БПЖ, направляются в стационар кратковременного пребывания (далее СКП) по территориальному принципу, после проведения предварительного обследования (Таблица 8.6.).

В этап предварительного обследования, перед госпитализацией в СКП для БПЖ, включены лабораторно-инструментальные исследования, которые пролонгируют данный этап и по результатам интервьюирования могут составлять до 3 недель. На этом этапе также отмечается практика самостоятельных обращений пациентов в сторонние медицинские организации для дальнейшего обследования и лечения, а также требований пациентов направить их на консультации в медицинские организации, вне регламентированной маршрутизации. При этом врачи-урологи отмечают случаи возникновения конфликтных ситуаций с пациентами, связанными с их неудовлетворенностью длительными сроками ожидания медицинской помощи и необходимостью дальнейшего посещения именно СКП, согласно регламентирующим документам, в противоречие праву выбора пациентом медицинской организации. Врачи отметили необходимость пересмотра сроков актуальности результатов предварительного обследования перед госпитализацией в сторону их увеличения, а также расширения списка регламентированных медицинских организаций, в которые можно направлять пациентов на госпитализацию для выполнения БПЖ.

Таблица 8.6 – Перечень анализов и обследований перед госпитализацией в СКП[1]

N п.п.	Виды обследований	Срок актуальности результатов обследования
Обязательное		
1.	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	3 месяца
2.	Исследование на сифилис	3 месяца
3.	Определение антигена к вирусу гепатита B (HbsAg Hepatitis B virus) в крови	3 месяца
4.	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови	3 месяца
5.	Определение основных групп крови (A, B, 0)	3 месяца
6.	Определение резус-принадлежности	бессрочно
7.	Общий анализ мочи	бессрочно
8.	Клинический анализ крови	1 месяц
9.	Биохимический анализ крови	2 недели
Дополнительное (по показаниям)		
10.	ЭКГ	1 месяц
11.	Rg-грудной клетки или флюорография	1 месяц
12.	Заключение врача-терапевта	6 месяцев
13.	Колоноскопия	6 месяцев

На повторных приемах, после получения результатов предварительного обследования, врачи-урологи оформляют направление на госпитализацию в СКП, где врач-уролог принимающей организации принимает решение о подтверждении наличия медицинских показаний для выполнения БПЖ, назначает дату госпитализации в СКП, а также, в случае необходимости, назначает дополнительное обследование.

На данном этапе респонденты отмечают, что сроки назначения госпитализации врачом-специалистом принимающей стороны в среднем составляют 2–4 недели, а в ряде случаев более 1 месяца, что не соответствует регламентированным

[1] Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.10.2016 № 855 «Об организации направления пациентов в стационар кратковременного пребывания по профилю «урология».

срокам обследования пациента с подозрением на онкологическое заболевание, который должен составлять не более 10 дней[1]. При этом с учетом ограниченных сроков актуальности результатов предварительного обследования, ряд пациентов вынуждены повторно обращаться на прием к врачу-урологу поликлиники, для повторного выполнения лабораторно-инструментальных исследований перед предстоящей госпитализацией, что сопряжено с необходимостью вновь записываться к врачу-урологу поликлиники, с соответствующим ожиданием приема.

Распространена практика необоснованных отказов в госпитализации врачами-урологами СКП, принимающих стационарных медицинских организаций, с такими формулировками, как: «соответствие полученного значения ПСА возрасту пациента», «необходимость понаблюдать значение уровня ПСА в динамике», «госпитализация в круглосуточный стационар, с учетом сопутствующей патологией», «необходимость выполнить дополнительно инструментальное исследование» вне регламента или «предоставить заключение врачей других специальностей об отсутствии противопоказаний к выполнению БПЖ», что также противоречит нормативным документам и удлиняет сроки ожидания медицинской помощи. Это способствует формированию недоверия пациентов к врачам-урологам поликлиники, связанное с тем, что, пройдя все этапы, пациентам отказывают в госпитализации для БПЖ, чему также способствует сформировавшееся в обществе представление о более высоком уровне квалификации врачей стационарных медицинских организаций.

В связи с этим интервьюируемые были едины в необходимости создания каналов связи между врачами-урологами первичного звена и СКП, для оперативного решения возникающих вопросов по маршрутизации пациентов.

После выполнения БПЖ пациент выписывается из СКП и направляется к врачу-урологу поликлиники, с рекомендацией повторной явки в СКП для получения результатов гистологического исследования, которое выполняется 10–14 дней. Результат гистологического исследования выдается пациенту, и он повторно

[1] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.12.2015 № 1087 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

направляется к врачу-урологу поликлиники для дальнейшей маршрутизации в специализированные медицинские организации по профилю «онкология», в случае выявления РПЖ, а в случае не подтверждения РПЖ для дальнейшего динамического наблюдения. На данных этапах респонденты отмечают, что несмотря на установленный порядок маршрутизации, который предусматривает дальнейшее направление пациентов с верифицированным злокачественным новообразованием к врачам-онкологам в специализированные медицинские организации, врачами-урологами СКП, в некоторых случаях, пациентам с РПЖ, которым показано оперативное лечение, предлагается госпитализация в медицинские организации вне установленной маршрутизации[1]. При этом пациентам даются рекомендации дополнительного обследования в поликлинике для определения распространенности процесса (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, остеосцинтиграфия) с повторной консультацией, при которой пациентам ставится окончательный диагноз и определяется дата госпитализации, к которой пациент должен быть вновь предварительно обследован врачом-урологом на уровне поликлиники и получить от него направление на госпитализацию. Респонденты также отмечают, что если в случае направления пациента с выявленным РПЖ в специализированную медицинскую организацию, дальнейшим лечебно-диагностическим процессом занимается врач-онколог и вся дальнейшая диагностика выполняется в данной медицинской организации, обладающее соответствующей базой для её проведения, то в случае, когда пациент идет вне установленной маршрутизации, нагрузка по диагностике ложится на поликлинику, которая не обладает соответствующими мощностями, с формированием длительных сроков их ожидания, которые, по мнению респондентов, могут составлять от 2 до 8 недель. При этом пациенты вынуждены неоднократно посещать врача-уролога поликлиники для оформления соответствующих направлений, формируя посещаемость по причинам, не связанной с оказанием медицинской помощи. Соответствующая маршрутизация представлена на схеме 8.3.

[1] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.12.2015 № 1087 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

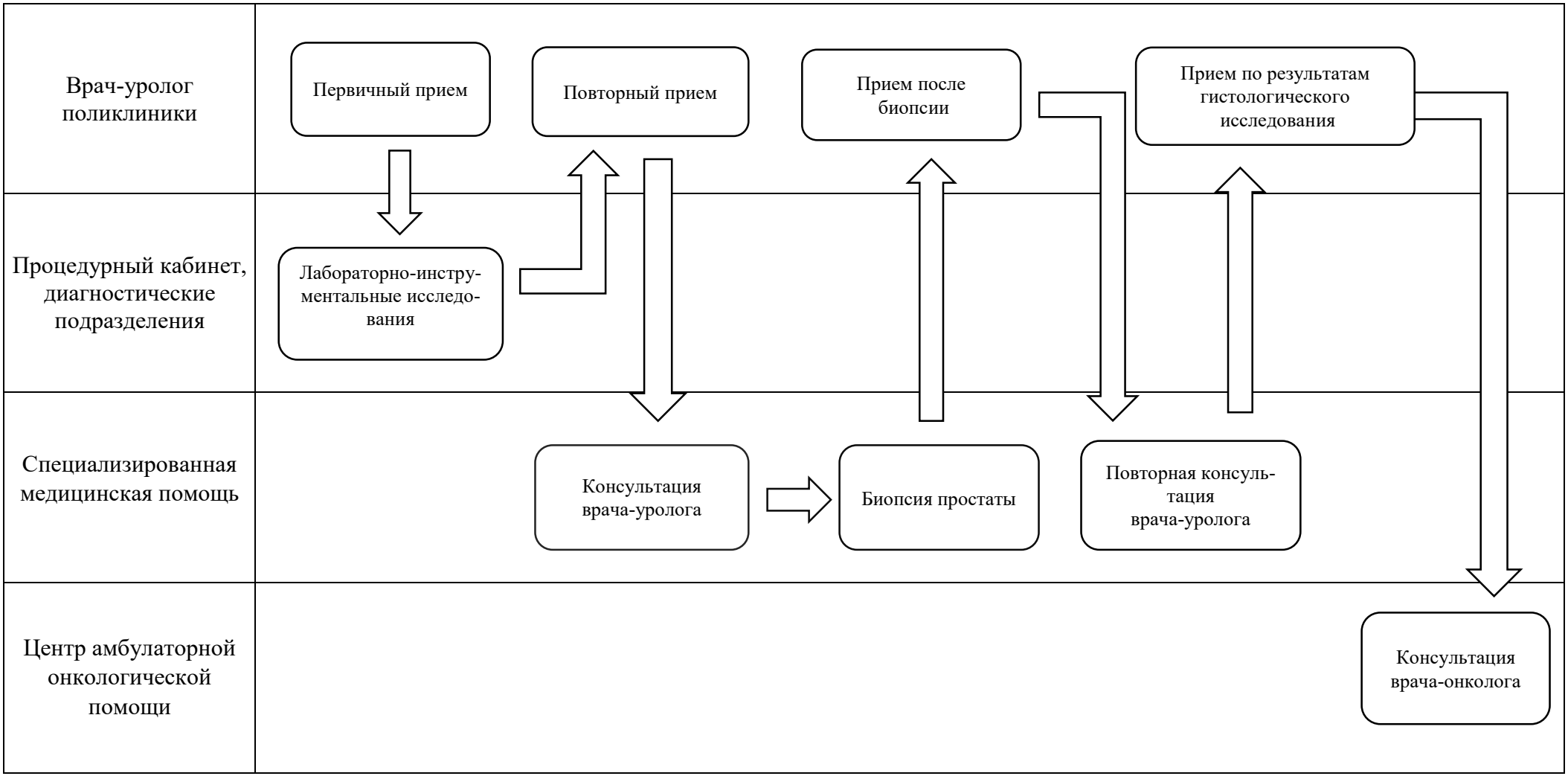


Схема 8.3 – Маршрут движения пациента при подозрении на РПЖ

Врачи отметили, что при описанной маршрутизации пациент посещает врачей-урологов поликлиники, СКП, выполняющего БПЖ, врача-онколога, между которыми отсутствуют каналы связи, что приводит к фрагментации медицинской помощи, препятствует созданию доверительных отношений между пациентом и врачом.

В целом, респонденты сошлись в оценках, что с момента посещения пациентом поликлиники для ранней диагностики РПЖ, до обращения в специализированные учреждения с уже подтвержденным диагнозом, в среднем проходит 1–2 месяца; сроки с момента возникновения подозрения на РПЖ до выполнения БПЖ – 4–6 недель; с момента выявления РПЖ до обращения в специализированное учреждение – 1–2 недели. Эти сроки превышают сроки ожидания медицинской помощи, представленные в ПГГГ[1].

На втором этапе**,** с учетом полученных данных в ходе интервьюирования врачей-урологов, с целью повышения доступности и расширения возможностей по ранней диагностике РПЖ, а также сокращения сроков ожидания медицинской помощи, на базе ГП № 115 проведен организационный эксперимент по ранней диагностике мужчин на РПЖ и оптимизации маршрутизации пациентов с подозрением на РПЖ. При разработке эксперимента руководствовались принципом создания для пациентов доступности прохождения скрининга на РПЖ, а при выявленных отклонениях от нормы ПСА, обеспечение ускоренной диагностики с проведением БПЖ и дальнейшей маршрутизацией в специализированные медицинские организации. Был сформирован приказ ГП № 115, в котором был описан регламент мероприятий по ранней диагностике РПЖ, определена маршрутизация пациентов, участники эксперимента и ответственные лица[2]. Полученный в ходе предыдущего организационного эксперимента положительный опыт, позволил при этом внедрить телемедицинские технологии и активно интегрировать средний медицинский

[1] Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»; Постановление Правительства Москвы 27.12.2018 № 1703-ПП «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

[2] Приказ главного врача ГБУЗ Городская поликлиника № 115 ДЗМ от 24.01.2019 №129п «Об организации мероприятий по скринингу мужского населения на выявление рака предстательной железы в ГБУЗ «ГП № 115 ДЗМ» в 2019 году».

персонал в лечебно-диагностический процесс для выполнения определенных трудовых функций, которые ранее выполнял врач.

Путем широкого информирования населения (сайт поликлиники и социальные сети, места массового скопления людей в поликлинике, на приеме врачами всех специальностей), проживающего на территории, обслуживаемой ГП № 115, распространена информация о проведении онкоскрининга, в рамках которого мужчины старше 40 лет приглашались в отделение медицинской профилактики для прохождения теста на ПСА (каждую вторую субботу месяца с 9.00 до 13.00, без предварительной записи к врачу). Регламентом определено формирование групп пациентов, с превышением предельно допустимых значений уровня ПСА крови, согласно действующим клиническим рекомендациям: для возрастной группы 40–49 лет – более 2,5 нг/мл; 50–59 лет – более 3,5 нг/мл; 60–69 лет – более 4,5 нг/мл; 70 лет и старше – более 6,5 нг/мл. Сроки выполнения и получения результатов составляли не более 3 рабочих дней. Всю необходимую информацию по онкоскринингу граждане могли получить по телефону отделения медицинской профилактики.

По результатам прохождения онкоскрининга пациенты с нормальным уровнем ПСА имели возможность получить результат на сестринском посту отделения медицинской профилактики, с рекомендацией ежегодного контроля уровня ПСА как метода ранней диагностики РПЖ. Результаты анализа крови на ПСА выше предельно допустимых значений передавались в кабинет врача-уролога. Все пациенты, у которых выявлено повышение уровня ПСА, медицинской сестрой урологического кабинета вносились в электронную базу данных, с последующим их обзвоном и приглашением на прием для дальнейшей диагностики и маршрутизации в специально выделенные часы приема врача-уролога поликлиники. При этом для выполнения этой функции был выделен наиболее опытный профильный специалист, имеющий, в том числе и сертификат врача ультразвуковой диагностики для выполнения соответствующего исследования, выполнение которого необходимо пациентам с подозрением на РПЖ. На приемах, с учетом особенностей каждого пациента, принималось персонализированное решение о дальнейшем выполнении БПЖ, для верификации диагноза, после предварительного обследования. С целью

сокращения сроков ожидания, на всех этапах предварительного обследования (процедурный кабинет, кабинет ЭКГ, рентгенкабинет, консультация врача-терапевта), было выделено время для данной категории пациентов, что позволило обследовать данных пациентов в течение не более 5 рабочих дней.

Таким образом, при подозрении на РПЖ (получении результата повышенного уровня ПСА), пациент приглашался на прием к врачу-урологу в течение не более 2 дней. На приеме выполнялось ультразвуковое исследование предстательной железы и принималось решение о выполнении БПЖ после предварительного обследования, которое составляло не более 5 дней. Общее время данного этапа составило не более 7 дней.

Необходимость сокращения сроков ожидания госпитализации для выполнения БПЖ и исключения практики необоснованных отказов пациентам в её выполнении, совместно кафедрой урологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, разработана маршрутизация пациентов с подозрением на рак предстательной железы с дальнейшей апробацией данной организационной технологии на базе ГБУЗ ГП №115 ДЗМ и клинической базе кафедры - центра урологии и литотрипсии Клинической больницы №1 АО ГК Медси. При этом одним из условий взаимодействия в рамках данного эксперимента было оформление уролога ГП № 115, ведущего прием пациентов с подозрением на РПЖ, в штат центра урологии и литотрипсии КБ №1, для выполнения БПЖ. Таким образом, удалось сформировать маршрутизацию пациентов с подозрением на РПЖ, при которой пациент взаимодействует с одним врачом-урологом, что способствовало созданию доверительных отношений между пациентом и врачом. Также достигнута договоренность, что пациенты, у которых врачом-урологом определены показания на госпитализацию для выполнения БПЖ, будут записываться дистанционно путем взаимодействия с администратором центра урологии и литотрипсии КБ № 1. Определены сроки выполнения гистологического исследования – не более 7 дней с момента выполнения БПЖ, при этом результаты гистологического исследования, по готовности, пересылались по электронной почте в поликлинику.

В результате, маршрутизация пациентов с подозрением на РПЖ сложилась следующим образом: после получения результата повышенного ПСА – вызов на прием к врачу-урологу, где при определении необходимости выполнения БПЖ, оформляется направление на госпитализацию по форме 057/у и назначается дата госпитализации, с учетом пятидневного срока выполнения предварительной догоспитальной диагностики и информирования пациента о правильной подготовке к БПЖ. Учитывая объем оперативного вмешательства, госпитализация составляла 1 день (выполнение биопсии в первой половине дня, наблюдение в палате кратковременного пребывания в течение дня, с последующей выпиской пациента в тот же день). Пациент при выписке приглашался на повторный прием в поликлинику через 7 дней для ознакомления с результатами гистологического исследования и определения дальнейшей тактики в зависимости от результата. В случае подтверждения РПЖ выдавалось направление к врачу-онкологу специализированной медицинской организации по территориальному принципу – в центр амбулаторной онкологической помощи Московской городской онкологической больницы № 62 ДЗМ для дальнейшего наблюдения и лечения (схема 8.4).

В целом срок от получения результата повышенного ПСА (подозрение на РПЖ) до получения результатов гистологического исследования составил не более 14 дней, что существенно ниже существующих сроков ожидания, определенных ранее в ходе интервьюирования и представленных в Программе государственных гарантий.

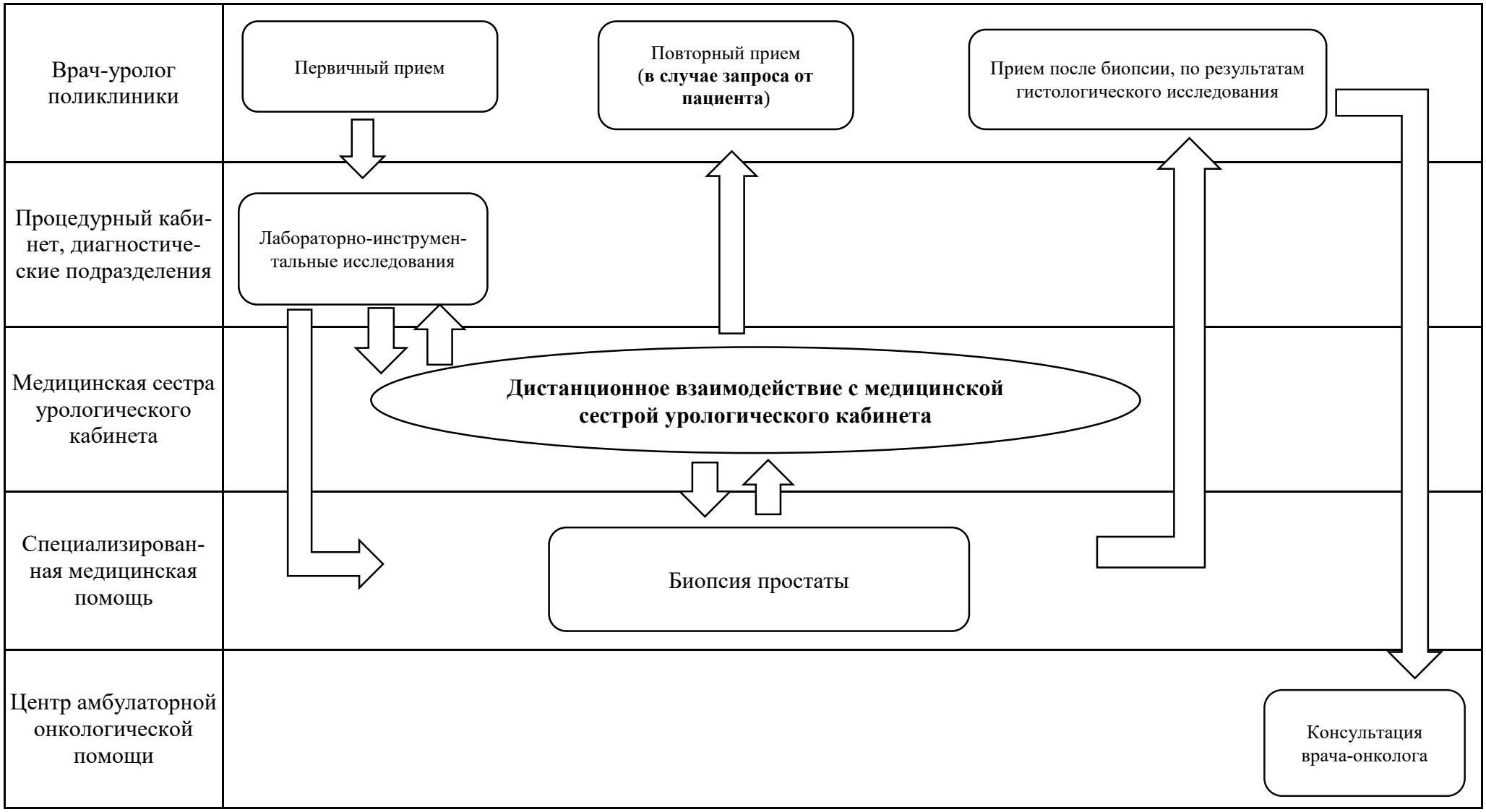


Схема 8.4 – Маршрут движения пациента с подозрением на РПЖ, сформированный в ходе организационного эксперимента

Помимо онкоскрининга на прием к врачам-урологам, врачам-терапевтам участковым и ВОП могут обращаться пациенты с повышенным уровнем ПСА, для которых установлена следующая маршрутизация. При выявлении повышенного уровня ПСА пациент информировался врачом о подозрении на РПЖ и необходимости дальнейшего обследования, данные пациентов передавались в кабинет врача-уролога, медицинская сестра которого в дальнейшем связывалась по телефону с пациентом и согласовывала с ним дату приема врача-уролога, определенного для работы с пациентами с подозрением на РПЖ. Далее данные пациенты маршрутизировались по тому же пути, что установлен для пациентов с повышенным уровнем ПСА крови, выявленным в ходе онкоскрининга.

Таким образом, все пациенты с уровнем, превышающим предельно допустимые значения ПСА, были сконцентрированы на одном враче-уропологе, который занимался как маршрутизацией пациентов, так и диагностикой, и лечением с момента выявления повышения уровня ПСА до получения результатов гистологического исследования после БПЖ.

Для всех пациентов, следующих по данному маршруту, была установлена возможность дистанционного взаимодействия с кабинетом врача-уролога на всех этапах, как по вопросам состояния здоровья, так и организационным. На приеме, после осмотра и обследования, пациенту давались разъяснения по дальнейшей его маршрутизации и возможности связаться по телефону, предварительно установленному в кабинете уролога, с медицинской сестрой урологического кабинета в случае возникновения вопросов по ходу их маршрутизации. В случае вопросов по состоянию здоровья, медицинской сестрой выполнялась фиксация данного вопроса, с передачей врачу-урологу и последующим взаимодействием непосредственно врача с пациентом для их обсуждения.

Наряду с этим, с целью обеспечения высокой комплаентности пациентов, для медицинской сестры урологического кабинета были определены две временные точки контроля – даты, в которые выполнялся обзвон пациентов на предмет выяснения следованию маршрута и возможных возникающих при этом организационных проблемах.

Первой точкой контроля установлен день, следующий после выполнения лабораторно-инструментальных исследований. Пациент информировался о получении их результатов, повторно информировался о дате госпитализации и необходимости правильной подготовки к ней. В случае выявления изменений в результатах лабораторно-инструментальных исследований, которые могли бы осложнить послеоперационный период, пациент записывался медицинской сестрой на прием к врачу-терапевту участковому или ВОП. При отсутствии изменений в результатах лабораторно-инструментальных исследований, они отправлялись по электронной почте в центр урологии и литотрипсии КБ № 1.

Второй точкой контроля установлена дата, следующая после выполнения БПЖ. При этом выполнялся сбор информации о состоянии и самочувствии пациента и согласовывалась дата приема врача-уролога по результатам гистологического исследования.

При обзвонах, в случае поступления от пациента запроса на консультацию с врачом-урологом, запрос фиксировался и передавался врачу-урологу, который в последующем связывался с пациентом.

Организационный эксперимент продолжался в течение 5 месяцев (с января по май 2019 года), в ходе которого скрининг на РПЖ прошло 785 мужчин. У 137 (17,4%) было выявлено повышение уровня ПСА крови. Показания для выполнения биопсии определены у 116 (14,7%) мужчин, которым выполнены биопсии предстательной железы, из которых у 39, по результатам гистологического исследования выявлен РПЖ, и они направлены к врачу-онкологу в специализированную медицинскую организацию. Вне онкоскрининга на приемах врачей-урологов, врачей-терапевтов участковых и ВОП выявлено 98 пациентов с повышенным уровнем ПСА, из которых БПЖ выполнена 91 пациенту, у 28 из них, по результатам гистологического исследования, верифицирован РПЖ, которые также направлены к врачу-онкологу. В целом по маршруту, сформированному в ходе организационного эксперимента, прошло 207 пациентов.

Оптимизация маршрутизации пациентов в ходе организационного эксперимента, позволила сократить, по сравнению с традиционным, сложившимся маршрутом, число посещений врача-уролога с 4 до 2, с соответствующим снижением стоимости приемов врача-уролога поликлиники. Согласно тарифам на оплату медицинской помощи[1], стоимость первичного приема врача-уролога составляет 71,79 руб., повторного 65,69 руб., усредненный рассчитанный тариф на прием составил – 68,74 руб. Соответственно, с учетом 4 посещений врача-уролога стоимость составляет 268,86 руб., стоимость посещений врачей-урологов при организационном эксперименте составила – 137,48 руб. Наряду с этим сокращение числа посещений к врачу-урологу в ходе организационного эксперимента высвобождает время для записи на прием двум новым пациентам.

Для всей группы пациентов с подозрением на РПЖ стоимость приемов врача-уролога при традиционном маршруте движения, с учетом 4 посещений врача-уролога (828 посещений всей группой), составляет 55654,32 руб. Сокращение числа посещений в рамках эксперимента снижает стоимость посещений всей группой (414 посещений) до 28458,36 руб., с соответствующим высвобождением времени для записи к врачу-урологу 414 новых пациентов.

Медицинской сестрой урологического кабинета в ходе маршрутизации каждого пациента выполнено два дистанционных взаимодействия в установленных точках контроля, в целом 435 взаимодействий по телефону по всей группе пациентов. Врачом-урологом выполнено 68 дистанционных консультаций по запросам пациентов, полученным медицинской сестрой.

Для оценки социальной эффективности организационной технологии по оптимизации маршрутизации пациентов и сокращению сроков ожидания госпитализации, выполнено индивидуальное интервьюирование всех пациентов, участвовавших в организационном эксперименте, на предмет удовлетворенности: 91,4% респондентов высказали положительные оценки установленной новой маршрутизацией пациентов на госпитализацию. При этом отдельно выполнен опрос пациентов,

[1] Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2019 год (г. Москва, 27 декабря 2018 г.)

которые ранее имели опыт плановой госпитализации по направлению из поликлиники (126 пациентов), на предмет сравнительной оценки новой организационной технологии с традиционной маршрутизацией, который выявил также положительное отношение – 81,3% респондентов (Таблица 8.7).

Таблица 8.7 – Отношение пациентов к новой маршрутизации, установленной в ходе организационного эксперимента

Вариант ответа	Удовлетворены ли вы новой формой маршрутизации на госпитализацию?		Считаете ли Вы, что данная форма маршрутизации лучше традиционной?	
	Абс.	%	Абс.	%
Да	125	60,4	69	56,1
Скорее да	64	31,0	31	25,2
Затрудняюсь ответить	10	4,8	11	9,0
Скорее нет	6	2,8	8	6,5
Нет	2	1,0	4	3,2
Всего	207	100	123	100

Положительные оценки респондентов связаны с уменьшением числа посещений врача-уролога в ходе маршрутизации, возможности дистанционного взаимодействия при возникновении вопросов как организационного характера, так и по лечению, а также сокращение сроков ожидания медицинской помощи на всех этапах.

Проведенный организационный эксперимент позволил занять ГП № 115 первое место в городе Москва по числу выявленных РПЖ на ранних стадиях и получить грант[1]. Установленная маршрутизация пациентов с подозрением на РПЖ принята в практику поликлиники и в дальнейшем позволила по итогам первого полугодия 2020 года занять второе место в городе Москва по числу выявленных РПЖ на ранних стадиях и повторно получить грант[2]. Данная организационная технология использовалась до принятия режима ограничительных мер, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции.

[1] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.11.2019 № 983 «О получателях грантов Правительства Москвы «Ранняя диагностика. Рак победим» по итогам первого полугодия 2019 года.
[2] Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 07.10.2020 № 1171 «О получателях грантов Правительства Москвы «Ранняя диагностика. Рак победим» по итогам первого полугодия 2020 года.

Результаты организационного эксперимента позволили выявить потенциальные ресурсы первичного звена, в части возможностей реализации программ по ранней диагностике онкологических заболеваний, а также показали эффективность мероприятий по оптимизации маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболеванием на госпитализацию, которая связана с активным привлечением среднего медицинского персонала, использованием дистанционных консультаций и привело к уменьшению числа посещений к врачу-урологу и сокращению сроков ожидания медицинской помощи на всех этапах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приоритетность развития ПМСП, повышение её доступности и качества определены во всех документах стратегического планирования, в государственных и региональных программах, а также федеральных проектах по развитию здравоохранения. При этом в условиях экономических санкций, ограниченного финансирования и растущей нагрузки на систему здравоохранения особую актуальность приобретает поиск организационных технологий по повышению доступности и качества ПМСП при существующих ресурсах здравоохранения.

В ходе реализации госпрограммы «Столичное здравоохранение», в Москве удалось значительно улучшить материально-техническое обеспечение медицинских организаций, с созданием комфортных условий пребывания в них, внедрить новые технологии при оказании медицинской помощи, достигнуть значимого прорыва в информатизации здравоохранения, существенно повысить заработную плату медицинским работникам.

Однако развитие и укрепление ресурсной составляющей без совершенствования организационных процессов по оказанию медицинской помощи не дает значимого увеличения эффективности деятельности системы здравоохранения. Подтверждением тому является сохраняющиеся проблемы, связанные с кадровым обеспечением, особенно участковой службы, недостаточный уровень квалификации медицинских работников и их мотивации, высокая трудовая нагрузка на врачей, с выполнением не свойственных им функций, не связанных с оказанием медицинской помощи. Внедренная в Москве система общей врачебной практики, с целью снижения потребности в консультациях врачей-специалистов и повышения доступности ПМСП, не способствовала укреплению роли участкового врача как координатора потоков пациентов, сохраняется фрагментарность и отсутствие преемственности при оказании медицинской помощи.

Вместе с тем наличие мощной ресурсной составляющей должно стать катализатором развития организационных технологий, примером является уникальный опыт использования телемедицинских технологий в Москве, в период пандемии,

который выявил высокий потенциал данной технологии для дальнейшего использования в самом массовом секторе здравоохранения – первичном звене.

Основными направлениями совершенствования ПМСП должны стать новые организационные технологии, отвечающие возрастающим запросам населения и адаптация нормативного правового обеспечения к оказанию ПМСП в современных условиях. Все это требует получения релевантной информации о текущих потребностях населения, на основе изучения структуры посещаемости пациентами врачей, её динамики и объемов, маршрутизации пациентов при оказании им медицинской помощи. Это позволит обосновать организационные технологии по совершенствованию ПМСП с дальнейшей их апробацией, анализом результатов практического применения, послужит информационной платформой и практической базой для корректировки нормативных правовых актов.

Рабочая гипотеза исследования строилась на том, что рост населения крупных городов, увеличение продолжительности жизни граждан, приводит к повышению потребности в медицинской помощи, росту нагрузки на систему здравоохранения. При этом существуют серьезные риски, связанные с тем, что сохраняющиеся проблемы с кадровым обеспечением медицинских организаций первичного звена – наиболее массового сектора здравоохранения, не позволят удовлетворить потребность населения в медицинской помощи, что определяет необходимость поиска организационных технологий по повышению доступности медицинской помощи при имеющихся ресурсах.

Исследование выполнено в несколько этапов с использованием различных методов сбора и анализа полученных данных. Одним их ведущих методов исследования является метод группового интервьюирования, с помощью которого впервые получены данные о качественных признаках процесса оказания медицинской помощи в первичном звене, а также о проблемах при оказании ПМСП и путях её совершенствования.

На первом этапе, анализ демографических тенденций показал, что население Москвы за десятилетний период выросло на 9,8% и на начало 2022 года составило 13015 млн., с ростом населения старше трудоспособного возраста на 33,7%, доля

которого составила почти треть. Рост численности населения Москвы связан с увеличением продолжительности жизни граждан, которая составила 78,2 года, миграционным приростом, позволившим компенсировать отрицательный естественный прирост населения. За 2012-2022 гг. на 12,6% выросла численность обслуживаемого прикрепленного населения к медицинским организациям Москвы, оказывающим ПМСП.

В Москве выявлен рост показателя смертности населения с 9,9 до 10,1 на 1000 населения. В структуре основных причин смерти ведущие позиции занимают болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины. Отмечен рост показателей общей и первичной заболеваемости взрослого населения на 6,6% и 9,2%, соответственно, которые в 2022 году составили 1377,7 и 522,6 на 1000 населения. В структуре общей заболеваемости в Москве наибольшую долю занимают болезни системы кровообращения и болезни органов дыхания, а в структуре первичной заболеваемости - болезни органов дыхания, COVID-19 и травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Показатели заболеваемости населения Москвы старше трудоспособного возраста повторяют данные тенденции, составляя более 45% в структуре общей и более 25% в структуре первичной заболеваемости взрослого населения.

Далее, для комплексного представления о возможностях здравоохранения Москвы в обеспечении растущей потребности населения в медицинской помощи, проведен анализ ресурсов и деятельности государственной системы здравоохранения Москвы, прежде всего, первичного звена здравоохранения как наиболее востребованного у населения.

За 2012-2022 гг. выявлено снижение показателей обеспеченности врачами на 24,2% и средним медицинским персоналом – на 26,8%, которые составили в 2022 году 43,3 и 60,7 на 10 тыс. населения, соответственно, показатель соотношения врачей и среднего медицинского персонала составил 1:1,4. Показатель обеспеченности врачами в Москве выше, чем целевой показатель федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», согласно которому в 2022 году он должен составлять 39,5 на 10 тыс.

населения, а показатель обеспеченности средним медицинским персоналом ниже целевого – 90,4 на 10 тыс. населения. Показатель соотношения врач / средний медицинский персонал также ниже целевого значения, установленного в госпрограмме «Столичное здравоохранение» – 1:2,5. Показатель обеспеченности врачами клинических специальностей сократился с 35,2 до 28 на 10 тыс. населения, а их доля составляет 64,8% от общего количества врачей. Обращает внимание, одномоментное увеличение численности медицинских кадров, занятых в негосударственной системе здравоохранения: врачей более чем в два раза - с 14,2 до 37,7 тыс. человек, сокращением доли врачей государственной системы здравоохранения с 82,8% до 59,9% от общей численности; среднего медицинского персонала с 16,3 до 33,8 тыс. человек, с сокращением доли среднего медицинского персонала государственной системы здравоохранения с 85,9% до 70,2%

Центральной фигурой первичного звена здравоохранения при оказании медицинской помощи является врач-терапевт участковый, а с учетом внедрения в Москве общей врачебной практики, с 2014 года и врач общей практики (семейный врач). При рассмотрении соотношения врачей-терапевтов участковых и ВОП отмечается, что с началом перехода к оказанию медицинской помощи на принципах врача общей практики (семейного врача) доля ВОП в 2018 году достигала 74,1%, с последующим сокращением до 51,5% в 2022 году. Несмотря на рост обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и ВОП, в 2022 году выявлен дефицит занятых должностей в Москве: 1017 врача-терапевта участкового или 1152,6 ВОП. Выявлен дефицит среднего медицинского персонала врачей-терапевтов участковых и ВОП – 2279 и 4111,5 занятых должностей, соответственно. Сокращение должностей по некоторым врачебным специальностям, привело к их дефициту в 2022 году: врач-кардиолог – 113,7, врач-эндокринолог – 45,7, врач-хирург – 336,7, врач-уролог – 155,5, врач-гериатр – 159 занятых должностей.

Отражением тенденций сокращения медицинских кадров является соответствующее снижение объемов оказываемой медицинской помощи: среднее число посещений на 1 жителя сократилось на 37,3% и составило 8,4 в 2022 году; число выполняемых лабораторных анализов – на 56,9%; физиотерапевтических процедур

– на 10,6%, процедур ЛФК и рефлексотерапии – на 20% и 14,9%, соответственно. При этом отмечается рост числа посещений жителями старше трудоспособного возраста, доля которых выросла с 43% в 2012 году до 47% в 2022 году.

Сокращение коечного фонда в Москве на 37% привело к интенсификации медицинской помощи, оказываемой в стационарных медицинских организациях, при этом на 44,6% сократился показатель средней длительности пребывания пациента на койке с ростом оборота койки на 78,5%. Уровень госпитализации взрослого населения сократился на 5,6%, до 15 на 100 человек населения, что превышает целевые значения госпрограммы «Столичное здравоохранение», в рамках которой предполагалось за счет повышения эффективности ПМСП, сократить уровень госпитализации. Сократилась госпитализация больных по СМП – на 40,7%; число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах, – на 10,4%, что связано с реализаций отдельных мероприятий по совершенствованию СМП в рамках программы «Столичное здравоохранение», при этом более чем в 6 раз выросло число лиц, которым оказана медицинская помощь амбулаторно. Доля госпитализаций по СМП в общей структуре госпитализаций сократилась с 82,8% до 51,3%.

Увеличилось число граждан, производивших запись на прием к врачам: к врачам-терапевтам участковым и ВОП на 142%; к врачам – специалистам 1-го уровня на 81%, к врачам – специалистам 2-го уровня – более чем в 6 раз. При этом в соответствии со сроками, определенными в ПГГ, смогли записаться к врачу-терапевту участковому и ВОП 62,5% пациентов, к врачам – специалистам 1-го уровня – 78,4%, к врачам – специалистам 2-го уровня – 71,3% пациентов.

Выявлено, что предварительная запись не всегда реализовывается в виде приема пациента. Доля пациентов, которые предварительно записались на прием, а впоследствии не явились на него, варьирует от 9% у врача-эндокринолога до 18,9% у врача-хирурга.

Средняя длительность врачебного приема различается в зависимости от специальности и варьирует от 8 минут у врачей-урологов до 17 минут у врачей-кардиологов. Нормативным показателям соответствуют только показатели средней

длительности приема у врачей-кардиологов, врачей-эндокринологов и врачей-офтальмологов, по остальным врачебным специальностям показатели средней длительности приема ниже нормативных. Наибольшая доля приемов продолжительностью менее 5 минут определена у врачей-терапевтов участковых и ВОП – 30,8% и урологов – 28,7%.

Полученные данные демонстрируют, что несмотря на проводимые мероприятия в рамках госпрограмм и национальных проектов в Москве сохраняется дефицит медицинских кадров первичного звена здравоохранения с соответствующим сокращением объемов оказываемой медицинской помощи и формированием длительных сроков её ожидания, что определят необходимость поиска путей повышения доступности ПМСП. В связи с этим на следующем этапе проведено изучение структуры посещаемости пациентами врачей поликлиники для выявления потенциальных возможностей по перераспределению потоков пациентов между медицинскими работниками, с высвобождением времени для записи к врачам и повышения доступности ПМСП.

Выявлено, что посещения врачей по причинам, непосредственно не связанным с оказанием медицинской помощи, доля которых составляет 16,5–35,4% в зависимости от врачебной специальности, связаны с выпиской льготного рецепта пациентам, страдающими хроническими заболеваниями, которым требуются длительные курсы лечения; с оформлением направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации; с получением справок и заключений о состоянии здоровья при направлении пациентов на МСЭ, санаторно-курортное лечение, для предоставления в другие учреждения.

Изучение маршрутов движения пациентов, выявило избыточность посещений, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи, формированию чего способствуют нормативные правовые акты, ограничивающие сроки выписки льготных рецептов, сроки актуальности лабораторно-инструментальных исследований и заключений врачей при подготовке пациентов на МСЭ и санаторно-

курортное лечение. При маршрутизации пациентов на госпитализации сроки актуальности исследований и заключений врачей не определены в нормативных актах, что формирует свободную интерпретацию данных сроков. Наряду с этим, недостаточность фельдшеров для выписки льготных рецептов и проблемы с лекарственным обеспечением граждан формируют избыточность посещений пациентами врачей поликлиник для выписки льготных рецептов.

Интервьюирование врачей и пациентов показало, что маршруты движения пациентов при подготовке к МСЭ и санаторно-курортному лечению, госпитализации отличаются сложным порядком, в том числе неоднократными посещениями и лабораторно-инструментальными исследованиями. Превышение сроков подготовки к этим этапам связано с длительными сроками ожидания лабораторно-инструментальных исследований и приема врачей. При этом определена потребность замещения очных посещений дистанционными формами взаимодействия, при состояниях и причинах, не требующих осмотра врача и перераспределения функций между врачами и средним медицинским персоналом, что сократит объем посещений поликлиники пациентами, снизит сроки ожидания медицинской помощи и повысит социальную удовлетворенность пациентов.

Интервьюирование врачей-специалистов выявило, что несмотря на переход к оказанию медицинской помощи на принципах общеврачебной практики, при котором ВОП должны взять на себя часть функций врачей-специалистов, доля пациентов, направляемых на консультацию врачами общей практики (семейными врачами) не сокращается, при этом врачи-специалисты не отмечают различий в части назначения их консультаций между врачами-терапевтами участковыми и ВОП. Большинством респондентов отмечен рост числа необоснованно назначенных консультаций врачами-терапевтами участковыми и ВОП, что связано с их загруженностью и отсутствием знаний по ведению соответствующих пациентов.

Выявлена потребность в повышении уровня знаний врачей-терапевтов участковых и ВОП по узким специальностям, что сократит число консультаций врачей-специалистов, сроки их ожидания, число осложнений у пациентов и запущенных

случаев. Врачи-терапевты участковые и ВОП отметили спорадичность существующих в практике курсов по повышению уровня их знаний, в том числе дистанционных и выразили потребность в их регулярности и прохождении в условиях городской поликлиники с выделением для этого отдельного времени.

Этап изучения структуры посещений пациентами врачей, их маршрутизации при посещениях, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи, дополненный результатами интервьюирования врачей и пациентов позволил выявить потенциальные «зоны» для применения организационных технологий совершенствования оказания ПМСП, которые нашли подтверждение на следующих этапах: при анализе деятельности врачей-терапевтов участковых и ВОП в части назначения консультаций врачей-специалистов; определения перспектив и потенциала использования дистанционных форм взаимодействия и перераспределения некоторых трудовых функций с врачей на средний медицинский персонал.

Анализ нормативных правовых актов, регламентирующих образование и деятельность ВОП и врачей-терапевтов участковых выявил, что несмотря на различия, определяющие врача общей практики (семейного врача) как специалиста, оказывающего многопрофильную амбулаторную помощь, для данных специалистов не определены перечни заболеваний или показаний, при которых назначаются консультации врачей-специалистов, что не дает возможности оценки профессиональной деятельности данных специалистов в части обоснованности назначения консультаций врачей-специалистов и приводит к увеличению потребности в консультациях, снижает доступность медицинской помощи.

Сравнительный анализ профессиональных стандартов врачей и среднего медицинского персонала позволил выявить схожие трудовые функции, в рамках которых представлены идентичные трудовые действия, что определяет потенциальную возможность передачи этих функций от врачей среднему медицинскому персоналу.

Доказано, что потребность в консультациях врачей-специалистов в работе врачей-терапевтов участковых и ВОП не имеет достоверных различий: врачами об-

щей практики (семейными врачами) направляется 8,2% пациентов, а врачами-терапевтами участковыми – 11,6%. При этом на приемах у врачей-терапевтов участковых и ВОП со стажем более 10 лет, доля направляемых на консультации к врачам-специалистам составила 11,4% и 11,1%, соответственно. Выполненная врачами-специалистами регистрация посещений пациентов, направленных к ним ВОП и врачами-терапевтами участковыми на консультации, на предмет обоснованности, также не выявила достоверных различий: ВОП обоснованно назначены - 78,2%, необоснованно – 21,8% консультаций; врачами-терапевтами участковыми обоснованно – 77,4%, необоснованно – 22,6%.

Полученные в ходе интервьюирования мнения о необходимости внедрения дистанционных форм взаимодействия, с целью сокращения посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи и повышения доступности, нашли подтверждение в ходе выполненного анкетирования пациентов и врачей. Пациенты в большинстве готовы получать консультации врачей дистанционно как первично – 60,3%, так и повторно – 66,5%. Доля положительных оценок применения телемедицинских технологий возрастает в случаях, не связанных с оказанием медицинской помощи: получение направлений на лабораторно-инструментальные исследования и их результатов – 73,9% опрошенных; получение рецептов на лекарственные препараты и различные справки – 70,2%. Респонденты считают, что использование различных форм телемедицинских технологий позволит повысить доступность (66,1%) и качество медицинской помощи (52,4%).

Позитивное отношение по различным аспектам применения телемедицинских технологий в первичном звене продемонстрировали ответы врачей: первичных пациентов готовы консультировать дистанционно – 62,4%, повторных – 81,4% опрошенных, а использование телемедицинских технологий в практике позволит повысить доступность (89,4%) и качество медицинской помощи (70,2%).

Сформированный в ходе интервьюирования врачей, перечень посещений, которые бы могли быть замещены дистанционным взаимодействием, с дальнейшим определением доли таких посещений на приемах у врачей позволил выявить, что в 17,7–36,7% случаев первичные приемы могли бы быть выполнены дистанционно,

а в случае повторных приемов – от 63,3 до 82,2% посещений, в зависимости от врачебной специальности.

Полученные данные позволили научно обосновать, разработать и апробировать организационные технологии по совершенствованию ПМСП с последующей оценкой их эффективности.

Доказано, что апробированная образовательная технология – программа повышения квалификации «Актуальные вопросы оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми» позволяет сократить в структуре приема врача-уролога долю пациентов, направленных на консультацию, с 20,8% до 11,4%, что определяет необходимость постоянного функционирования такой технологии в поликлиниках, при отсутствии регулярности которого отмечается снижение уровня знаний врачей и, как следствие, повышается потребность в консультациях врачей-специалистов.

Об эффективность данной технологии указывают оценки врачей, участвовавших в её реализации, которая выразилась в удовлетворенности такой формой повышения квалификации, преимуществами которой, по сравнению с существующими практиками, являются: проведение в условиях поликлиники; регулярность; краткосрочность; актуальность тем для практической деятельности; возможность интерактивного обсуждения; отсутствие психологических барьеров.

Замещение части посещений пациентами диспансерной группы, дистанционными консультациями, с наделением медицинской сестры урологического кабинета функциями, которые ранее выполнял врач, позволило сократить число посещений врачу-уролога пациентами данной группы более чем в 4 раза, среднее число посещений одним пациентом данной группы сократилось с 7,5 до 1,7, с соответствующим высвобождением времени для записи к врачу-урологу. Из выполненных медицинской сестрой урологического кабинета 706 дистанционных взаимодействий с пациентами 27% передано врачу-урологу, а 73% вопросов решены медицинской сестрой самостоятельно (оформление льготных рецептов, информация

справочного характера, подготовка к лабораторно-инструментальным исследованиям).

Эффективность данной технологии нашла подтверждение при опросе пациентов, участвовавших в организационном эксперименте. Удовлетворены новой формой взаимодействия между пациентом и врачом - 93,7% опрошенных, при этом респонденты считают данную организационную технологию лучше традиционной формы взаимодействия в 80,9% случаев.

Дистанционные консультации, выполненные медицинской сестрой, продемонстрировали высокий потенциал среднего медицинского персонала в части взаимодействия с пациентами как координатора, что нашло подтверждение в следующем организационном эксперименте. Предварительный обзвон медицинской сестрой пациентов, с выяснением возможности явки на прием, предварительно записавшихся лиц, позволил сократить долю пациентов, не являющихся на прием с 13% до 3,4%, с одномоментным высвобождением свободных слотов для записи к врачу-урологу.

Длительные сроки ожидания приема врачей и высокая доля посещений к ним, связанных с оформлением направлений на лабораторно-инструментальные исследования, а также полученный положительный опыт использования телемедицинских технологий с активным участием среднего медицинского персонала, позволили обосновать организационный эксперимент по сокращению сроков ожидания медицинской помощи в поликлинике при маршрутизации пациентов на госпитализацию с подозрением на онкологическое заболевание, в рамках которого для пациентов были созданы возможности беспрепятственного прохождения скрининга, по результатам которого, лицам с подозрением на рак предстательной железы были сформированы маршруты прохождения всех этапов лабораторно-инструментальных исследований, с выделением времени для пациентов данной категории; использованы дистанционные формы взаимодействия с пациентами как врача, так и среднего медицинского персонала; для исключения фрагментации медицинской помощи и формирования доверительных отношений, на всех этапах пациенты взаимодействовали с одним врачом-урологом.

Данная организационная технология позволила сократить сроки ожидания медицинской помощи пациентами с подозрением на РПЖ: время с момента возникновения подозрения на онкологическое заболевание до верификации диагноза сократилось с 4–6 недель (что превышает сроки ожидания медицинской помощи согласно ПГГ) до 2 недель, при этом число посещений к врачу-урологу одним пациентом с подозрением на РПЖ, в ходе эксперимента, сократилось с 4 до 2, с соответствующим экономическим эффектом и высвобождением времени для записи пациентов. При этом медицинской сестрой урологического кабинета в ходе маршрутизации каждого пациента выполнено два дистанционных взаимодействия в установленных точках контроля, врачом-урологом выполнено 68 дистанционных консультаций по запросам пациентов, полученным медицинской сестрой.

Оценка эффективности организационной технологии по оптимизации маршрутизации пациентов и сокращению сроков ожидания госпитализации показала, что 91,4% пациентов выразили удовлетворенность установленной новой маршрутизацией пациентов на госпитализацию, а опрос пациентов, которые ранее имели опыт плановой госпитализации по направлению из поликлиники, на предмет сравнительной оценки новой организационной технологии с традиционной маршрутизацией, выявил положительное отношение у 81,3% респондентов. Положительные оценки респондентов связаны с уменьшением числа посещений врача-уролога, появлением возможности дистанционного взаимодействия при возникновении вопросов как организационного характера, так и по лечению, а также сокращение сроков ожидания медицинской помощи на всех этапах.

Таким образом, рост потребности населения в ПМСП определяет необходимость адаптации системы здравоохранения для повышения доступности и качества медицинской помощи, а приоритетными направлениями должны стать организационные технологии по совершенствованию ПМСП населению при фактически имеющихся ресурсах.

Полученные данные стали основой для предложений органам исполнительной власти по внесению изменений в нормативные правовые акты, представленные в практических рекомендациях.

ВЫВОДЫ

1. Первичная медико-санитарная помощь является важнейшим направлением развития отечественного здравоохранения, приоритет которой определен во всех стратегических документах. Результатом реформирования здравоохранения за последние 10 лет стало укрупнение городских поликлиник с их централизацией, укрепление материально-технической базы медицинских организаций, внедрение новых технологий в лечебно-диагностический процесс, информатизация здравоохранения, рост заработной платы медицинских работников. Несмотря на это, проблемы в первичном звене здравоохранения сохраняются: дефицит медицинских кадров, высокая нагрузка на врачей, недостаточный уровень квалификации медицинских работников и их мотивации, не получила должного развития общая врачебная практика.

2. 2. В период с 2012 по 2022 гг. отмечается рост численности населения в Москве (+9,8%), связанный с миграционным приростом. Прирост населения старше трудоспособного возраста составил 33,7%, их доля в структуре населения – 28,9%. Зарегистрирован рост смертности с 9,9 до 10,1 на 1000 населения, при этом снизилась смертность от болезней системы кровообращения (-24,6%), новообразований (-12,8%), болезней органов пищеварения (-25,9%), органов дыхания (-46,2%), внешних причин (- 31,2%). Уровень общей заболеваемости взрослого населения в Москве вырос на 6,6% и составил 1377,7 на 1000 населения в 2022 году (в Российской Федерации на 10,9% и 1595,5 на 1000 населения). Более 45% общей заболеваемости приходится на лиц старше трудоспособного возраста. Продолжительность жизни населения Москвы за этот период увеличилась с 75,7 до 78,2 лет.

3. За период 2012–2022 гг. обеспеченность врачами в Москве снизилась на 24,2% и в 2022 году составила 43,3 на 10 тыс. населения (целевое значение, установленное нацпроектом – 39,5 на 10 тыс. населения). Обеспеченность средним медицинским персоналом сократилась на 26,8% и составила в 2022 году 60,7 на 10 тыс. населения (целевое значение, установленное в нацпроекте – 90,4 на 10 тыс. населения), соотношение врач / средний медицинский персонал составило 1:1,4, что ниже рекомендаций ВОЗ (1:4) и целевых значений госпрограммы «Столичное

здравоохранение» (1:2,5). В 2022 году дефицит занятых должностей врачей первичного звена здравоохранения составил 1017 врачей-терапевтов участковых или 1152 врачей общей практики (семейных врачей), 114 врачей-кардиологов, 46 врачей-эндокринологов, 155 врачей-урологов, 336 врачей-хирургов, 159 врачей-гериатров. Дефицит среднего медицинского персонала врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) составил 2279 и 4111 занятых должностей.

4. С 2012 по 2022 гг. среднее число посещений к врачам на 1 жителя сократилось с 13,4 до 8,6 (на 37,3%). При этом за 2018–2022 гг. в Москве выросло число записей на посещение к врачам-терапевтам участковым и врачам общей практики (семейным врачам) более чем в 2 раза, к врачам-специалистам 1-го уровня в 1,8 раз, к врачам-специалистам 2-го уровня более, чем в 6 раз. В 2022 году в 13% случаев пациенты не смогли записаться к врачам-терапевтам участковым и врачам общей практики (семейным врачам) ввиду отсутствия доступных свободных талонов, 24,5% ожидали приема от 2 до 14 дней; к врачам – специалистам 1-го уровня не смогли записаться 21,6% пациентов; к врачам – специалистам 2-го уровня – 28,7% пациентов. В структуре посещений участковых врачей приемы длительностью менее 5 минут составляют 30,8%, у врачей – специалистов 1-го уровня доля таковых – 16,9–28,7%, у врачей – специалистов 2-го уровня – 3,2–7,6%. При этом от 9 до 18,9% пациентов не являются на прием к врачам по предварительной записи.

5. В городской поликлинике доля посещений, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи, составляет 16,7–35,4%, в зависимости от врачебной специальности. В данной структуре: на посещения для выписки льготного рецепта приходится 8,6–14%, для получения справок, заключений о состоянии здоровья – 24,1–44,3%, для оформления направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации 47,1–62,5% посещений.

6. При анализе нормативных правовых актов, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи, квалификационные требования, образование, профессиональную деятельность врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-

терапевтов участковых выявлено отсутствие перечня заболеваний или показаний, при которых назначаются консультации врачей-специалистов. Это привело к нивелированию различий в квалификации, компетенциях, установленных в нормативных правовых актах для врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) и не дает возможности оценки профессиональной деятельности данных специалистов, в части обоснованности назначения консультаций, способствует увеличению потребности в консультациях врачей-специалистов, снижает доступность медицинской помощи.

Сравнительный анализ профессиональных стандартов врачей и медицинской сестры, с выявлением идентичных трудовых функций, позволил определить теоретические подходы к практическому перераспределению трудовых функций между ними.

7. В структуре посещений врача-терапевта участкового и врача общей практики (семейного врача) доля пациентов, направленных на консультации к врачам-специалистам, не имеет значимых различий: 11,6% и 8,2%, соответственно. При этом на приемах у врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) со стажем более 10 лет доля направляемых на консультации к врачам-специалистам составила 11,4% и 11,1%, соответственно. Наиболее часто требуются консультации следующих врачей-специалистов: врач-невролог – 25,9%, врач-эндокринолог – 20,5% и врач-кардиолог – 19,7%. Из этих направлений в 22,6% и 21,8% случаях, соответственно, лечебно-диагностические мероприятия могли быть реализованы самостоятельно врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

8. Более 60% опрошенных пациентов и врачей отметили возможность проведения первичного приема с помощью телемедицинских технологий, при повторных приемах положительные оценки возрастают (66,5% пациентов, 81,4% врачей). Телемедицинские технологии, по мнению, как пациентов, так и врачей, способствуют повышению доступности (66,1% и 89,4%, соответственно) и качеству медицинской помощи (52,4% и 70,2%, соответственно). По мнению врачей, 34,4–43,3% посещений могли бы быть замещены на телемедицинские консультации.

9. Разработанная программа повышения квалификации для врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых, позволила сократить долю посещений с консультативной целью у врача-специалиста с 20,8 до 11,4%. По мнению врачей, прошедших обучение, апробированная образовательная технология обладает преимуществами, среди которых: обучение в условиях поликлиники; регулярность; краткосрочность; актуальность тем для практической деятельности; возможность интерактивного обсуждения; отсутствие психологических барьеров.

10. Организационный эксперимент по замещению части посещений пациентов диспансерной группы телемедицинскими консультациями с привлечением среднего медицинского персонала (на примере пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы) позволил сократить число посещений одним пациентом поликлиники более чем в 4 раза (с 7,5 до 1,7), с соответствующим высвобождением времени для записи к врачу-урологу. Из выполненных медицинской сестрой урологического кабинета 706 дистанционных взаимодействий с пациентами 27% передано врачу-урологу, 73% вопросов решены медицинской сестрой (оформление льготных рецептов, информация справочного характера, подготовка к лабораторно-инструментальным исследованиям). При этом 93% пациентов выразили удовлетворенность такой формой взаимодействия с врачом-урологом, преимуществом которой является возможность дистанционного взаимодействия с медицинскими работниками и сокращение числа посещений поликлиники.

11. Организационный эксперимент по маршрутизации пациентов с целью ранней диагностики онкологических заболеваний (на примере рака предстательной железы) позволил сократить сроки ожидания медицинской помощи с момента возникновения подозрения на онкологическое заболевание до верификации диагноза с 4–6 недель до 2 недель, при этом число посещений к урологу одним пациентом с подозрением на рак предстательной железы сократилось с 4 до 2 в течение всего маршрута движения пациента, с соответствующим экономическим эффектом и высвобождением времени для записи пациентов.

Удовлетворенность такой формой маршрутизации выразили 91,4% пациентов, участвовавших в эксперименте. Среди преимуществ пациенты отметили:

уменьшение числа посещений врача-уролога в ходе маршрутизации, возможность дистанционного взаимодействия при возникновении вопросов как организационного характера, так и по лечению, а также сокращение сроков ожидания медицинской помощи на всех этапах.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ / ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Министерству здравоохранения Российской Федерации рассмотреть возможность внесения изменений и дополнений в соответствующие нормативные правовые акты:

– по определению и формированию перечня заболеваний и показаний к назначению консультаций врачей-специалистов при оказании медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми;

– по увеличению сроков актуальности заключений врачей и результатов лабораторно-инструментальных исследований при направлении граждан на МСЭ и санаторно-курортное лечение;

– формирование единого перечня обязательных и дополнительных, с учетом заболевания, лабораторно-инструментальных исследований и заключений врачей, необходимых при госпитализации пациентов, с определением сроков их актуальности при госпитализации;

– увеличение сроков, на который возможна выписка льготного рецепта, до сроков явки при диспансерном наблюдении;

– регулирование деятельности, определения и разграничения полномочий врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых, врачей-специалистов и среднего медицинского персонала с перераспределением должностных обязанностей, в соответствии с их профессиональными компетенциями;

– регламентировать регулярные образовательные курсы для врачей на рабочих местах в трудовых коллективах;

– расширить перечень видов посещений пациентами поликлиник, при которых возможно применение телемедицинских технологий, а также рассчитать тарифы на них;

– апробировать модель взаимодействия пациента с врачом с применением телемедицинских технологий в поликлиниках по ряду врачебных специальностей;

– апробировать модель взаимодействия среднего медицинского персонала с пациентами, перед приемом врачей, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Департаменту здравоохранения Москвы:

– усилить контроль за необоснованностью требований стационарными учреждениями заключений врачей и результатов лабораторно-инструментальных исследований из поликлиник;

– ввести в обязанность среднего медицинского персонала, предварительное взаимодействие с пациентами на предмет явки к врачам и выяснения причины посещения;

– рассмотреть возможность интеграции в ЕМИАС федеральных, ведомственных и частных медицинских организаций, бюро МСЭ и органы социальной защиты населения, с формированием межведомственного документооборота;

– рассмотреть возможность разработки автоматизированных систем поддержки принятия решений при направлении пациентов на МСЭ, санаторно-курортное лечение.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АПЦ – амбулаторно-поликлинический центр

ВК – врачебная комиссия

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ВОП – врач общей практики

ГП – городская поликлиника

ДЗМ – департамент здравоохранения Москвы

ЕМИАС – единая медико-информационная аналитическая система

ИПР – индивидуальная программа реабилитации

ЛФК – лечебная физкультура

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

МО – медицинская организация

МСЭ – медико-социальная экспертиза

НПА – нормативные правовые акты

ОВП – общеврачебная практика

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни

ПГГ – программа государственных гарантий

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПСМСП – первичная специализированная медико-санитарная помощь

СКП – стационар кратковременного пребывания

СМП – скорая медицинская помощь

СМП – средний медицинский персонал

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий

ТСР – технические средства реабилитации

ФВД – функция врачебной должности

ФГОС – федеральный государственный образовательный стандарт

ЭМК –электронная медицинская карта

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Научная литература

1. Абрамов, А. Ю. Формирование прототипа "идеальной" модели компетенций руководителя-менеджера в здравоохранении / А. Ю. Абрамов, Д. И. Кича, Е. Е. Комиссаров [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 525-530.
2. Авилов, О. В. Мотивация труда врачей в клинике Южно-Уральского государственного медицинского университета / О. В. Авилов, Е. Н. Чащина // Непрерывное медицинское образование и наука. – 2015. – № 1 (10). – С. 13–15.
3. Агамов, З. Х. Опыт повышения квалификации врачей городской поликлиники по профилю «урология» / З. Х. Агамов // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. – № 3. – С. 3–7.
4. Агамов, З. Х. Анализ структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники / З. Х. Агамов // Исследования и практика в медицине. – 2018. – № 3 (5). – С. 142–148.
5. Агамов, З. Х. Заболеваемость населения в период реализации реформы здравоохранения Москвы / З. Х. Агамов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 6. – С. 1569–1573.
6. Агамов, З. Х. Проблемные аспекты нормативно-правового регулирования телемедицины в Российской Федерации / З. Х. Агамов, Е. А. Берсенева, Л. И. Москвичева // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 1. – С. 11–16.
7. Агамов, З. Х. Опыт реализации программы ранней диагностики рака предстательной железы в городской поликлинике Москвы / З. Х. Агамов, А. Д. Саркисян, С. П. Даренков [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2022. – № 2. – С. 136–148.
8. Агамов, З. Х. К вопросу о реформах здравоохранения Москвы (обзор публикаций) / З. Х. Агамов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 3. – С. 455–463.

9. Агамов, З. Х. Этапы становления нормативно-правового обеспечения информатизации здравоохранения в Российской Федерации / З. Х. Агамов, Е. А. Берсенева // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 3. – С. 13–17.
10. Агамов, З. Х. Некоторые аспекты состояния здоровья пожилого населения Москвы / З. Х. Агамов, Е. П. Какорина, С. В. Орлов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 11–12. – С. 31–39.
11. Агамов, З. Х. Анализ структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники Москвы / З. Х. Агамов, Е. П. Какорина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 7–8. – С. 32–38.
12. Аксенова, Е. И. Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи. Экспертный обзор / Е. А. Аксенова, Н. Н. Камынина, Е. О. Короткова – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 57 с.
13. Аксенова, Е. И. Модели оказания первичной медико-санитарной помощи / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, А. В. Старшинин [и др.]. – Москва : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – 52 с.
14. Александрова, О. Ю. Трансформация российского здравоохранения: роль медицинских сестер / О. Ю. Александрова, Ю. С. Ненахова, А. В. Ярашева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 2. – С. 1251–1257.
15. Алексеева, А. В. Организация первичной медико-санитарной помощи по новому принципу "бережливое производство" / А. В. Алексеева, И. Б. Соболев // Территория инноваций. – 2018. – № 8(24). – С. 96-102.
16. Андреев, Е. М. Смертность в Москве и других мегаполисах мира: сходства и различия / Е. М. Андреев, Е. А. Кваша, Т. Л. Харькова // Демографическое обозрение. – 2016. – 3 (3). – С. 39–79.
17. Анохин, А. А. Тенденции динамики численности населения и устойчивость социально-экономического развития городов Северо-Западного федерального округа / А. А. Анохин, К. Д. Шелест, М. А. Тихонова // Балтийский регион. – 2019. – № 4 (11). – С. 36–57.

18. Антипин, Н. А. Урбанизация и здоровье населения: экологический аспект / Н. А. Антипин // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2010. – № 1. – С. 137–142.
19. Артеменко, Н. А. Удовлетворенность пациента медицинскими технологиями, применяемыми врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым: подходы к оценке / Н. А. Артеменко // Военная медицина. – 2016. – № 2. – С. 29–31.
20. Атаева, Н. Б. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи патронажным маломобильным пациентам : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук / Атаева Нино Бежановна, 2021. – 219 с.
21. Байда, А. П. Региональная модель оптимизации оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Байда Александр Петрович. – Москва, 2010. – 34 с.
22. Бантьева, М. Н. Динамика основных показателей стационарной помощи по профилям коек в Российской Федерации за 2010–2016 годы / М. Н. Бантьева, О. В. Ципириг, В. П. Кузнецова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – № 6. – С. 148–155.
23. Баянова, Н. А. Совершенствование системы управления первичной медико-санитарной помощи в сельских территориях : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : диссертация на соискание ученой степени докт. мед. наук / Баянова Наталья Александровна, 2022. – 326 с.
24. Безымянный, А. С. Организация отделений неотложной медицинской помощи взрослому населению Москвы / А. С. Безымянный, Р. А. Хальфин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2015. – № 9-10. – С. 29-32.
25. Белановский, С. А. Глубокое интервью и фокус-группы : учебно-методическое пособие / С. А. Белановский. – М. : ИНФРА-М, 2019. – 377 с.

26. Белостоцкий, А. В. Актуальные вопросы развития кадрового потенциала в здравоохранении / А. В. Белостоцкий, О. В. Гриднев, Н. К. Гришина, Е. А. Значкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – № 4. – С. 230–235.
27. Берсенева, Е. А. Проблемы использования международной статистической классификации болезней (МКБ-10) при кодировании заболеваемости и смертности / Е. А. Берсенева, З. Х. Агамов, Д. Ю. Михайлов // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 4. – С. 132–137.
28. Берсенева, Е. А. Компетентность руководителей медицинских организаций в области управления персоналом // Е. А. Берсенева, С. В. Умнов, З. Х. Агамов // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 10. – С. 104–110.
29. Берсенева, Е. А. Технология блокчейн как компонент цифровизации здравоохранения / Е. А. Берсенева, С. В. Умнов, М. С. Умнов, З. Х. Агамов // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 4. – С. 95-99.
30. Берсенева, Е. А. Оценка грамотности руководителей медицинских организаций в вопросах управления персоналом / Е. А. Берсенева, С. В. Умнов, Ю. А. Чудина [и др.] // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 12. – С. 19–26.
31. Берсенева, Е. А. Внедрение искусственного интеллекта в российских медицинских организациях : предпосылки, настоящее, перспективы / Е. А. Берсенева, М. С. Умнов // Менеджмент качества в медицине. – 2024. – № 1. – С. 84-90.
32. Блинов, Л. Н. Экологические проблемы мегаполисов / Л. Н. Блинов, И. Л. Перфилова, Л. В. Юмашева, Т. В. Соколова // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2013. – № 2. – С. 837–845.
33. Бобров, Е. А. Социально-экологические проблемы крупных городов и пути их решения / Е. А. Бобров // Научные ведомости БелГУ. Серия: Естественные науки. – 2011. – № 15 (110). – С. 199–208.
34. Богомягкова, Е. С. Цифровые технологии в практиках заботы о здоровье жителей российских мегаполисов: к вопросу о возрастных различиях / Е. С. Богомягкова, М. В. Ломоносова // Социология науки и технологий. – 2023. – № 1. – С. 152–165.

35. Боженко, Д. П. Развитие участковой медицинской службы / Д. П. Боженко, М. А. Степчук, Т. М. Пинкус, С. В. Абрамова // Актуальные проблемы медицины. – 2010. – № 16 (87). – С. 75–77.
36. Бойцов, С. А. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи: совершенствование диспансеризации населения / С. А. Бойцов, П. В. Ипатов, А. М. Калинина // Заместитель главного врача. – 2013. – № 5(84). – С. 18-25.
37. Борисенко, О. В. Совершенствование оплаты стационарной медицинской помощи в России на основе международного опыта. Часть 2 / О. В. Борисенко // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2021. – № 1(43). – С. 22-27.
38. Бреусов, А. В. Мотивация персонала – основополагающий фактор в системе непрерывного медицинского образования и повышения качества медицинской помощи / А. В. Бреусов, М. Б. Бершадская // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. – 2010. – № 4. – С. 110–113.
39. Бреусов, А. В. Основные направления развития государственно-частного партнерства при оказании онкологической помощи / А. В. Бреусов, Э. А. Риос, Д. А. Бреусов // Наука и инновации в медицине. – 2021. – Т. 6, № 3. – С. 46-50.
40. Бреусов, А. В. Бережливое здравоохранение - философия деятельности современных медицинских организаций / А. В. Бреусов, С. В. Писклаков, Д. А. Бреусов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 1. – С. 308-321.
41. Бримкулов, Н. Н. Проблемы общей врачебной практики / Н. Н. Бримкулов, А. С. Белевский // Материалы XXIII Национального конгресса по болезням органов дыхания (Москва, 16–19 октября 2018 г.) // Российский семейный врач. – 2018. – № 4. – С. 49–52.
42. Брынза, Н. С. Автоматизация сбора статистической и оперативной отчетности посредством автоматизированной системы в защищенном контуре здравоохранения Тюменской области / Н. С. Брынза, Д. В. Панфиленко, А. М. Нямцу

// Актуальные вопросы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов : Материалы XI Терапевтического форума, Тюмень, 11–14 ноября 2020 года. – Тюмень: РИЦ "Айвекс", 2020. – С. 20-21.

43. Буянова, А. В. Реформа системы здравоохранения в РФ: реальность и перспективы / А. В. Буянова // Социально-политические науки. – 2016. – № 4. – С. 114–116.
44. Вартанова, М. Л. Специфика урбанизации в России: ведущие факторы социального развития городской и сельской местности / М. Л. Вартанова // Вестник Академии знаний. – 2021. – № 4 (45). – С. 61–71.
45. Верткин, А. Л. Преемственность в работе амбулаторного и стационарного этапов оказания медицинской помощи / А. Л. Верткин // Врач скорой помощи. – 2017. – № 5-6. – С. 69-73.
46. Ветшева, Н. Н. Повышение качества медицинской помощи за счет усовершенствования системы непрерывного медицинского образования / Н. Н. Ветшева, И. А. Трофименко, С. П. Морозов [и др.] // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2017. – № 2–3. – С. 60–68.
47. Виноградов, К. А. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые итоги / К. А. Виноградова // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 3. – С. 4–11.
48. Вишневский, А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса : доклад Государственного университета – Высшая школа экономики / А. Г. Вишневкий, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский [и др.]. – М. : Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2006. – 25 с.
49. Власов, В. В. Разработка и использование стандартов медицинской помощи: состояние проблемы в России и возможности улучшения качества первичной медицинской помощи / В. В. Власов // Здравоохранение. – 2013. – № 5. – С. 66-72.
50. Волнухин, А. В. Развитие и укрепление общеврачебных практик – главное условие успешной модернизации первичного звена здравоохранения / А. В. Волнухин, Т. А. Сибурина, А. А. Князев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 2. – С. 306–312.

51. Волнухин, А. В. Гендерные и возрастные особенности врачей общей практики в Москве / А. В. Волнухин, Е. О. Самохина, М. В. Андриевский [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 6. – С. 1265–1270.
52. Волнухин, А. В. Сравнительный анализ удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым /А. В. Волнухин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – № 2. – С. 1–30.
53. Волнухин, А. В. Образовательные потребности российских врачей общей практики: результаты анкетирования / А. В. Волнухин, Т. Е. Морозова, Г. П. Сквирская [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2024. – Т. 68, № 3. – С. 226-233.
54. Вялков, А. И. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях / А. И. Вялков, Г. П. Сквирская, И. М. Сон [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25, № 4. – С. 216-220.
55. Гайдаров, Г. М. Комплексные мероприятия по модернизации регионального здравоохранения и ожидаемые результаты / Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Алексеева // Здравоохранение РФ. – 2012. – № 1. – С. 55–57.
56. Гаврилов, Э. Л. Влияние проводимых структурных преобразований сети медицинских организаций государственной (муниципальной системы здравоохранения на доступность медицинской помощи для граждан Российской Федерации. Социологический опрос медицинских работников / Э. Л. Гаврилов, К. Э. Хоманов, Е. А. Шевченко // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2016. – № 2. – С. 126 – 129.
57. Гайдаров, Г. М. Экономическое стимулирование деятельности первичной медико-санитарной помощи в системе ОМС / Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Ростовцева, Д. Ю. Музыка // Здравоохранение. – 2005. – № 4. – С. 84-91.
58. Гайдаров, Г. М. Об опыте разработки Концепции кадровой политики в здравоохранении на уровне субъекта российской Федерации / Г. М. Гайдаров, С. В.

Макаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 5. – С. 1000-1005.

59. Галкин, Р. А. Реорганизация первичной медико-социальной помощи в Самарской области / Р.А. Галкин, В.В. Павлов, С.И. Кузнецов. - Самара, Самарский Дом печати. – 1997. - 124 с.
60. Галкин, Р. А. Организация общей врачебной практики / Р. А. Галкин, Р. Toon, А. В. Иванова, Б. Л. Мовшович. – Самара. - 1997. - 281 с.
61. Галкин, Р. А. От участкового терапевта к врачу общей практики / Р. А. Галкин // Терапевтический архив. - 1999. - №1. - С. 6-7.
62. Гиллан, У. Развитие общей врачебной практики / семейной медицины в Санкт-Петербурге (Российская Федерация) / У. Гиллан, Р. Маккуистон, О. Слевин // Российский семейный врач. – 2019. – Т. 23, № 4. – С. 19-31.
63. Гильманов, А. А. Инновационные организационные, экономические и медицинские технологии в первичной медико-санитарной помощи / А. А. Гильманов, Р. М. Латыпов // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2007. – Т. 12, № 3-4. – С. 23-25.
64. Гильманов, А. А. Инновационные организационные, экономические и медицинские технологии в первичной медико-санитарной помощи / А. А. Гильманов, Р. М. Латыпов ; А. А. Гильманов, Р. М. Латыпов. – Казань : Мир без границ, 2008. – 143 с.
65. Гриднев, О. В. Основные направления реализации программы модернизации здравоохранения в Москве / О. В. Гриднев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 4. – С. 27–30.
66. Гриднев, О. В. Анализ контроля за эффективностью работы трехуровневой системы первичной медико-санитарной помощи населению города Москвы / О. В. Гриднев, А. Ю. Абрамов, В. В. Люцко // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – С. 364.
67. Гриднев, О. В. Научное обоснование повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве : автореф. дис. … д-ра мед. наук : 14.02.03 / Гриднев Олег Владимирович. – Москва, 2015. – 48 с.

68. Гриднев, О. В. Пандемия COVID-19: реализованные решения и предстоящие задачи в сфере общественного здравоохранения / О. В. Гриднев, В. И. Перхов, М. Т. Калиев // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 7. – С. 12–16.
69. Гришина, Н. К. Результаты изучения мнения пациентов пожилого возраста о качестве организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве / Н. К. Гришина, Н. Б. Соловьева, Е. А. Значкова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2017. – № 2. – С. 13–18.
70. Денисов, И. Н. Семейный врач: принципы организации работы / И. Н. Денисов, Р. Хант // Врач. – 1994. - № 2. - С. 34-36.
71. Денисов, И. Н. Общая врачебная (семейная) практика в системе первичной медико-социальной помощи / И. Н. Денисов, А. И. Иванов, Л.А. Берестов, Л. А. Меламед, В. О. Гардус // Проблемы социальной гигиены и история медицины 1997. - №5. - С. 15-20.
72. Денисов, И. Н. Общая врачебная практика: внутренние болезни интернология. Практическое руководство / И.Н. Денисов, Б.Л. Мовшович. - М. : ВНУМ. – 2001. - 496 с.
73. Денисов И. Н. Общая врачебная практика (семейная медицина) : перспективы развития / И. Н. Денисов // Здравоохранение. - 2003. - №12. - С. 15-22.
74. Денисов, И. Н. Развитие семейной медицины основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации / И. Н. Денисов // Главврач. – 2007. – № 5. – С. 11-18.
75. Домнич, Е. Л. Ресурсная обеспеченность здравоохранения крупных городов и малых населённых пунктов Дальнего востока / Е. Л. Домнич // Архитектура многополярного мира в XXI веке: экология, экономика, геополитика, культура и образование : Сборник материалов IX Международной научно-практической конференции, Биробиджан, 30 апреля 2024 года. – Биробиджан: ИЦ ПГУ им. Шолом-Алейхема, 2024. – С. 170-173.

76. Драпкина, О. М. Особенности оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий: нормативно-правовое регулирование и открытые вопросы / О. М. Драпкина, Р. Н. Шепель // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 3. – С. 5-13.
77. Драпкина, О. М. Десять ведущих причин смертности населения в Москве и Санкт-Петербурге в 2015 и 2018 гг. / О. М. Драпкина, И. В. Самородская, В. Ю. Семенов // Профилактическая медицина. – 2020. – № 5 (23). – С. 18–24.
78. Евдаков, В. А. Показатели кадрового обеспечения населения средним медицинским персоналом амбулаторного звена здравоохранения в Российской Федерации в период 2010-2018 гг / В. А. Евдаков, Ю. Ю. Мельников, А. В. Смышляев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – Т. 27, № 3. – С. 56-64.
79. Елисеева, Е. В. Пути повышения комплаентности пациентов в программе льготного лекарственного обеспечения / Е. В. Елисеева, Е. С. Манеева, А. В. Кропотов // Качественная клиническая практика. – 2019. – № 3. – С. 60-68.
80. Жеребцова, Т. А. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи в свердловской области / Т. А. Жеребцова, В. В. Люцко, С. Л. Леонтьев [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 3. – С. 427–446.
81. Жабоева, С. Л. О необходимости повышения квалификации врачей по программам профилактики возраст-ассоциированных заболеваний / С. Л. Жабоева, О. Р. Радченко // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – № 7. – С. 104–109.
82. Жилинский, Е. В. Убыль населения и реформы здравоохранения // Е. В. Жилинский / Власть. – 2016. – № 5. – С. 88–89.
83. Жулин, С. П. К вопросу об эволюции Российской государственной политики в сфере здравоохранения в 1990-е гг. // Историческая социально-образовательная мысль. – 2011. – № 4. – С. 14–16.

84. Журавлев, А. В. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи на дому : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук / Журавлев Алексей Владимирович. – Москва, 2017. – 22 с.
85. Задворная, О. Л. Проблемы и направления развития первичной медико-санитарной помощи / О. Л. Задворная // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 653–672.
86. Значкова, Е. А. К вопросу о повышении эффективности деятельности первичного звена медицинской помощи на основе персонифицированного подхода к пациентам, страдающим множественными хроническими заболеваниями / Е. А. Значкова, Н. К. Гришина, Н. Б. Соловьева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – № 6. – С. 18–26.
87. Зудин, А. Б. Предпосылки реформирования Российской системы здравоохранения / А. Б. Зудин // Российский стоматологический журнал. – 2017. – № 3. – С. 157–159.
88. Иванов, М. В. Научное обоснование совершенствования первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне : автореф. дис. … д-ра мед. наук : 14.02.03 / Иванов Михаил Васильевич. – М., 2011. – 48 с.
89. Кадыров, Ф. Н. Вопросы оплаты медицинской помощи, оказанной сверх установленных объемов предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 70-78.
90. Искандаров, И. Р. Совершенствование организации неотложной первичной медико-санитарной помощи (на примере крупного промышленного города) : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук / Искандаров Ильдар Раушанович, 2019. – 201 с.

91. Калининская, А. А. Модель реформирования первичной медицинской помощи / А. А. Калининская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 6–10.
92. Калининская, А. А. Перспективные модели общих врачебных практик в условиях города / А. А. Калининская, Л. А. Гаджиева, Л. А. Бальзамова [и др.]. – Москва : Агентство Пресс, 2018. – 124 с.
93. Калининская, А. А. Дневные стационары как профилактическая госпитализация пациентов трудоспособного возраста / А. А. Калининская, О. Е. Коновалов, М. Д. Мерекина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 4. – С. 957-962.
94. Калининская, А. А. Результаты и перспективы реформирования первичной медико-санитарной помощи в Москве / А. А. Калининская, А. В. Лазарев, А. М. Алленов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 2. – С. 270–274.
95. Камынина, Н. Н. Телемедицинские технологии в лечении пациентов с синдромом диабетической стопы / Н. Н. Камынина, Д. А. Андреев // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента : Сборник научных трудов. – Москва : Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2024. – С. 302-311.
96. Карайланов, М. Г. Врач общей практики в системе первичной медико - санитарной помощи в условиях крупного города / М. Г. Карайланов // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. – 2016. – № 4-3(75). – С. 70-72.
97. Карайланов, М. Г. Рациональное использование стационарозамещающих технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи / М. Г. Карайланов, И. Т. Русев, Г. А. Степушкина [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – Т. 3, № 2. – С. 31-38.
98. Карайланов, М. Г. Внедрение бережливого производства в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь / М. Г. Карайланов // Интернаука. – 2018. – № 1(35). – С. 7-9.

99. Карайланов, М. Г. Эффективность стационарозамещающих технологий в современных условиях / М. Г. Карайланов // Forcipe. – 2022. – Т. 5, № S2. – С. 246-247.
100. Карайланов, М. Г. Пути оптимизации службы скорой медицинской помощи в условиях района крупного города / М. Г. Карайланов, М. С. Панфилов, С. Н. Черкасов // Международный научно-исследовательский журнал. – 2023. – № 8(134).
101. Карачурина, Л. Б. Динамика населения центров и вторых городов регионов в России: проявляются ли тенденции к полицентризму? / Л. Б. Карачурина // Известия Российской академии наук. Серия географическая. – 2018. – № 4. – С. 7–21.
102. Карпова, О. Б. Актуальные вопросы кадрового обеспечения в здравоохранении в России и в мире / О. Б. Карпова, А. А. Загоруйченко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2022. – № 3 (66). – С. 181–187.
103. Кича, Д. И. Формы и методы работы с семьей как пациентом / Д. И. Кича, О. В. Гринина, В. К. Муравьева // Первый Всероссийский съезд врачей общей практики : Сб. науч. тр. Самара. - 2000. - С. 10-12.
104. Кича, Д. И. Семья как пациент врача общей практики (семейного врача) / Д.И. Кича // Медицинская кафедра. - 2002. - №3. - С. 35-39.
105. Кича, Д. И. Опыт работы врача общей практики (семейного врача) в условиях крупного города / Д. И. Кича, В. К. Муравьева // Семейная медицина России на рубеже веков : опыт и перспективы развития : Материалы науч.-практ. конф. - М., 2002. - С. 152-153.
106. Кича, Д. И. Приоритетные основы развития общей (семейной) враченой практики в городах с региональными особенностями / Д.И. Кича и др. // Объединенный медицинский журнал. – 2003. – Т. 2. – №5. – С. 4–7.
107. Кича, Д. И. Обоснование структурной реорганизации стационарного и поликлинического сектора здравоохранения / Д. И. Кича, М. И. Ликстанов, А. Р. Белявский // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2004. – № 2. – С. 42-48.

108. Кича, Д. И. Совершенствование общей врачебной (семейной) практики и оценки здоровья семьи / Д. И. Кича, Н. В. Стуров, Д. В. Пискунов // Трудный пациент. – 2020. – Т. 18, № 10. – С. 8-11.
109. Кича, Д. И. Семья - пациент в системе первичной медико-санитарной помощи / Д. И. Кича, А. В. Фомина, А. С. Макарян, О. В. Рукодайный. – Москва : Российский университет дружбы народов (РУДН), 2020. – 79 с.
110. Кича, Д.И. Проект цифровой технологии диспансерного наблюдения за пациентами с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом / Д. И. Кича, С. А. Багин, Е. Б. Гвоздик, О. В. Рукодайный // Актуальные вопросы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации : Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), посв. 160-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2023), Иркутск, 08 декабря 2023 года. – Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2023. – С. 394-396.
111. Клименко, Л. В. Профессиональные риски врачей российских мегаполисов в условиях прекариатизации социально-трудовых отношений / Л. В. Клименко, О. Ю. Посухова // Гуманитарий Юга России. – 2018. – № 4. – С. 91–106.
112. Кобякова, О. С. Экономические аспекты оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий / О. С. Кобякова, В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров [и др.] // Врач и информационные технологии. – 2020. – № 3. – С. 60-66.
113. Колосов, В. П. Динамика заболеваемости населения болезнями органов дыхания в пандемический по COVID-19 период на территории дальневосточного федерального округа / В. П. Колосов, Л. Г. Манаков, Е. В. Полянская, Ю. М. Перельман // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2021. – № 81. – С. 8–18.
114. Комаров, Ю. М. Концептуальная модель внедрения семейной медицины в России : Методические рекомендации / Ю. М. Комаров. - М. - 1995. - 24 с.
115. Комаров, Ю. М. Перспектива развития общей врачебной (семейной)практики в России / Ю. М. Комаров // Экономика здравоохранения. – 1997. - С. 8-13.

116. Комаров, Ю. М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? / Ю. М. Комаров // Здравоохранение. – 2008. – № 5. – С. 19-28.
117. Коновалов, О. Е. Проблемные зоны и возможности "московского стандарта поликлиники" / О. Е. Коновалов, Д. В. Серов, А. В. Бреусов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 5. – С. 903-906.
118. Коновалов, О. Е. Проблемы организации стационарной медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста / О. Е. Коновалова, Н. Е. Златкина, Д. А. Старцев [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 36–45.
119. Коновалов, О. Е. К вопросу формирования информационной базы мониторинга кадрового состава в здравоохранении / О. Е. Коновалов, А. Б. Зудин, Л. Р. Чахоян // Главврач. – 2020. – № 4. – С. 34-39.
120. Коновалов, О.Е. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической помощи и профилактики хронических неинфекционных заболеваний у взрослого населения мегаполиса / О. Е. Коновалов, А. Б. Зудин, М. А. Позднякова [и др.]. – Нижний Новгород : «Издательский салон» ИП Гладкова О.В., 2022. – 156 с.
121. Концевая, А. В. Экономический ущерб онкологических заболеваний, ассоциированных с модифицируемыми факторами риска / А. В. Концевая, Ю. А. Баланова, А. О. Мырзаматова [и др.] // Анализ риска здоровью. – 2020. – № 1. – С. 133-141.
122. Костин, А. А. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения / А. А. Костин, Б. Т. Пономаренко, Ю. В. Самсонов. – М., 2015. – 96 с.
123. Кочубей, А. В. Организация первичной медико-санитарной помощи в поликлинике на основе управления потоками пациентов / А. В. Кочубей, А. К. Конаныхина // Медицина Кыргызстана. – 2015. – № 4. – С. 42-45.
124. Красносельских, Т. В. Перспективы использования дистанционного обучения в образовательном процессе медицинского ВУЗа / Т. В. Кпасносельских,

И. В. Тельнюк, В. А. Худик // Преподаватель XXI век. Наука, образование, культура. – 2020. – № 3. – С. 100–114.

125. Кузенко, П. И. Научное обоснование модели организации первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме на территориальном уровне (на примере города Перми) : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Кузенко Петр Иванович. – Москва, 2014. – 26 с.

126. Кузнецов, М. Ю. Некоторые аспекты дистанционного обучения в системе непрерывного медицинского образования врачей в России / М. Ю. Кузнецов, Т. Н. Лишко // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 2. – С. 49–55.

127. Курмангулов, А. А. Стратегия управления потоками пациентов в современных медицинских организацияхна основе бережливого производства (научный обзор) / А. А. Курмангулов, Т. Г. Задоркина, Н. С. Брынза // Профилактическая и клиническая медицина. – 2022. – № 1(82). – С. 70-77.

128. Ланько, С. В. Использование дистанционных образовательных технологий в системе непрерывного медицинского образования / С. В. Ланько, А. А. Тихомирова, П. Е. Котиков // Медицина: теория и практика. – 2019. – Т. № 4. – С. 302–303.

129. Лалабекова, М. В. Научное обоснование использования информационного обеспечения в совершенствовании планирования первичной медико-санитарной помощи : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Лалабекова Марина Валерьевна. – Москва, 2017. – 22 с.

130. Леванов, В. М. Нормативное обеспечение телемедицины: 20 лет развития / В. М. Леванов, О. В. Переведенцев, Д. В. Сергеев, А. В. Никольский // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2017. – № 3. – С. 160–170.

131. Линденбратен, А. Л. К вопросу повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в Москве / А. Л. Линденбратен, Н. К. Гришина, В. В. Ковалева [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского

института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2015. – № 4–5. – С. 159–168.

132. Линденбратен, А. Л. Оценка эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях подушевого финансирования / А. Л. Линденбратен, П. П. Чуваткин, Н. К. Гришина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 144-146.

133. Линденбратен, А. Л. Некоторые актуальные проблемы российского здравоохранения / А. Л. Линденбратен // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации : материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 100-летию Иркутского государственного медицинского университета (1919–2019), Иркутск, 28 ноября 2019 года / Под общей редакцией Г.М. Гайдарова. Том 1. – Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2019. – С. 40-44.

134. Линденбратен, А. Л. Некоторые организационно-правовые вопросы обеспечения этапности и преемственности в оказании медицинской помощи застрахованным гражданам / А. Л. Линденбратен, А. В. Данилов, Н. И. Журавлева // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2020. – № 3. – С. 30-33.

135. Лопаков, К. В. Состав и причины обращений иногородних граждан за медицинской помощью в ЛПУ Москвы / К. В. Лопаков, Н. М. Зарубин, В. В. Финогенов // Здравоохранение РФ. – 2012. – № 4. – С. 25–30.

136. Лопатина, А. Б. Повышение качества обучения врачей общей практики / А. Б. Лопатина // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. – С. 164.

137. Лысенко, И. Л. Качественные характеристики медицинского персонала как основная составляющая эффективности первичной медико-санитарной помощи / И. Л. Лысенко, В. А. Чирков, А. В. Бреусов, М. Р. Мазитов // Практическая медицина. – 2014. – № 4 (80). – С. 65–68.

138. Мадянова, В. В. Пациентоориентированная модель организации оказания медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста : автореф. дис. … д-ра мед. наук : 14.02.03 / Мадьянова Виктория Вячеславовна. – Москва, 2022. – 48 с.

139. Маланичева, Н. А. Здоровье населения крупного города: тенденции и риски / Н. А. Маланичева // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011. – № 5. – С. 147–153.

140. Метельская, А. В. Развитие концепции «бережливой поликлиники» / А. В. Метельская, Н. Н. Камынина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 1. – С. 785–790.

141. Михайлова, Ю. В. Реформирование системы здравоохранения России в условиях глобализации / Ю. В. Михайлова, Н. С. Матинян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 3. – С. 18-21.

142. Михайлова, Ю. В. Комплексный анализ результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях реализации принципов бережливого производства в здравоохранении / Ю. В. Михайлова, Н. А. Голубев, А. Б. Данаев [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 1.

143. Михалкина, Е. В. Эффективный контракт как институциональная форма реализации социально-трудовых отношений в учреждениях здравоохранения: ожидания и реальность / Е. В. Михалкина, Н. В. Андрейченко // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2017. – № 1. – С. 39–47.

144. Мошетова, Л. К. Непрерывное профессиональное развитие врачей: факторы мотивации и экономические аспекты / Л. К. Мошетова, Д. А. Сычев, А. Л. Заплатников [и др.] // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2019. – № 3 (8). – С. 3–6.

145. Нагибин, О. А. Анализ нормативно-правовых актов, регулирующих выбор застрахованным лицом медицинского учреждения для оказания первичной ме-

дицинской помощи / О. А. Нагибин, В. В. Зотов // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 247-250.

146. Найговзина, Н. Б. О состоянии первичной медицинской помощи и перспективных направлениях ее развития / Н. Б. Найговзина, В. Б. Филатов, М. А. Патрушев // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2019. – Т. 8, № 4(31). – С. 8-16.
147. Нечаев, В. С. Рецензия на монографию Р. С. Гаджиева «врач общей практики (семейный врач)». В 3 томах / В. С. Нечаев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 5. – С. 1073-1076.
148. Нечаев, В. С. Некоторые направления совершенствования организации медицинской помощи больным с болезнями системы кровообращения в современных условиях / В. С. Нечаев, А. А. Загоруйченко, Е. Ю. Башкуева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2023. – № 3. – С. 94-99.
149. Новосельцева, А. С. Тенденции развития мегаполисов во второй половине XX начале XXI века / А. С. Новосельцева // Вестник ВолГУ. Серия 9: Исследования молодых ученых. – 2010. – № 8–2. – С. 80–83.
150. Омельяновский, В. В. Совершенствование модели оплаты медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите С в рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024-2025 годов / В. В. Омельяновский, И. А. Железнякова, А. В. Зуев [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2023. – Т. 16, № 2. – С. 196-208.
151. Павлов, К. В. Оценка динамики и определение перспектив развития медицинской помощи населению региона / К. В. Павлов, М. А. Степчук, Т. М. Пинкус // Вопросы территориального развития. – 2017. – № 2 (37). – С. 1–19.
152. Паниотто, В. И. Статистический анализ социологических данных / В. И. Паниотто, В. С. Максименко. – Киев : Издательский Дом «КМ Академия», 2004. – 270 с.

153. Пенькова, Л. В. Дистанционный метод образования в медицине – перспективы, достоинства и недостатки. Особенности в условиях самоизоляции и карантина / Л. В. Пенькова, Н. Т. Дилдабекова, М. Т. Асмагамбетова, А. Р. Романова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2020. – № 5. – С. 73–76.

154. Перхов, В.И. Интегрированные модели предоставления первичной медико-санитарной помощи за рубежом / В. И. Перхов, И. В. Самородская, А. А. Третьяков, С. Г. Горин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1. – С. 285-298.

155. Пивень, Д. В. Риски, которые необходимо учесть в работе по внедрению новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / Д. В. Пивень // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 8-14.

156. Пивень, Д. В. Повышение квалификации врачей: основные вызовы сегодня и что делать / Д. В. Пивень // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 2. – С. 1–13.

157. Прокофьева, Е. С. Совершенствование процесса обслуживания в городских поликлиниках на основе адаптивных моделей прогнозирования потоков пациентов : специальность 05.13.18 "Математическое моделирование, численные методы и комплексы программ" : диссертация на соискание ученой степени кандидата технических наук / Прокофьева Елизавета Сергеевна, 2021. – 142 с.

158. Проклова, Т. Н. Развитие стационарной медицинской помощи в РФ / Т. Н. Проклова, Т. И. Расторгуева, О. Б. Карпова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – № 5. – С. 76–79.

159. Пушкарь, Д. Ю. Ранняя диагностика рака предстательной железы: методические рекомендации № 19 ДЗМ / Д. Ю. Пушкарь, коллектив авторов. – М. : АБВ-пресс, 2015. – 52 с.

160. Ревич, Б. А. Экономические факторы дифференциации российских мегаполисов по уровню смертности / Б. А. Ревич, О. В. Кузнецова, Т. Л. Харькова, М. А. Подольная // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – № 3. – С. 1–22.

161. Решетников, А. В. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / А. В. Решетников, Н. Н. Стадченко, К. Э. Соболев // Социология медицины. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 19-25.

162. Решетников, А. В. Социальный портрет пациента муниципальной поликлиники / А. В. Решетников, Ю. Г. Элланский, Ш. Г. Айвазян // Социология медицины. – 2019. – Т. 18, № 1. – С. 11-15.

163. Решетников, В. А. Организация медицинской помощи в Российской Федерации : Учебник / В. А. Решетников, Г. П. Сквирская, А. С. Арсанукаева [и др.]. – 2-е издание, дополненное и исправленное. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2020. – 452 с.

164. Роднянский, Д. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: региональный анализ / Д. В. Роднянский, Г. Ф. Валеева // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». – 2019. – № 1. – С. 133–139.

165. Руголь, Л. В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения / Л. В. Руголь, И. М. Сон, В. И. Стародубов, А. В. Погонин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – № 6. – С. 1–19.

166. Руголь, Л. В. Проблемы кадровой обеспеченности в аспекте доступности и качества первичной медико-санитарной помощи / Л. В. Руголь, И. М. Сон, А. В. Гажева [и др.] // Профилактическая медицина. – 2019. – № 1 (22). – С. 49–56.

167. Руголь, Л. В. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации / Л. В. Руголь, И. М. Сон, В. И. Стародубов, Л. И. Меньшикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 1. – С. 1–30.

168. Садовой, М. А. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? / М. А. Садовой, О. С. Кобякова, И. А. Деев [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – № 1 (16). – С. 152–161.

169. Салтыкова, Н. Ю. О ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011–2012 гг. / Н. Ю. Салтыкова // Аудит и финансовый анализ. – 2012. – № 5. – С. 396–400.

170.

171. Саитгареев, Р. Р. Первые результаты подушевого принципа оплаты амбулаторной помощи в г. Москве / Р. Р. Саитгареев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2017. – № 6. – С. 33–39.

172. Саликова, Н. М. «Эффективный контракт»: проблемы внедрения и практика применения / Н. М. Саликова // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. – 2018. – № 1. – С. 99–104.

173. Салтыкова, Н. Ю. О ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011–2012 гг. / Н. М. Салтыкова // Аудит и финансовый анализ. – 2012. – № 5. – С. 396–400.

174. Саурина, О.С. Скрининг функциональных способностей пациентов пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях / О. С. Саурина, А. В. Чернов, М. В. Силютина, А. В. Алехина // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2022. – № 1(60). – С. 34-41.

175. Семеко, Г. В. Дмографическое развитие в условиях пандемии COVID-19: вызовы для экономики / Г. В. Семеко // Экономические и социальные проблемы России. – 2021. – № 3. – С. 123–140.

176. Семёнов, В. Ю. Некоторые результаты реализации программ модернизации здравоохранения Российской Федерации / В. Ю. Семёнов // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 10. – С. 16–23.

177. Сененко, А. Ш. Технологии бережливого производства в реформировании медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Аналитический обзор / А. Ш. Сененко, И. М. Сон, Н. А. Дзюба [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 4. – С. 1–35.

178. Сквирская, Г. П. Основные направления совершенствования деятельности в области общественного здоровья и управления здравоохранением в современных условиях в Российской Федерации / Г. П. Сквирская, А. В. Волнухин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 2. – С. 348-366.

179. Смелов, П. А. Статистические итоги модернизации системы здравоохранения в рамках национального проекта «Здоровье» / П. А. Смелов, А. С. Крайнова // Статистика и экономика. – 2011. – № 4. – С. 90–92.

180. Смирнова, Т. В. Отношение и оценка молодежи города Москвы системы лечебно-профилактических учреждений (на примере поликлиник) / Т. В. Смирнова, Р. Г. Смирнов, Е. И. Цой, В. В. Масляков // Вестник ГУУ. – 2020. – № 5. – С. 206–210.

181. Смышляев, А. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и его роль в формировании новой модели медицинской организации: отечественная практика и зарубежный опыт / А. В. Смышляев, Ю. Ю. Мельников, П. В. Артемова // Проблемы экономики и юридической практики. – 2018. – № 5. – С. 292–297.

182. Смышляев, А. В. Внедрение нового подхода в управлении медицинскими организациями с целью повышения удовлетворенности населения качеством оказываемых услуг в рамках реализации проекта «Московский стандарт поликлиники» / А. В. Смышляев, Ю. Ю. Мельников, М. А. Садовская // The Scientific Heritage. – 2019. – № 40–2 (40). – С. 52–55.

183. Смышляев, А. В. Особенности обеспечения амбулаторной помощи в государственной системе здравоохранения Российской Федерации: правовой и управленческий аспекты / А. В. Смышляев // Государственная власть и местное самоуправление. – 2021. – № 10. – С. 41-46.

184. Сон, И. М., Регламентация деятельности и нормирование труда врача общей практики в Российской Федерации / И. М. Сон, М. А. Иванова, О. В. Армашевская, М. Н. Бантьева // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 7. – С. 6–14.

185. Сон, И. М. Перспективные модели организации деятельности общих врачебных практик в условиях города / И. М. Сон, А. А. Калининская, Л. А. Гаджиева [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т. 98, № 6. – С. 1034-1039.

186. Сон, И. М. Проблемы нормативного обеспечения деятельности медицинских организаций в условиях структурных преобразований / И. М. Сон, Л. В. Руголь, В. И. Стародубов // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 10. – С. 63–73.

187. Сон, И. М. Итоги и проблемы развития стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи детскому населению / И. М. Сон, Л. В. Руголь, Н. А. Голубев, С. И. Шляфер // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 2. – С. 173–196.

188. Стародубов, В. И. Реализация национального проекта «Здоровье» показала, что система здравоохранения не утратила своей управляемости / В. И. Стародубов // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 1. – С. 4–9.

189. Стародубов, В. И. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития / В. И. Стародубов, Ю. В. Михайлова, С. А. Леонов // Социальные аспекты здоровья населения : электронный журнал. – 2010. – № 1.

190. Стародубов, В. И. Российские и региональные показатели деятельности врачей общей практики / В. И. Стародубов, М. А. Иванова, М. Н. Бантьева, Ю. А. Сорокина // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 10. – С. 6–19.

191. Стародубов, В. И. Стратегия формирования медико-экономических отношений при одноканальном финансировании и фондодержании в условиях полного перехода городской поликлиники к общей врачебной практике / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, Л. М. Маликова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – Т. 59, № 6. – С. 9-13.

192. Стародубов, В. И. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях / В. И. Стародубов, И. М. Сон, М. А. Иванова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 2. – С. 6–12.

193. Стародубов, В. И. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, И. М. Сон [и др.]. – Вена : “East West” Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, 2016. – 118 с.

194. Стародубов, В. И. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении / В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров, О. В. Обухова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 58–71.

195. Стародубов, В.И. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, специализированной (в том числе, высокотехнологичной) медицинской помощи в системе ОМС: логика наиболее актуальных изменений тарифной политики 2023 года / В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров, О. В. Обухова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 6. – С. 4-13.

196. Степчук, М. А. Развитие перспективных направлений амбулаторной помощи / М. А. Степчук // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 6. – С. 1–13.

197. Тагаева, Т. О. Общественное здоровье и реформа здравоохранения в России / Т. О. Тагаева, Л. К. Казанцева // Мир новой экономики. – 2019. – № 4. – С. 16–134.

198. Таджиев, И. Я. Качество медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы в оценках пациентов и врачей / И. Я. Таджиев, А. В. Белостоцкий, С. С. Бударин // Социология медицины. – 2017. – № 2. – С. 100–106.

199. Таджиев, И. Я. Развитие общей врачебной (семейной) практики в Российской федерации / И. Я. Таджиев, А. В. Белостоцкий, Н. Н. Камынина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – № 1. – С. 20–25.

200. Тюкина, Л. В. Дистанционные образовательные технологии в непрерывном медицинском образовании: «за» и «против» / Л. В. Тюкина // Методология и технология непрерывного профессионального образования. – 2022. – № 2. – С. 46–50.

201. Тяжельников, А. А. Научное обоснование медико-социальных и организационных мероприятий по созданию модели оказания медицинской помощи больным с COVID-19 с использованием телемедицинских технологий в амбулаторных условиях : автореф. дис. … д-ра мед. наук : 14.02.03 / Тяжельников Андрей Адександрович. – Москва, 2022. – 48 с.

202. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России: 2018-2024 гг. Что надо делать? / Г. Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2018. – № 1(11). – С. 9-16.

203. Улумбекова, Г. Э. Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году / Г. Э. Улумбекова, Н. Ф. Прохоренко, А. Б. Гиноян, А. В. Калашникова // Экономика. Налоги. Право. – 2019. – № 2. – С. 19–30.

204. Улумбекова, Г. Э. Уроки пандемии COVID-19 для здравоохранения России / Г. Э Улумбекова, Г. А. Багратович // Научные труды Вольного экономического общества России. – 2022. – № 2. – С. 54–86.

205. Фомина, А. В. Проблемы комплаентности пациентов и их решения при рекомендованном оперативном лечении катаракты и антиангиогенной терапии при сопутствующей возрастной макулярной дегенерации / А. В. Фомина, У. С. Пляскина, А. В. Бреусов, В. В. Бирюков // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 2. – С. 843-858.

206. Филатов, В. Н., Проблемы введения эффективного контракта в сфере здравоохранения: возможности и риски / В. Н. Филатов, Ф. Н. Кадыров, М. Т. Югай // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2014. – № 1. – С. 87–97.

207. Флек, В. О. Основные проблемы финансового обеспечения медицинской помощи населению в России и пути их решения / В. О. Флек, П. И. Кузенко // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 11. – С. 13-20.

208. Фридман, К. Б. Урбанизация – фактор повышенного риска здоровью / К. Б. Фридман, Т. В. Крюкова // Гигиена и санитария. – 2015. – № 1. – С. 8–11.

209. Хабриев, Р. У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р. У. Хабриев, А. Л. Линденбратен, Ю. М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – Т. 22, № 3. – С. 3-5.

210. Хабриев, Р. У. Кадровое обеспечение врачами первичной медико-санитарной помощи в условиях вызовов и угроз здоровью населения / Р. У. Хабриев, А. А. Калининская, А. В. Лазарев [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 2. – С. 240-245.

211. Хальфин, Р. А. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения / Р. А. Хальфин, И. Я. Таджиев // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 5. – С. 8–18.

212. Хальфин, Р. А. Значение информационно-аналитических технологий в современном здравоохранении / Р. А. Хальфин, В. А. Мадьянова, А. М. Алленов, С. Г. Алехин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – № 7–8. – С. 5–10.

213. Хальфин, Р.А. Анализ результатов внедрения подушевой оплаты с элементами фондодержания в Российской Федерации / Р. А. Хальфин, Д. Н. Муравьев, Е. П. Какорина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 6. – С. 1333-1338.

214. Ходакова, О. В. Кадровое обеспечение врачами в первичном звене здравоохранения в России / О. В. Ходакова, Ю. Е. Сенотрусова, И. А. Деев, О. С. Кобякова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67, № 6. – С. 463-470.

215. Ходакова, О. В. Отношение участковых врачей, медицинских сестер и пациентов к организационной модели оказания ПМСП с перераспределением функций / О. В. Ходакова, О. В. Кунгурцев, И. А. Соломатников [и др.] // Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27, № 2. – С. 7-14.

216. Социальная значимость болезни и комплаентность у пациентов с хронической почечной недостаточностью / М. Ш. Хубутия, Ю. С. Лысенко, Ю. С. Микита, А. В. Пинчук // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2020. – № 9(187). – С. 499-502.

217. Чернышев, В. М. Сельское здравоохранение России. Состояние, проблемы, перспективы / В. М. Чернышев, М. И. Воевода, О. В. Стрельченко, И. Ф. Мингазов // Сибирский научный медицинский журнал. – 2022. – № 4 (42). – С. 4–14.

218. Чижова, О. В. Изучение основных показателей здравоохранения г. Москвы в условиях реформы / О. В. Чижова // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. – 2016. – № 24. – С. 53–58.

219. Чирикова, А. Е. О полимотивации врачей: уроки реформ / А. Е. Чиркова // Мир России. Социология. Этнология. – 2019. – № 3. – С. 6–26.

220. Шабров, А. В. Роль экономических факторов в деятельности общеврачебной практики в Санкт-Петербурге / А.В. Шабров // Первый Всерос. съезд врачей общей практики : Сб. тез. и статей. - Самара. - 2000. - С. 311-312.

221. Шабров, А. В. Проблемы развития семейной медицины в Санкт-Петербурге / А. В. Шабров, М. С. Доценко, И. В. Юбрина // Семейная медицина России на рубеже веков : опыт и перспективы развития : Материалы науч. - практ. конф. М. - 2002. - С. 96-97.

222. Шавхалов, Р. Н. Анализ эффективности реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Москвы : автореф. дис. … д-ра мед. наук : 14.02.03 / Шавхалов Руслан Нажмудинович. – М., 2010. – 48 с.

223. Шадеркин, И. А. Организация специализированной медицинской помощи урологического профиля с применением телемедицинских технологий : автореф. дис. … канд. мед. наук : 14.02.03 / Шадеркин Игорь Аркадьевич. – М., 2019. – 48 с.

224. Шарапова, О. В. Картографический анализ заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения на региональном уровне (на примере Чувашской Республики) / О. В. Шарапова, Л. И. Герасимова, Р. В. Фомина [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2022. – № 5. – С. 16-24.

225. Шевский, В. И. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы / В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68, № 2. – С. 2.

226. Щепин, В. О. К вопросу о развитии первичной медико-санитарной помощи в контексте международного опыта / В. О. Щепин, М. В. Иванов, Т. И. Расторгуева, О. Б. Карпова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2011. – № 4. – С. 162-166.

227. Щепин, В. О. Структурный анализ сети учреждений амбулаторно-поликлинической помощи в Российской Федерации / В. О. Щепин, О. В. Миргородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 6. – С. 26-31.

228. Щепин, О. П. Региональные аспекты развития здравоохранения / О. П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 3–7.

229. Щепин, В. О. Межведомственность в деле охраны здоровья детей и подростков: рекомендации ВОЗ и реалии России / В. О. Щепин, Л. П. Чичерин, В. И. Попов, И. Э. Есауленко // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 76, № 1. – С. 93-102.

230. Шейман, И. М. Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной помощи / И. М Шейман // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2016. – № 4. – С. 143–164.

231. Шейман, И. М. Процессы концентрации и интеграции медицинских служб в зарубежном и отечественном здравоохранении: есть ли приращение эффекта?

/ И. М. Шейман, В. И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2019. – № 1. – С. 111–135.

232. Шейман, И. М. Приоритет первичной медико-санитарной помощи - декларация или реальность? / И. М. Шейман, В. И. Шевский, С. В. Сажина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – № 1 (65). – С. 1–37.

233. Шепель, Р. Н. Анализ нормативных правовых актов Российской Федерации на предмет наличия в них определения термина «госпитализация» / Р. Н. Шепель, Д. О. Савченко, О. М. Драпкина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 1. – С. 1096-1114.

234. Шипова, В. М. Экономическая оценка современных норм труда / В. М. Шипова, О. В. Гриднев, С. М. Гаджиева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – № 4. – С. 138–144.

235. Шипова, В. М. Современная нормативно-правовая база по труду: анализ и перспективы / В. М. Шипова, Е. А. Берсенева, К. В. Кириллов, Е. А. Куденцова // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – № 6. – С. 88–95.

236. Шишкин, С. В. Реформа финансирования российского здравоохранения / С. В. Шишкин. – М. : Институт экономики переходного периода, 2000. – 443 с.

237. Шишкин, С. В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / С. В. Шишкин, И. М. Шейман, А. А. Абдин [и др.]. – М. : Издательский дом Высшей школы экономики, 2017. – 84 с.

238. Шишкин, С. В. Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы : доклад к XXIII Ясинской (Апрельской) международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества / С. В. Шишкин, И. М. Шейман, В. В. Власов [и др.]. – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2022. – 59 с.

239. Шляфер, С. И. Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности неотложной медицинской помощи и помощи на дому городскому населению : специальность 14.00.33 : диссертация на соискание

ученой степени доктора медицинских наук / Шляфер София Исааковна. – Москва, 2004. – 321 с.

240. Шляфер, С. И. Анализ показателей работы скорой медицинской помощи в России / С. И. Шляфер // Скорая медицинская помощь. – 2019. – Т. 20, № 2. – С. 4-13.

241. Шляфер, С. И. Оказание стационарной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста в российской федерации / С. И. Шляфер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 2. – С. 238–244.

242. Штейнберг, И. Качественные методы. Полевые социологические исследования / И. Штейнберг, Т. Шанин, Е. Ковалев, А. Левинсон ; под ред. И. Штейнберга. – СПб. : Алетейя, 2009. – 356 с.

243. Шукуров, М. Р. Возрастно-половые особенности мотивации врачей к трудовой деятельности / М. Р. Шукуров, О. Е. Коновалов, О. С. Саурина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2023. – № 7-8. – С. 39-46.

244. Щепилина, Е. С. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи, оказываемой населению в неотложной форме : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук / Щепилина Екатерина Сергеевна. – Челябинск, 2020. – 24 с.

245. Ярашева, А. В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения / А. В. Ярашева, О. А. Александрова, Е. А. Медведева [и др.] // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2020. – № 1. – С. 174–190.

246. Jerant, A. Association of Clinician Denial of Patient Requests With Patient Satisfaction / A. Jerant, J. J. Fenton, R. L. Kravitz [et al.] // JAMA Inter. Med. – 2018. – № 1 (178). – P. 85–91.

247. de Waard, C. S. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes / C. S. de Waard, A. J. Poot,

W. P. J. den Elzen [et al.] // Scandinavian Journal of Primary Health Care. – 2018. – № 2 (36). – P. 189–197.

248. Flumignan, C. D. Q. What Do Cochrane Systematic Reviews Say About Telemedicine for Healthcare? / C. D. Q. Flumignan, A. P. D. Rocha, A. C. P. N. Pinto [et al.] // Sao. Paulo Med. J. – 2019. – № 2. – P. 184–192.
249. Gioia, G. Medical and Legal Aspects of Telemedicine in Ophthalmology / G. Gioia, M. Salducci // Rom. J. Ophthalmol. – 2019. – № 3 (63). – P. 197–207.
250. Hayıroğlu, M. İ. Telemedicine: Current Concepts and Future Perceptions / M. İ. Hayıroğlu // Anatol. J. Cardiol. – 2019. – № 2 (22). – P. 21–22.
251. Huang, E. Y. Telemedicine and Telementoring in the Surgical Specialties: A Narrative Review / E. Y. Huang, S. Knight, C. R. Guetter [et al.] // Am. J. Surg. – 2019. – № 4 (218). – P. 760–766.
252. Detollenaere, J. Can you recommend me a good GP? Describing social differences in patient satisfaction within 31 countries / J. Detollenaere, L. Hanssens, W. Schäfer, S. Willems // International Journal for Quality in Health Care. – 2018. – № 1 (30). – P. 9–15.
253. Fang, J. What is the most important factor affecting patient satisfaction – a study based on gamma coefficient / J. Fang, L. Liu, P. Fang // Patient Preference and Adherence. – 2019. – № 13. – P. 515–525.
254. Kim, J. Prospects for Telemedicine Adoption: Prognostic Modeling as Exemplified by Rural Areas of USA / J. Kim, H. Alanazi, T. Daim. – DOI 10.17323/1995-459x.2015.4.32.41 // Foresight and STI Governance. – 2015. – № 4 (9). – P. 32–41.
255. Kringos, D. S. Building primary care in a changing Europe: Case studies / D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman, editors. – Copenhagen (Denmark) : European Observatory on Health Systems and Policies, 2015.
256. Lafortune, G. Trends in Supply of Doctors and Nurses in EU and OECD Countries / G. Lafortune, L. Moreira – Brussels : Expert Group Meeting on European Health Workforce, 2015 Nov 16.

257. Lovink, M. H. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: a realist evaluation case study / M. H. Lovink, M. G. Laurant, A. J. van Vught [et al.] // BMJ Open. – 2019 May 24. – № 5 (9).

258. Tranberg, Mette Factors associated with low patient satisfaction in out-of-hours primary care in Denmark – a population-based cross-sectional study / Mette Tranberg, Peter Vedsted, Bodil Hammer Bech [et al.] // BMC Family Practice. – 2018. – № 19. – P. 15.

259. OECD. Realizing the Full Potential of Primary Health Care. Policy brief. OECD Health Policy Studies. – Paris : OECD Publishing, 2020. – 16 p.

260. da Luz, P. L. Telemedicine and the Doctor/Patient Relationship / P. L. da Luz. – DOI 10.5935/abc.20190117 // Arq. Bras. Cardiol. – 2019. – № 1 (113). – P. 100–102.

261. Rafferty, A. M. Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries / A. M. Rafferty, R. Busse, B. Zander-Jentsch [et al.], editors. – Copenhagen (Denmark) : European Observatory on Health Systems and Policies, 2019.

262. Rasmah, S. The association between waiting time and patient satisfaction in outpatient clinics: Findings from a tertiary care hospital in Saudi Arabia / S. Rasmah, Al-Harajin, S. A. Al-Subaie, A. G. Elzubair // J. Fam. Community. Med. – 2019. – № 26. – P. 17–22.

263. Bidmon, S. What Patients Value in Physicians: Analyzing Drivers of Patient Satisfaction Using Physician-Rating Website Data / S. Bidmon, O. Elshiewy, R. Terlutter, Y. Boztug // J. Med. Internet Res. – 2020. – № 2 (22).

Нормативные правовые акты, статистические сборники

264. Модельный закон о телемедицинских услугах : Постановление Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ от 28.10.2010 № 35-7. – URL: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=62130 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

265. Пятьдесят восьмая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 16–25 мая 2005 г. Резолюции и решения. – URL: ttps://iris.who.int/bitstream/handle/10665/25429/A58_2005_REC1-ru.pdf (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

266. Соглашение о сотрудничестве государств-участников СНГ в создании совместимых национальных телемедицинских систем и дальнейшем их развитии и использовании (Санкт-Петербург, 19.11.2010). – URL: https://base.garant.ru/2570913/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

267. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья : Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ. – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71632844/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

268. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

269. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ. – URL: https://base.garant.ru/12191967/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

270. Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 22.11.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.11.2021). – URL: https://docs.cntd.ru/document/901807664 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

271. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204. – URL: http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027 (дата обращения: 28.09.2024).. – Текст : электронный.

272. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года : Указ президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309. – URL: http://www.kremlin.ru/events/president/ news/73986 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

273. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» : Заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию

и национальным проектам. – Текст : электронный.// Правительство России. Официальный сайт. – 2018, 24 дек. – URL: http://government.ru/info/35561/ (дата обращения: 28.09.2024).

274. Паспорт приоритетного проекта «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий» : приложение к протоколу президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 25.10.2016 № 9. – URL: https://base.garant.ru/71678210/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

275. Перечень поручений по итогам заседания Совета по стратегическому развитию и национальным проектам. – Текст : электронный // Президент России. Официальный сайт. – 2021, 15 дек. – URL: http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/67600 (дата обращения: 28.09.2024).

276. Перечень поручений по итогам заседания Совета по стратегическому развитию и национальным проектам. – Текст : электронный. // Президент России. Официальный сайт. – 2022, 15 дек. – URL: http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/70412 (дата обращения: 28.09.2024).

277. Послание Президента России Федеральному собранию Российской Федерации. – Текст : электронный // Президент России. Официальный сайт. – 2023, 21 фев. – URL: http://kremlin.ru/events/president/news/70565 (дата обращения: 28.09.2024).

278. О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации : Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 № 1387. – URL: https://docs.cntd.ru/document/9041708 (дата обращения: 28.09.2024).. – Текст : электронный.

279. О признании утратившими силу некоторых актов… : Постановление Правительства Российской Федерации от 17.06.2020 № 868. – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74186022/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

280. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов : Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506. – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72023058/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

281. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов : Постановление Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610. – URL: https://base.garant.ru/73187132/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

282. Об утверждении государственной программы Российской Федерации : Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Развитие здравоохранения» (утратило силу). – URL: https://base.garant.ru/70643470/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

283. Об утверждении государственной программы Российской Федерации : Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Развитие здравоохранения». – URL: https://docs.cntd.ru/document/556183184 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

284. Об утверждении государственной программы Российской Федерации : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р «Развитие здравоохранения» (утратило силу). – URL: https://docs.cntd.ru/document/902389217?marker=6540IN (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

285. Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе : Постановление Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565. – URL: https://base.garant.ru/70411156/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

286. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – URL: https://minzdrav.gov.ru/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
287. Бронхиальная астма : клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – URL: https://minzdrav.gov.ru/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
288. Глаукома первичная открытоугольная : клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – URL: https://minzdrav.gov.ru/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
289. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы : клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2020. – 71 с. – URL: https://minzdrav.gov.ru/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
290. Методические рекомендации по расчету потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах на 2014 год : Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.03.2014 № 16-0/10/2-1796. – URL: https://docs.cntd.ru/document/499090815 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
291. Модернизация первичного звена здравоохранения // «Национальные проекты» – информационный ресурс о планах развития страны на ближайшее будущее и мерах по улучшению качества жизни людей. – URL: https://национальныепроекты.рф/projects/zdravookhranenie/modernizatsiya-pervichnogo-zvena-zdravookhraneniya (дата обращения: 28.09.2024).
292. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении : утв. Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации 12.06.2004. – URL: https://docs.cntd.ru/document/902101846 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
293. О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения но-

вой коронавирусной инфекции COVID-19 : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 № 198н – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73669697/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

294. О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования : Информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №11-7/10/2-7543, № 14525/26-1/И от 21.11.2018. – URL: https://base.garant.ru/72124718/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

295. О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н – URL: https://docs.cntd.ru/document/565780446 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

296. О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 256. – URL: https://docs.cntd.ru/document/901916499 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

297. О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.08.2006 № 584. – URL: https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=97284 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

298. О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.01.2005 № 84. – URL: https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=69880 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

299. О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» (вместе с положениями «О враче общей практики (семейном враче) : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.08.92 № 237 «О медицинской сестре общей практики», квалификационными характеристиками «врача общей практики (семейного врача)», «медицинской сестры общей практики». – URL: https://docs.cntd.ru/document/58833183 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

300. О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2005 N 633 : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.10.2009 № 846 «Об организации медицинской помощи». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_93549/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

301. О признании утратившими силу приложений N 3-5 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября 2002 г. N 350 : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.05.2012 № 577н «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_133095/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

302. О разъяснении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий : Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.04.2018 № 18-2/0579. – URL: https://base.garant.ru/71942326/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

303. О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2002 № 350. – URL: https://base.garant.ru/4178802/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

304. О ходе выполнения отраслевой программы «Общая врачебная (семейная) практика : Решение Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.01.2002, протокол № 1. – URL: https://spb-medcom.ru/publ/info/969 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

305. Об организации медицинской помощи : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2005 № 633. – URL: https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=86377 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

306. Об отраслевой программе «Общая врачебная (семейная) практика» : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.1999 № 463. – URL: https://docs.cntd.ru/document/901754134 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

307. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.06.2010 № 541н (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»). – URL: https://base.garant.ru/12178397/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

308. Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача) : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.08.2003 № 402. – URL: https://normativ.kontur.ru/ document?moduleId=1&documentId=63152 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

309. Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.08.2001 № 344/76. – URL: https://base.garant.ru/4177911/(дата обращения: 28.09.2024).. – Текст : электронный.

310. Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача) : Приказ Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации от 11.05.2007 № 325– URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4084882/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

311. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н. – URL: https://base.garant.ru/71805302/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

312. Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.09.2020 № 1029н. (с изменениями и дополнениями). – URL: https://docs.cntd.ru/document/566085661 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

313. Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.06.2021 № 402н/631н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/607836767 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

314. Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н. – URL: https://www.consultant.ru/ document/cons_doc_LAW_132071/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

315. Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/420238351 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

316. Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.09.2020 № 972н. (с изменениями и дополнениями). – URL: https://base.garant.ru/75003711/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

317. Об утверждении порядка исчисления нормы рабочего времени на определенные календарные периоды времени (месяц, квартал, год) в зависимости от установленной продолжительности рабочего времени в неделю : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.08.2009 № 588н. – URL: https://base.garant.ru/12169888/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

318. Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 N 1175н (утратил силу). – URL: https://docs.cntd.ru/document/902392071?marker=6540IN (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

319. Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.11.2021 № 1094н. – URL: https://docs.cntd.ru/ document/727251258 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

320. Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с

едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 № 1363н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/573230589 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

321. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 902н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/902387034 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

322. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «эндокринология : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 899н – URL: https://docs.cntd.ru/document/902390359 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

323. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н (дата обращения: 28.09.2024). – URL: https://base.garant.ru/70352632/. – Текст : электронный.

324. Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/542614511 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

325. Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

326. Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.07.2005 № 487. – URL: https://normativ.kontur.ru/

document?moduleId=1&documentId=84496 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

327. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1344н. – URL: https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=212956 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
328. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 № 173н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/554149141 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
329. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 N 168н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/350170247 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
330. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (ред. от 09.04.2020). – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
331. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 № 290н. – URL: https://base.garant.ru/71169514/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
332. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2016 № 973н. – URL: https://base.garant.ru/71587580/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

333. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2020 № 810н. – URL: https://base.garant.ru/74835059/. (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

334. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/902391957 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

335. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 907н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/902391953 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

336. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 922н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/499015541 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

337. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 926н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/902387267. – Текст : электронный.

338. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 905н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/499000919 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

339. Резолюция профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по ранней диагностике заболеваний предстательной железы в России, Москва, 18 марта 2015 года. – URL https://uronephro.ru/spetsialistam/

rezolyutsiya-profilnoj-komissii-po-urologii-mz-rf.html (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

340. Сахарный диабет 2 типа у взрослых : клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – URL: https://minzdrav.gov.ru/(дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
341. Стабильная ишемическая болезнь сердца : клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – URL: https://minzdrav.gov.ru/(дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
342. Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами. – URL: https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/kadry (дата обращения: 28.09.2024).
343. Федеральный реестр инвалидов. – URL: https://sfri.ru/ (дата обращения: 28.09.2024).
344. Финансирование общих врачебных (семейных) практик в условиях обязательного медицинского страхования рекомендации. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2003 – URL: https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=403611&dst=100064#qWyHKqTeWJyEDbw01 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
345. Об утверждении макета профессионального стандарта : Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 12.04.2013 № 147н. (с изменениями от 29.09.2014 № 665н). – URL: https://docs.cntd.ru/document/499018306 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.
346. Об утверждении методических рекомендаций по разработке профессионального стандарта : Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 29.04.2013 № 170н. – URL: https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/104 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

347. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н. – URL: https://base.garant.ru/71648500/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

348. Об утверждении профессионального стандарта «Врач общей практики (семейный врач)» : Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации : подготовлен Минтрудом России 27.11.2018. – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56675186/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

349. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-кардиолог» : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 140н. – URL: https://base.garant.ru/71933356/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

350. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-невролог» : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.01.2019 № 51н. – URL: https://base.garant.ru/72185030/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

351. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 04.08.2017 № 612н. – URL: https://base.garant.ru/71754196/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

352. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-офтальмолог» : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 05.06.2017 № 470н. – URL: https://base.garant.ru/71706690/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

353. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-уролог» : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 137н. – URL: https://docs.cntd.ru/document/542621139 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

354. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург» : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26.11.2018 № 743н. – URL: https://base.garant.ru/72125210/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

355. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-эндокринолог» : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 132н. – URL: https://base.garant.ru/71913368/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

356. Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра / медицинский брат» : Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н. – URL: https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/1571 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

357. Об утверждении уровней квалификаций в целях подготовки профессиональных стандартов : Приказ Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 12.04.2013 № 148н. – URL: https://profstandart.rosmintrud.ru/obshchiy-informatsionnyy-blok/spravochno-informatsionnyy-blok/normativnye-pravovye-akty/detail.php?ELEMENT_ID=106040 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

358. Ответы на типовые вопросы по применению профессиональных стандартов (вместе с «Информацией Министерства труда и социальной защиты Российской) : Письмо Министерства труда Российской Федерации от 04.04.2016 № 14-0/10/В-2253 Федерации по вопросам применения профессиональных стандартов». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_196694/5c8325f11932bd677dbfd865580af6b87bd843e9/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

359. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) : Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1092. – URL:

https://base.garant.ru/70784112/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

360. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации) : Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1097. – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70684692/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

361. Алгоритмы ведения пациентов / Департамент здравоохранения Москвы. – Москва, 2018. – 360 с. – URL: https://mosgorzdrav.ru/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

362. О внесении изменений в постановление Правительства Москвы от 11 августа 2009 No 755-ПП : Постановление Правительства Москвы от 31.05.2022 № 937-ПП. (дата обращения: 28.09.2024). – URL: https://www.mos.ru/authority/documents/doc/ 48898220/. – Текст : электронный.

363. О выплатах стимулирующего характера врачам общей практики (семейным врачам) : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 01.06.2017 № 400 – URL: https://base.garant.ru/49605662/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

364. О дальнейшем совершенствовании оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы 13.09.2019 № 832. – URL: https://docs.cntd.ru/document/563475091. (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

365. О дальнейшем совершенствовании организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.12.2015 № 1087 (утратил силу). – URL: https://docs.cntd.ru/document/ 456027210 (дата обращения: 28.09.2024).. – Текст : электронный.

366. О получателях грантов Правительства Москвы «Ранняя диагностика. Рак победим» по итогам первого полугодия 2019 года : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.11.2019 № 983. – URL: https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/document/default/view/1058.html (дата обращения: 28.09.2024).. – Текст : электронный.

367. О получателях грантов Правительства Москвы «Ранняя диагностика. Рак победим» по итогам первого полугодия 2020 года : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 07.10.2020 № 1171. – URL: https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/document/default/view/1388.html (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

368. О порядке оказания в городе Москве адресной социальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, и семьям с детьми, находящимся в социально опасном положении : Постановление правительства Москвы от 02.02.2022 N 213-ПП (дата обращения: 28.09.2024). – URL: https://docs.cntd.ru/document/ 728318374. – Текст : электронный.

369. О порядке предоставления отдельным льготным категориям граждан, имеющих место жительства в городе Москве, санаторно-курортного лечения, а также бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно : Постановление Правительства Москвы от 11.08.2009 № 755-ПП. – URL: https://docs.cntd.ru/document/3712401 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

370. О применении телемедицинских технологий при организации оказания консультаций по вопросам коронавирусной инфекции COVID-19 и подборе персонала в медицинские организации города Москвы : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.04.2020 № 356. – URL: https://base.garant.ru/73857946/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

371. О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011–2013 годы : Постановление Правительства Москвы от 07.04.2011 № 114-ПП.

– URL: https://docs.cntd.ru/document/537905122 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

372. О реализации мер социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой : Распоряжение Правительства Москвы от 10.08.2005 №1506-РП – URL: https://docs.cntd.ru/document/3660711 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

373. О реализации мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 12.01.2017 № 8 – URL: https://www.mos.ru/dzdrav/documents/department-acts/view/219340220/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

374. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов : Постановление Правительства Москвы 27.12.2018 № 1703-ПП. – URL: https://docs.cntd.ru/document/552051161 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

375. Об организации направления пациентов в стационар кратковременного пребывания по профилю «урология» (утратил силу) : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 855 от 18.10.2016 года. – URL: https://docs.cntd.ru/document/456037455 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

376. Об организации отделений неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению в структуре государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова» : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от

24.05.2017 № 372. – URL: https://docs.cntd.ru/document/556323625 (дата обращения: 28.09.2024) (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

377. Об утверждении государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) : Постановление Правительства Москвы 04.10.2011 N 461-ПП. – URL: https://docs.cntd.ru/document/537907516 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

378. Об утверждении мероприятий, направленных на повышение уровня онкологической настороженности у населения и медицинских работников государственной системы здравоохранения Москвы : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 22.02.2018 № 144. – URL: https://base.garant.ru/49622218/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

379. Об утверждении методических рекомендаций по реализации мероприятий : Приказ Департамент здравоохранения города Москвы от 06.04.2016 N 293 «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения». – URL: https://docs.cntd.ru/document/441800674 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

380. Об утверждении пятого издания Алгоритмов оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 10.10.2018 № 693. – URL: https://docs.cntd.ru/document/560895932 (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

381. Об утверждении Регламента взаимодействия участников информационного взаимодействия при формировании и использовании рецептов на лекарственные препараты, сформированных в форме электронных документов : Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 28.12.2020 № 1488. – URL: https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/document/ default/view/1444.html (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

382. Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы и критериев оценки эффективности и результативности

деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы : Приказ Департамент здравоохранения города Москвы от 29.07.2015 № 632. – URL: https://base.garant.ru/71180054/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

383. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2018 год (г. Москва, 29 декабря 2017 г.) : с изменениями и дополнениями : прекратило действие. – URL: https://base.garant.ru/49624296/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

384. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2019 год (г. Москва, 27 декабря 2018 г.) : с изменениями и дополнениями : прекратило действие.. – URL: https://base.garant.ru/49650174/ (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

385. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2022 год (г. Москва, 30 декабря 2021 г.) (дата обращения: 28.09.2024). – URL: https://base.garant.ru/404718083/. – Текст : электронный.

386. О проведении в «ГБУЗ ГП №115 ДЗМ» акции «День мужского здоровья», приуроченной к празднованию «Дня защитника отечества : Приказ главного врача ГБУЗ Городская поликлиника № 115 ДЗМ от 14.02.2018 № 97.

387. Об организации мероприятий по скринингу мужского населения на выявление рака предстательной железы в ГБУЗ «ГП №115 ДЗМ» в 2019 году» : Приказ главного врача ГБУЗ Городская поликлиника №115 ДЗМ от 24.01.2019 № 129н.

388. Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2017 году : сборник / А. В. Альтфедер, Н. Е. Арутюнова, А. И. Белкина [и др.]. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2018. – 162 с.

389. Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2018 году : сборник / А. В. Альтфедер, Н. Е. Арутюнова, С. Х. Берхамова [и др.]. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – 170 с.

390. Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2019 году : сборник / Н. Е. Арутюнова, С. Х. Берхамова, Н. Е. Боброва [и др.]. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 201 с.

391. Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2020 году : сборник / сост.: Н. Е. Арутюнова, В. Н. Архангельский, С. Х. Берхамова [и др.]. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 264 с.

392. Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2021 г. : сборник / сост. Н. Е. Арутюнова [и др.] ; под ред. Е. И. Аксеновой, А. М. Подчерниной. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – 228 с.

393. Сборник основных показателей деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы за 2012–2013 гг. / коллектив авторов ; под ред. Л. Г. Жук. – М. : ГКУЗ «Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы», 2014. – 129 с.

394. Сборник показателей деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2015 году / С. Г. Комаров, А. В. Алексашина, Н. Е. Арутюнова [и др.]. – М. : ГКУЗ «Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы», 2016. – 149 с.

395. Сборник показателей деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2016 году / А. В. Альтфедер, Н. Е. Арутюнова, С. Х. Берхамова [и др.]. – М. : ГКУЗ «Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы», 2017. – 170 с.

Электронные ресурсы

396. В поликлиниках Москвы требуется более 4,5 тыс. врачей общей практики // Официальный сайт Мэра Москвы.. – URL: https://www.mos.ru/dzdrav/documents/novosti/view/2312220/ (дата обращения: 28.09.2024).

397. Татьяна Мухтасарова: врачи общей практики разгрузят, но не заменят узких специалистов // Официальный сайт департамента здравоохранения Москвы. – URL: https://mosgorzdrav.ru/uploads/journal_release/90556c35-1504082580.pdf (дата обращения: 28.09.2024).

398. Сергей Собянин: В Москве провели более 1,8 миллиона телемедконсультаций для пациентов с COVID-19 // Официальный сайт Мэра Москвы. – URL: https://www.mos.ru/mayor/themes/18299/8025050/ (дата обращения: 28.09.2024).

399. Повышаем комплаентность пациентов или проект «Медицинский лекторий» // Официальный сайт проектного сообщества Департамента здравоохранения Москвы. – URL: https://community.mosgorzdrav.ru/news/povyshaem-komplaentnost-pacientov-ili-proekt-medicinskiy-lektoriy (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

400. Загир Агамов: Наши пациенты стали больше доверять врачам, выстраивается коммуникация // Официальный сайт НИИОЗММ ДЗМ | Газета «Московская медицина. Cito». – URL: https://niioz.ru/upload/iblock/188/188bf0759bf9aff8dfd5d38b77313400.pdf (дата обращения: 28.09.2024). – Текст : электронный.

Приложение А.

Форма для регистрации врачами на приемах посещений для получения справки или медицинского заключения

Таблица А.1 – Форма для регистрации врачами на приемах посещений для получения справки или медицинского заключения

Причина	Число посещений
Предстоящая госпитализация	
Для прохождения реабилитации, физиотерапии	
При наблюдении беременных в женской консультации	
Социальные службы	
При прохождении военно-врачебной комиссии	
Для занятия физической культурой	
Всего	

Приложение Б.

Форма для регистрации врачами на приемах посещений для получения направлений

Таблица Б.1 – Форма для регистрации врачами на приемах посещений для получения направлений

Причина	Число посещений
Предстоящая госпитализация	
Наблюдение в специализированных медицинских организациях	
Наблюдение в частных медицинских организациях	
Самостоятельное решение обратиться в иные государственные учреждения	
При прохождении военно-врачебной комиссии	
Всего	

Приложение В.

Анкета пациента

Анкета пациента

Телемедицина (телемедицинские технологии) – направление медицины, основанное на применении современных коммуникационных технологий для оказания дистанционных консультаций с использованием интернета (скайп, ватсап, телеграмм и т.д.), телефона.

1. Укажите, пожалуйста, свой возраст (полных лет) _____ пол _____М_____Ж

2. Пожалуйста, укажите ваше образование

Высшее среднее студент (учащийся) без образования иное (указать)_____

3. Укажите, пожалуйста, сколько раз в год вы обращаетесь к врачам по поводу заболеваний?

1-2 раза 3-4 раза 5-6 раз 7 раз и более

4. Готовы ли вы в **некоторых случаях**, при возникновении **первичных симптомов** какого-либо заболевания, консультироваться с врачом с помощью различных форм телемедицинских технологий?

готов скорее готов скорее не готов не готов затрудняюсь ответить

5. Готовы ли вы в **некоторых случаях**, в ходе лечения (наблюдения) у врача, консультироваться с ним **повторно** с помощью различных форм телемедицинских технологий?

готов скорее готов скорее не готов не готов затрудняюсь ответить

6. Готовы ли вы получать направления на анализы, обследования и их результаты с помощью электронных средств связи?

готов скорее готов скорее не готов не готов затрудняюсь ответить

7. Готовы ли вы получать рецепты на лекарственные препараты, различные справки в форме электронного документа по интернету?

готов скорее готов скорее не готов не готов затрудняюсь ответить

8. Как вы считаете, использование различных форм телемедицинских технологий позволит повысить **доступность** медицинской помощи?

да скорее да скорее нет нет затрудняюсь ответить

9. Как вы считаете, использование различных форм телемедицинских технологий позволит повысить **качество** медицинской помощи?

да скорее да скорее нет нет затрудняюсь ответить

Спасибо за участие в анкетировании!

Приложение Г.

Анкета врача

Анкета врача

Телемедицинские технологии – комплекс организационных, технических и иных мер, применяемых в процессе оказания медицинской помощи пациенту с использованием процедур, средств и способов передачи данных по каналам (линиям) связи, обеспечивающих достоверную идентификацию участников информационного обмена – медицинского работника, пациента (его законного представителя).

1. Укажите, пожалуйста, свой возраст (полных лет) _____
    a. медицинский стаж (полных лет) _____
2. Пожалуйста, укажите Вашу специальность_____
3. Готовы ли вы **в некоторых случаях** консультировать или назначать лечение **первичным пациентам** с помощью различных форм телемедицинских технологий?
    a. готов
    b. скорее готов
    c. скорее не готов
    d. не готов
    e. затрудняюсь ответить
4. Готовы ли вы **в некоторых случаях** консультировать или назначать лечение **повторным пациентам** с помощью различных форм телемедицинских технологий?
    a. готов
    b. скорее готов
    c. скорее не готов
    d. не готов
    e. затрудняюсь ответить
5. Готовы ли вы консультировать других врачей относительно их пациентов, с помощью различных форм телемедицинских технологий?
    a. готов
    b. скорее готов

c. скорее не готов

d. не готов

e. затрудняюсь ответить

6. Готовы ли вы, выписывать пациентам направления на анализы и обследования и передавать их результаты с помощью электронных средств связи?

a. готов

b. скорее готов

c. скорее не готов

d. не готов

e. затрудняюсь ответить

7. Готовы ли вы выписывать рецепты на лекарственные препараты и справки в форме электронного документа и передавать их с помощью электронных средств связи?

a. готов

b. скорее готов

c. скорее не готов

d. не готов

e. затрудняюсь ответить

8. Готовы ли вы участвовать в образовательных проектах, в рамках повышения квалификации врачей, с помощью различных форм телемедицинских технологий?

a. готов

b. скорее готов

c. скорее не готов

d. не готов

e. затрудняюсь ответить

9. Согласны ли вы, что использование различных форм телемедицинских технологий позволит повысить доступность медицинской помощи?

a. полностью согласен

b. скорее согласен

c. скорее не согласен

d. не согласен

e. затрудняюсь ответить

10. Согласны ли вы, что использование различных форм телемедицинских технологий позволит повысить качество медицинской помощи?

a. полностью согласен

b. скорее согласен

c. скорее не согласен

d. не согласен

e. затрудняюсь ответить

11. Готовы ли вы участвовать в реализации проектов по внедрению телемедицинских технологий в вашем учреждении?

a. готов

b. скорее готов

c. скорее не готов

d. не готов

e. затрудняюсь ответить

Спасибо за участие в анкетировании!

Приложение Д.

Индикативные и фактические показатели реализации государственных программ, РФ, Москва, 2012-2020 гг.

Таблица Д.1 – Индикативные и фактические показатели государственных программ, РФ, Москва, 2012-2020 гг.

Развитие здравоохранения РФ	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*
Смертность от всех причин, на 1000 нас.	-	-	-	12,5	12,9	12,1	11,8	11,6	11,4
Фактические показатели	-	-	-	13,0	12,9	12,4	12,5	12,3	14,6
От болезней системы кровообращения, на 100 тыс. нас.	-	-	-	691,7	614,1	598,7	583,7	569,1	554,9
Фактические показатели	-	-	-	635,3	616,4	587,6	583,1	573,2	640,8
От новообразований, на 100 тыс. нас.	-	-	-	197,8	196,1	194,4	192,8	191,4	190
Фактические показатели	-	-	-	205,1	204,3	200,6	203,0	203,5	202,0
Ожидаемая продолжительность жизни	-	-	-	72,02	71,9	73	74	74,5	75
Фактические показатели	-	-	-	71,4	71,9	72,7	72,9	73,3	71,5
Столичное здравоохранение, Москва	-	-	-						
Смертность от всех причин, на 1000 нас.	9,9	9,7	9,7	9,7	9,6	9,6	9,5	9,4	9,4
Фактические показатели	9,9	9,6	9,7	9,9	10,0	9,6	9,7	9,6	11,8
От болезней системы кровообращения, на 100 тыс. нас.	550,6	538,5	535	532	530	528	526	524	522
Фактические показатели	550,6	529,6	523,7	524,2	555,8	537,0	521,7	489,2	532,0
От новообразований	204,5	201,8	201	198,7	196,2	194,8	192,8	191,5	190
Фактические показатели	204,5	204,2	207,5	211,0	222,8	213,5	215,7	214,7	208,0
Ожидаемая продолжительность жизни	75,7	75,8	75,9	75,9	76	76,1	76,2	76,3	76,4
Фактические показатели	75,7	76,4	76,7	76,8	77,1	77,9	77,8	78,4	76,2

Приложение Е.

Динамика общей заболеваемости взрослого населения г. Москвы по классам болезней (на 1000 нас.), 2012–2022 гг.

Таблица Е.1 – Динамика общей заболеваемости взрослого населения г. Москвы по классам болезней (на 1000 нас.), 2012–2022 гг.

Класс болезней по МКБ	*Годы*											*Прирост/ убыль, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	23,0	20,6	20,1	18,9	19,7	19,1	18,7	19,3	16,3	16,7	17,4	-24,4
Новообразования	39,3	38,6	37,0	39,3	47,5	49,3	51,6	56,4	56,0	59,2	67,0	70,5
Болезни крови, кроветворных органов	1,4	1,3	1,4	1,5	1,7	1,7	1,8	2,0	2,3	3,0	3,1	118,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	58,6	60,7	62,6	66,1	67,0	67,5	70,2	76,2	77,1	82,1	87,4	49,1
Психические расстройства и расстройства поведения	36,4	36,0	33,2	29,5	27,6	25,0	22,0	20,9	20,7	21,8	22,9	-36,9
Болезни нервной системы	18,1	17,1	16,1	15,9	15,7	15,2	15,5	16,3	15,6	17,5	18,8	4,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	83,7	81,5	81,0	75,2	72,0	71,5	72,3	74,7	69,1	69,8	77,0	-8,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	25,6	25,9	23,8	22,6	21,7	21,4	21,4	20,9	18,6	19,6	20,6	-19,3
Болезни системы кровообращения	303,8	303,4	298,5	284,1	272,4	274,8	281,8	286,4	266,3	274,0	281,1	-7,5
Болезни органов дыхания	214,7	212,2	192,8	179,8	182,9	181,6	190,7	197,8	208,8	220,8	234,3	9,1
Болезни органов пищеварения	99,8	98,4	98,8	90,2	84,7	83,9	84,3	85,1	75,8	79,5	83,3	-16,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	38,5	37,8	38,0	44,3	43,5	44,3	42,8	44,2	38,4	46,5	43,4	12,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	134,8	136,7	139,6	126,3	122,4	119,4	120,3	124,9	111,0	118,7	124,1	-7,9
Болезни мочеполовой системы	111,1	111,0	109,0	102,7	102,0	104,4	116,5	128,2	114,8	125,6	121,7	9,5
Беременность, роды и послеродовой период	76,4	74,8	76,6	68,0	69,7	71,0	71,2	81,7	75,3	76,9	65,4	-14,5

Продолжение таблицы Е.1

Класс болезней по МКБ	*Годы*											*Прирост/ убыль, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Врожденные аномалии	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	-28,7
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	0,8	0,6	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Травмы, отравления, последствия внешних причин	79,2	78,0	73,8	70,9	70,0	66,6	69,3	71,0	63,9	66,7	71,8	-9,3
COVID -19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	67,6	94,7	85,5	

Приложение Ж.

Динамика общей заболеваемости взрослого населения РФ по классам болезней, 2012–2022 гг.

Таблица Ж.1 – Динамика общей заболеваемости взрослого населения РФ по классам болезней, (на 1000 нас.), 2012–2022 гг.

Класс болезней по МКБ	*Годы*											*Прирост/ убыль, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	39,3	37,7	37,1	36,3	37,0	35,9	36,0	35,5	30,8	31,1	31,4	-20,2
Новообразования	50,7	51,5	52,7	53,8	56,6	58,7	60,4	61,8	58,9	60,0	62,4	23,0
Болезни крови, кроветворных органов	8,4	8,4	9,1	9,1	10,3	9,5	9,6	9,9	8,6	9,1	9,5	13,9
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	68,1	71,1	75,9	80,7	85,4	88,8	91,3	96,2	91,2	93,1	97,4	43,2
Психические расстройства и расстройства поведения	51,3	50,7	49,6	47,6	46,1	44,4	43,3	41,6	40,0	40,6	41,1	-19,9
Болезни нервной системы	49,0	49,8	50,0	49,6	49,2	48,9	48,8	48,9	42,6	43,5	45,6	-6,9
Болезни глаза и его придаточного аппарата	108,6	106,5	105,7	101,6	98,7	96,1	95,4	93,5	78,8	79,7	80,1	-26,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	37,7	37,0	36,1	35,4	34,7	34,4	33,8	33,2	28,0	28,2	28,8	-23,7
Болезни системы кровообращения	273,3	276,0	282,5	282,5	289,0	296,3	307,0	319,5	299,5	306,1	322,4	18,0
Болезни органов дыхания	202,2	206,3	198,4	199,9	208,3	209,4	215,0	212,5	259,8	274,7	280,8	38,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	51,1	50,8	51,0	49,7	49,1	48,0	48,0	48,6	41,6	43,6	44,1	-13,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	142,1	142,5	145,1	143,2	141,6	141,7	144,3	147,0	127,7	128,5	137,0	-3,6
Болезни мочеполовой системы	126,7	129,1	129,3	129,5	129,8	130,2	133,2	134,6	116,4	119,1	119,9	-5,4
Беременность, роды и послеродовой период	108,3	108,5	109,3	106,7	106,9	103,3	98,8	95,4	92,6	89,2	81,6	-24,7
Врожденные аномалии	1,4	1,4	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	-26,1

Продолжение таблицы Ж.1

Класс болезней по МКБ	*Годы*											*Прирост/ убыль, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	4,1	3,8	2,1	0,9	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	1,0	-75,5
Травмы, отравления, последствия внешних причин	88,3	87,6	85,0	84,9	83,1	81,8	82,2	83,3	76,4	77,2	78,7	-10,9
COVID -19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	39,2	91,1	90,4	

Приложение И.

Динамика первичной заболеваемости взрослого населения г. Москвы по классам болезней, 2012-2022 гг.

Таблица И.1 – Динамика первичной заболеваемость взрослого населения г. Москвы по классам болезней (на 1000 нас.), 2012-2022 гг.

Класс болезней по МКБ	*Годы*											*Прирост/ убыль, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	18,3	16,0	20,4	18,5	15,6	15,4	15,3	15,7	12,1	12,6	12,4	-31,9
Новообразования	13,7	9,3	9,3	9,9	10,9	10,4	11,8	12,6	10,1	11,3	12,3	-10,2
Болезни крови, кроветворных органов	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	92,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6,0	6,1	6,3	7,7	6,7	6,7	7,2	7,8	6,4	5,8	6,4	5,2
Психические расстройства и расстройства поведения	5,0	5,1	4,2	2,9	2,6	2,4	2,6	2,9	2,7	3,4	3,9	-20,4
Болезни нервной системы	4,9	4,9	4,5	4,3	4,2	4,1	3,9	4,4	4,3	4,4	4,5	-7,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	19,4	19,7	19,2	17,7	16,4	16,7	17,3	17,2	16,0	15,6	16,7	-14,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	15,8	16,4	15,0	13,8	13,2	13,1	13,2	12,8	11,3	11,7	12,6	-20,6
Болезни системы кровообращения	16,7	17,0	16,0	17,5	16,2	16,0	16,7	17,4	13,7	12,8	13,2	-21,1
Болезни органов дыхания	168,0	166,4	150,5	140,4	147,1	142,5	148,3	151,2	158,7	166,6	177,6	5,7
Болезни органов пищеварения	11,6	11,7	12,1	11,1	10,3	10,7	11,4	11,0	9,5	8,2	7,9	-32,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	33,5	33,0	32,3	37,5	36,4	37,0	35,8	36,5	30,8	37,0	36,5	9,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	24,3	23,8	24,8	19,0	17,6	17,0	17,7	16,3	13,8	12,9	11,9	-51,2
Болезни мочеполовой системы	38,8	38,6	36,1	31,5	32,0	33,2	40,0	38,5	29,6	29,4	31,4	-19,0
Беременность, роды и послеродовой период	76,1	74,8	76,4	65,8	68,1	63,0	62,9	75,0	67,9	76,2	64,2	-15,5

Продолжение таблицы И.1

Класс болезней по МКБ	*Годы*											*Прирост/ убыль, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Врожденные аномалии	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-66,7
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	0,6	0,5	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-100,0
Травмы, отравления, последствия внешних причин	79,2	78,0	73,8	70,9	70,0	66,6	69,3	71,0	63,9	66,7	71,8	-9,3
COVID -19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	67,6	94,7	85,5	

Приложение К.

Динамика первичной заболеваемости взрослого населения РФ по классам болезней, 2012-2022 гг.

Таблица К.1 – Динамика первичной заболеваемость взрослого населения РФ по классам болезней (на 1000 нас.), 2012-2022 гг.

Класс болезней по МКБ	*Годы*											*Прирост/ убыль, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	22,1	21,2	20,4	18,5	18,4	17,8	17,4	16,9	13,5	13,5	14,0	-36,5
Новообразования	13,1	12,9	13,2	13,0	13,0	13,1	13,4	13,7	11,3	11,6	12,4	-5,4
Болезни крови, кроветворных органов	2,3	2,4	2,5	2,6	2,6	2,6	2,4	2,5	1,9	2,0	2,2	-5,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	8,8	9,2	9,9	12,5	13,1	13,2	12,1	13,5	10,1	10,1	11,3	27,9
Психические расстройства и расстройства поведения	5,1	4,9	4,7	4,5	4,1	3,8	3,8	3,8	3,2	3,8	4,0	-21,6
Болезни нервной системы	10,3	10,5	10,4	9,9	9,7	9,7	9,4	9,6	8,2	8,8	9,4	-9,4
Болезни глаза и его придаточного аппарата	29,2	29,0	28,5	26,8	25,9	24,9	24,6	23,7	19,7	19,9	20,0	-31,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	22,9	22,9	22,4	21,3	21,1	20,8	20,4	20,1	16,9	17,0	17,6	-23,3
Болезни системы кровообращения	30,4	34,6	33,6	36,6	37,5	38,1	39,0	42,1	35,5	36,6	40,5	33,1
Болезни органов дыхания	153,5	158,2	151,3	154,3	163,1	162,5	167,7	164,7	214,3	227,5	235,8	53,6
Болезни органов пищеварения	24,1	24,5	26,2	26,2	27,0	26,0	25,0	24,7	20,8	20,8	21,6	-10,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	38,5	37,9	37,4	35,9	35,2	33,6	33,4	33,7	28,1	29,7	30,3	-21,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	31,1	30,4	30,2	28,5	28,1	28,1	28,4	29,2	24,7	26,1	28,4	-8,7
Болезни мочеполовой системы	52,5	52,9	52,3	49,7	49,2	48,5	48,7	48,3	38,8	39,3	40,3	-23,2
Беременность, роды и послеродовой период	81,9	80,8	82,2	76,9	73,1	70,6	67,0	64,9	61,0	60,5	55,9	-31,7

Продолжение таблицы К.1

Класс болезней по МКБ	*Годы*											*Прирост/ убыль, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Врожденные аномалии	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-60,4
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	2,5	2,4	1,4	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	-70,4
Травмы, отравления, последствия внешних причин	88,2	87,2	84,6	84,5	82,9	81,7	82,1	83,3	76,4	77,2	78,7	-10,8
COVID -19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	39,2	91,1	90,4	

Приложение Л.

Численность врачей и среднего медицинского персонала, Москва, 2012 – 2022 гг.

Таблица Л.1 – Численность врачей и среднего медицинского персонала, Москва, 2012 – 2022 гг.

Показатель	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*Прирост/убыль, %*
Врачи												
Общая численность, на 10 тыс. нас.	68,9	68,6	66,1	55,5	55,4	55,9	58,3	59,9	68,2	70,8	71,7	
Численность занятых в государственной системе здравоохранения, на 10 тыс. нас.	57,1	57,1	45,1	42,5	41,8	42,5	43,1	44,3	46,5	45,5	43,3	
Общая численность, тыс. чел.	82,6	83,1	80,6	68,6	68,6	69,9	73,5	77,6	88,5	92,2	94,0	+ 13,8
Численность занятых в государственной системе здравоохранения, тыс. чел.:	68,4	68,4	55,1	51,8	51,8	52,6	54,4	55,8	58,9	59,2	56,3	- 17,7
их доля (%)	82,8	82,3	68,3	75,5	75,5	75,2	74,0	72,0	66,5	64,2	59,9	
Численность занятых в негосударственной системе здравоохранения, тыс. чел.:	14,2	14,7	25,5	16,8	16,8	17,3	19,1	21,8	29,6	33,0	37,7	+ 165,2
их доля (%)	17,2	17,7	31,7	24,5	24,5	24,8	26,0	28,0	33,5	35,8	40,1	
Средний медицинский персонал												
Общая численность, на 10 тыс. нас.	96,5	97,9	92,8	90,5	89,7	83,3	82,8	82	88,1	86,4	86,5	
Численность занятых в государственной системе здравоохранения, на 10 тыс. нас.	82,9	84,8	83,9	77,2	75,2	69,4	68,5	67,8	69,1	65,1	60,7	
Общая численность, тыс. чел.	115,6	118,5	113,2	112,0	111,0	104,1	104,4	106,2	114,3	112,5	113,3	- 2,0
Численность занятых в государственной системе здравоохранения, тыс. чел.:	99,3	101,6	102,3	94,1	93,1	85,9	86,5	85,6	87,4	84,7	79,5	- 20,0
их доля (%)	85,9	85,7	90,4	84,0	83,8	82,5	82,8	80,6	76,5	75,3	70,2	
Численность занятых в негосударственной системе здравоохранения, тыс. чел.:	16,3	16,9	10,9	17,9	17,9	18,2	17,9	20,6	26,9	27,8	33,8	+ 107,8
их доля (%)	14,1	14,3	9,6	16,0	16,2	17,5	17,2	19,4	23,5	24,7	29,8	

Приложение М.

Занятые должности врачей-специалистов, их дефицит/избыток, ГП № 115 ДЗМ, 2013-2022 гг.

Таблица М.1 –Дефицит/избыток врачей-специалистов, ГП № 115 ДЗМ, 2013-2022 гг.

Врачебная специальность	*Годы*									
	2013	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*
Занятые должности врачей-специалистов										
Врач-кардиолог	9,00	13,25	9,50	10,00	9,25	6,25	8,00	6,00	6,25	7,50
Врач-невролог	18,00	27,25	13,50	15,25	12,00	10,25	8,00	8,75	11,75	11,25
Врач-энокринолог	12,00	15,50	13,25	9,75	10,25	9,25	8,25	6,75	6,25	7,25
Врач-уролог	9,00	10,00	6,50	5,50	4,75	6,00	6,50	6,75	6,25	8,00
Врач-хирург	19,00	18,50	17,25	17,25	13,25	10,25	13,50	13,50	13,25	12,50
Врач-оториноларинголог	11,00	13,50	5,00	5,50	7,25	8,25	7,00	8,00	7,75	8,75
Врач-офтальмолог	14,75	17,00	11,75	11,00	12,00	11,00	7,00	7,00	9,50	9,00
Дефицит/избыток врачей-специалистов										
Врач-кардиолог	- 5,1	- 1,0	- 0,8	- 0,4	- 1,1	- 4,2	- 2,6	- 4,8	- 4,9	- 3,9
Врач-невролог	- 0,8	+ 8,3	- 0,3	+ 1,4	- 1,8	- 3,7	- 6,2	- 5,6	- 3,2	- 4,0
Врач-эндокринолог	- 2,1	+ 1,3	+ 2,9	- 0,6	- 0,1	- 1,2	- 2,4	- 4,0	- 4,9	- 4,2
Врач-уролог	- 5,1	- 4,2	- 3,8	- 4,9	- 5,6	- 4,4	- 4,1	- 4,0	- 4,9	- 3,4
Врач-хирург	- 9,2	- 10,0	- 3,4	- 3,5	- 7,4	- 10,6	- 7,7	- 8,1	- 9,1	- 10,4
Врач-оториноларинголог	- 13,0	- 10,7	- 12,5	- 12,1	- 10,3	- 9,5	- 11,0	- 10,4	- 11,3	- 10,7
Врач-офтальмолог	- 13,5	- 11,5	- 8,9	- 9,7	- 8,7	- 9,9	- 14,2	- 14,6	- 12,9	- 3,9

Приложение Н.

Динамика объемов оказываемой медицинской помощи в г. Москве, 2012-2022 гг.

Таблица Н.1 –Динамика объемов оказываемой медицинской помощи в Москве, 2012-2022 гг.

Наименование показателей	*Годы*											*Прирост/ убыль, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Число функциональных исследований на 1 жителя	1,3	1,4	1,4	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,4	1,7	1,4	7,7
Число лабораторных анализов на 1 жителя	43,4	45,7	46,5	46,6	46,3	47,2	29,3	29,5	18,4	22,2	18,7	-56,9
Число физиотерапевтических процедур на одно 1 лицо, закончившее лечение	13,2	13,4	13,0	12,1	11,8	11,9	11,3	11,2	11,4	11,8	11,8	-10,6
Число процедур ЛФК на 1 лицо, закончившее лечение	13,5	13,3	12,0	11,3	11,0	10,4	10,3	10,3	10,1	9,9	10,8	-20,0
Число процедур рефлексотерапии на 1 лицо, закончившее лечение	13,4	13,0	13,1	11,1	13,0	10,6	10,4	8,5	8,7	9,7	11,4	-14,9
Рентгенологические исследования: без профилактических исследований			7432660	7105236	7028930	7043854	7265573	7190558	5499874	6138899	6227725	-16,2
профилактические, органов грудной клетки	-	-	6278400	5675027	5613870	5707034	6017965	5850481	4282377	4994160	5073939	-19,2
профилактические, молочных желез	-	-	553620	465683	517644	550128	548781	566386	386240	541692	667331	20,5
Компьютерно-томографические исследования	-	-	574530	641168	781481	942344	1168463	1276457	2034499	2496315	2191157	281,4
Магнитно-резонансные исследования	-	-	207630	222357	279782	329127	358633	410356	289976	362670	420773	102,7
Ультразвуковые исследования	-	-	16661047	14647333	14461721	15108010	16078712	16634246	13401774	16029988	15883079	-4,7

Приложение П.

Динамика объемов оказываемой медицинской помощи в ГП № 115 ДЗМ, 2012-2022 гг.

Таблица П.1 –Динамика объемов оказываемой медицинской помощи в ГП № 115 ДЗМ, 2012-2022 гг.

Наименование показателей	*Годы*											*Убыль/ прирост, %*
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	
Рентгенологические	69513	59888	67682	64649	56440	59908	58449	59846	26604	29314	39136	-43,7%
Убыль/прирост		-13,8%	13,0%	-4,5%	-12,7%	6,1%	-2,4%	2,4%	-55,5%	10,2%	33,5%	
Рентгенологические профилак-тические	198648	187997	208681	133957	38413	47339	53705	54808	33426	34353	37844	-80,9%
Убыль/прирост		-5,4%	11,0%	-35,8%	-71,3%	23,2%	13,4%	2,1%	-39,0%	2,8%	10,2%	
Ультразвуковые	114371	147970	241167	113536	91933	100739	140263	144692	113419	127840	119986	4,9%
Убыль/прирост		29,4%	63,0%	-52,9%	-19,0%	9,6%	39,2%	3,2%	-21,6%	12,7%	-6,1%	
Эндоскопические	6482	15087	7354	3758	4829	6844	7229	6560	3273	4737	5264	-18,8%
Убыль/прирост		132,8%	-51,3%	-48,9%	28,5%	41,7%	5,6%	-9,3%	-50,1%	44,7%	11,1%	
Функциональные	138031	229939	411688	190126	92644	82712	86949	83879	172928	176658	153550	11,2%
Убыль/прирост		66,6%	79,0%	-53,8%	-51,3%	-10,7%	5,1%	-3,5%	106,2%	2,2%	-13,1%	
Операции	8143	8109	6033	6511	5267	1991	1572	2266	2171	2359	2276	-72,0%
Убыль/прирост		-0,4%	-25,6%	7,9%	-19,1%	-62,2%	-21,0%	44,1%	-4,2%	8,7%	-3,5%	
Лабораторные	69513	59888	67682	64649	56440	59908	58449	59846	26604	29314	39136	-43,7%
Убыль/прирост		-13,8%	13,0%	-4,5%	-12,7%	6,1%	-2,4%	2,4%	-55,5%	10,2%	33,5%	

Приложение Р.

Контингент обратившихся в центры здоровья – взрослые от 18 лет и старше, 2014–2019 гг.

Таблица Р.1 – Контингент обратившихся в центры здоровья – взрослые от 18 лет и старше, 2014–2019 гг.

Пациенты	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*Темп прироста %)*
Обратившиеся в центр здоровья, всего	503686	375191	190284	199200	199095	210788	-58,2
Темп прироста (цепной метод), %		- 25,5	- 49,3	4,7	- 0,1	5,9	
– из них: первично (%)	98,8	99,3	99,2	97,9	99,3	99,5	
– из них: выявлены здоровыми (%)	37,5	40,7	31,3	29,4	30,0	32,7	
– из них: с факторами риска	61,3	58,6	68,0	68,5	69,3	66,8	
Назначены индивидуальные планы по здоровому образу жизни (%)	80,2	81,5	88,5	97,9	99,3	99,5	
Направлено первично к врачам-специалистам АПУ (%)	48,7	45,1	46,9	46,3	42,0	38,9	

Приложение С.

Чек-лист медицинской сестры для опроса пациента по телефону

1. Приветствие (Доброе утро, день, вечер; здравствуйте).

Медицинская сестра кабинета уролога ФИО, слушает.

2. Идентификация пациента по ФИО, определение его в ЕМИАС.

Продолжение разговора, в зависимости от запроса пациента в двух направлениях: оформление льготного рецепта и консультация.

Оформление льготного рецепта

1. Как Вы себя чувствуете на фоне приема препарата?

Ответ: Нормально ⟹ Переходим к вопросу №2

Ответ: Плохо ⟹ Выясняем жалобы, фиксируем ⟹ Я передам доктору, он Вам позвонит, как освободится.

2. Когда у Вас заканчивается препарат?
3. Я выпишу рецепт и передам в аптечный пункт, можете получить в часы работы поликлиники.
4. У вас есть какие-либо вопросы к доктору?

Ответ: нет ⟹ До свидания, ближе к окончанию препарата звоните или в случае возникновения вопросов.

Ответ: да ⟹ Выясняем вопрос, фиксируем.

Если вопрос по лечению ⟹ Я передам доктору, он Вам позвонит, как освободится.

Если вопрос организационного характера ⟹ Решаем.

Консультация

1. Какой у вас вопрос?

Выясняем вопрос, фиксируем ⟹ Я передам доктору, он Вам позвонит, как освободится.