

## ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора **Какориной Екатерины Петровны** на диссертацию **Данаева Аслана Барадиновича** на тему: «Совершенствование системы комплексного анализа и оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях населению Ставропольского края» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

**Актуальность исследования.** В современной модели здравоохранения, ориентированной на ценность для пациента и профилактику, амбулаторно-поликлиническое звено становится ключевым. На его долю приходится более 80% всех обращений за медицинской помощью. Именно здесь решаются задачи ранней диагностики, диспансеризации, ведения хронических заболеваний и снижения потребности в дорогостоящей стационарной помощи. Поэтому эффективность всей системы здравоохранения напрямую зависит от качества работы амбулаторных организаций.

Действующие системы анализа эффективности деятельности медицинских организаций (например, в рамках программы государственных гарантий, контрольно-надзорных мероприятий, рейтингов Минздрава России и пр.) зачастую имеют ряд ограничений:

- фрагментарность: оценка часто сводится к отдельным финансовым, объемным или клиническим показателям без их комплексной увязки;
- акцент на формальное выполнение нормативов (посещений, сроков) в ущерб качеству клинического процесса и субъективному восприятию пациента;
- недостаточная ориентация на результат: слабо оценивается влияние деятельности поликлиники на конечные цели – улучшение здоровья

прикрепленного населения, снижение предотвратимой госпитализации, смертности;

- низкая эффективность использования данных: данные часто собираются разрозненно, недостаточно анализируются для управленческих решений и обратной связи с медицинскими работниками.

В связи с этим, данная тема диссертационного исследования - совершенствование системы комплексного анализа и оценки деятельности амбулаторных организаций является крайне актуальной научной и практической задачей. Разработка и внедрение такой системы, интегрирующей клинические, экономические, организационные и пациенто-ориентированные показатели, является необходимым условием для: повышения качества и доступности медицинской помощи, перехода к эффективной модели управления, основанной на данных, достижения ключевых целей национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения») и обеспечения устойчивого развития системы здравоохранения Российской Федерации.

**Научная новизна исследования.** Автором предложена целостная технология комплексного анализа и интегральной оценки. Это принципиально важный шаг от разрозненных контрольных мероприятий к системному управленческому инструменту. Новизна заключается в синтезе правового, методического и информационно-аналитического подходов в единую логическую цепь.

В области правового и методического обеспечения Данаев А.Б. провел контент-анализ нормативного правового регламента, который позволил определить конкретные направления совершенствования первичного звена здравоохранения.

Диссертант интегрировал медико-социологический компонент в управленческий цикл. Научно обоснована необходимость использования результатов социологических исследований (удовлетворенности, оценки

здоровья, материального положения) как одного из элементов организационной технологии. Это трансформирует субъективное мнение пациента из второстепенного фактора в ключевой объективный показатель результативности деятельности медицинской организации. Такой подход формирует основу для социологического мониторинга как неотъемлемой части системы управления качеством медицинской помощи.

Разработанная технология Данаевым А.Б. представляет конкретный инструмент информационно-аналитического обеспечения управленческих решений, направленной на структурные преобразования и внедрение «бережливого производства».

**Теоретическая и практическая значимость.** Исследование вносит вклад в теорию организационного управления в здравоохранении. Доказана необходимость и эффективность пересмотра интегральных показателей в условиях проведения структурных реформ в здравоохранении.

Работа углубляет теоретические представления о природе и факторах удовлетворенности населения медицинской помощью.

Обоснована и реализована модель, в которой объективные статистические данные и субъективные оценки населения интегрируются в единый аналитический конструкт. Это способствует развитию теории пациентоориентированного управления, основанного на данных, и формирует теоретическую базу для создания систем предиктивной аналитики в здравоохранении.

Разработанная система мониторинга и оценки является практическим инструментом для использования органов управления здравоохранением Ставропольского края и может быть адаптирована для других регионов. Эта система позволяет: в режиме реального времени выявлять медицинские организации с высокими рисками для адресного вмешательства; объективно сравнивать результативность разнотипных учреждений; оценивать эффект от реализации региональных программ.

Обеспечение руководителей медицинских организаций персонифицированной аналитикой явилось основанием для разработки программ улучшения качества оказания медицинской помощи.

На основе выявленных проблем (дефицит управленческих компетенций, низкая эффективность внедрения бережливых технологий) разработаны и внедрены программы повышения квалификации образовательном процессе в СтГМУ.

Результаты исследования носят не только констатирующий, но и рекомендательный характер. Они выявили системные проблемы, требующие решений на региональном уровне:

- проблема лекарственного обеспечения: выявленные трудности с льготными лекарствами указывают на необходимость совершенствования логистики и системы закупок;

- проблема нелегальных платежей: данные опроса служат основанием для усиления контрольно-надзорной деятельности и изменения системы оплаты труда;

- проблема инфраструктуры: низкие оценки технического состояния зданий требует разработки программ капитального ремонта и модернизации.

Практические наработки и методики используются в медицинских организациях Карачаево-Черкесской и Чеченской республиках, что подтверждает их практическую ценность за пределами региона.

**Обоснованность, достоверность и объективность научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации.** Научные положения, выводы и практические рекомендации, представленные в диссертации, обладают высокой степенью обоснованности, достоверности и объективности, что обеспечивается совокупностью методологических подходов, характеристики базы исследования и анализа данных.

Этапы исследования базируются на принципах доказательной медицины, системного анализа и социологии. Использованы утвержденные методологические подходы ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Выбор интегральных показателей (29 индикаторов) и их группировка по 5 блокам деятельности проведен на основе повторного экспертного анализа с участием представителей науки, практического здравоохранения и медицинской статистики, что делает систему показателей валидной.

Применение триангуляции методов (статистический, экспертный, социологический, аналитический) позволило всесторонне изучить объект, минимизировав погрешности, присущие какому-либо одному методу.

Достоверность результатов обеспечивается репрезентативностью данных, корректностью применяемых методов сбора и обработки информации, а также процедурами контроля.

Данные репрезентативны (генеральная совокупность – 47 амбулаторных медицинских организаций Ставропольского края), что исключает ошибку выборки. Общее число респондентов в трех социологических опросах превышает 3200 человек, что обеспечивает статистическую достоверность полученных результатов. Использованы официальные формы статистической отчетности.

Разработан и применен пятиуровневый алгоритм контроля достоверности собираемой информации, включая проверку на логику, форматно-смысловые ошибки и выявление аномальных значений с использованием статистических критериев (критерий Романовского, правило Чебышева).

В социологических исследованиях использован инструментарий, рекомендованный Европейским региональным бюро ВОЗ, а также методики, соответствующие ГОСТ Р 50779.10-2000.

Методы статистической обработки корректны: использованы современные программные инструменты («STATISTICA 6.0», «Excel 5.0»), данные обработаны с использованием общепринятых статистических методов

(расчет средних величин, дисперсии, кластерный анализ, методы визуализации).

Исследование базируется на обезличенных агрегированных данных, что исключает субъективную оценку конкретных организаций или лиц на этапе первичного анализа.

Метод сравнения с эталоном, заложенный в расчет индекса благополучия, объективен по своей сути, так как оценка каждой медицинской организации зависит от ее положения относительно лучших фактически достигнутых в своей группе показателей.

Период наблюдения с 2015 г. по 2020 г. позволил выявлять устойчивые тренды.

Результаты исследования прошли широкую апробацию: докладывались на 8 научных форумах различного уровня (включая международные с участием), опубликованы в 9 рецензируемых научных работах, в том числе в журналах из списка ВАК и RSCI.

Положения, выводы и рекомендации диссертации объективно отражают результаты проведенного исследования и являются достоверными и научно обоснованными.

**Личный вклад автора.** Вклад автора в выполнение настоящего исследования является определяющим и охватывает все его основные этапы. Автором самостоятельно разработаны концепция, цель, задачи и общая методология работы. Им лично проведен комплексный аналитический обзор научных источников и нормативной правовой базы. На этапе организации и проведения исследования автор непосредственно разработал его программу и инструментарий, осуществил формирование информационной базы, сбор и агрегирование первичных данных, а также расчет интегральных и обобщающих оценочных показателей. Проведенный анализ материалов выполнен при его непосредственном участии. В рамках прикладной части исследования автором разработан инструментарий и организовано проведение социологических опросов.

**Оценка структуры и содержания диссертации.** Материалы диссертации изложены на 254 страницах машинописного текста, отражены в 42 таблицах и 47 рисунках. Диссертация состоит из введения, обзора литературы и нормативных правовых документов (глава 1), описания базы, материалов и методов исследования (глава 2), двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и 6 приложений. Список литературы оформлен по ГОСТу и включает 186 источников (128 отечественных и 58 иностранных).

**Во введении** обоснована актуальность темы диссертационного исследования, степень ее разработанности, определены цели и задачи, изложены научная новизна и научно-практическая значимость работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту, представлены данные об апробации и внедрении в практику полученных результатов.

**В Главе 1 «Современные аспекты мониторинга и оценки качества и доступности первичной медико-санитарной помощи населению (обзор литературы)»** проведенный анализ литературных источников позволяет констатировать, что, несмотря на признание возрастающей фундаментальной роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в глобальном и национальном масштабах и запуск в Российской Федерации масштабных проектов по ее реформированию на принципах пациентоориентированности, существует критический разрыв между практикой преобразований и системой их оценки.

Выявлены ключевые противоречия между:

- декларируемой целью повышения качества, доступности и безопасности ПМСП и отсутствием в достаточном объеме исследований, комплексно анализирующих и независимо оценивающих достижение этих целей в условиях реальных реформ;

- длительным периодом реализации проектов развития ПМСП (свыше 10 лет) и несформированной системой мониторинга, являющимся ключевым инструментом стратегического управления;

- потребностью в объективных данных для управления и хаотичным, методологически не унифицированным характером существующих социологических исследований в здравоохранении, не учитывающих в полной мере его специфику и многомерность отношений «пациент-врач-власть».

Таким образом, сложилась ситуация, когда масштабные и ресурсоемкие преобразования в амбулаторном секторе идут без адекватной, системной и методологически выверенной обратной связи. Это существенно ограничивает возможности для доказательного управления, корректировки политики и оценки истинной экономической эффективности.

**Глава 2 «Организация материалы и методы исследования»** представляет методологический раздел диссертационной работы. Представлено описание базы исследования – Ставропольский край, с типичной для других регионов медико-демографической ситуацией, сетью медицинских организаций. Определены объект, предмет исследования, единицы наблюдения.

Исследование включало пять этапов.

Этап 1. Анализ нормативной базы и научной литературы, позволил сформулировать исследовательские гипотезы.

Этап 2. На основе ретроспективной оценки выполнения Соглашения между Минздравом России и ЦНИИОИЗ Минздрава России проведена работа по верификации и усовершенствованию методологии. Проведена экспертная оценка и определение референтных («лучших») значений для 29 интегральных показателей.

Этап 3. Описание методики с учётом изменений в системе здравоохранения и форм отчётности, а также дифференциация показателей по типам медицинских организаций (многопрофильные больницы, самостоятельные поликлиники, районные больницы).

Этап 4. Расчёт «индекса благополучия» и его адаптации по 10-балльной шкале, обеспечивающая наглядность и сопоставимость результатов для разных медицинских организаций.

Этап 5. Проведен сравнительный динамический анализ (2015-2020 гг.) деятельности медицинских организаций по единому сопоставимому набору индикаторов.

Разработка и проведение трёх взаимосвязанных социологических исследований с репрезентативными выборками.

Таким образом представленная организация работы, проработка материалов и комплексность выбранных методов полностью адекватны цели и задачам диссертации. Изложенная методика обеспечивает высокую достоверность, воспроизводимость и обоснованность полученных результатов, что соответствует критериям современных научных исследований.

**В Главе 3 «Результаты комплексного анализа и оценки качества медицинских услуг и доступности медицинской помощи в медицинских организациях Ставропольского края, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях»** автором применен и адаптирован для оценки системы здравоохранения интегральный индекс благополучия медицинских организаций, основанный на многомерных показателях. Построение интегрального критерия – «индекса благополучия» проведено по пяти ключевым направлениям деятельности (кадровые и материальные ресурсы, профилактика, лечебно-диагностические процессы, результативность), что позволяет получить многомерную и объективную оценку функционирования организаций первичного звена здравоохранения. Выбранный подход позволяет перейти от анализа разрозненных статистических показателей к комплексной оценке. Исследование выполнено за 2014-2020 гг., что позволяет представить картину развития и трансформации системы - этап плановых реформ (Бережливая поликлиника) и периода острого кризиса (пандемия COVID-19).

Материалы исследования представляют объективные доказательства положительного эффекта от реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей ПМСП». Устойчивая

положительная динамика индекса благополучия в 2014-2019 гг. по всем группам медицинских организаций и всем анализируемым направлениям научно подтверждает правильность выбранных стратегических направлений модернизации первичного звена.

Особый интерес представляет анализ влияния пандемии COVID-19 на функционирование ПМСП. Автор не ограничивается констатацией общеизвестных проблем (снижение профилактической активности), а демонстрирует системные последствия перепрофилирования и перераспределения ресурсов. Предложенная гипотеза о стабилизирующей роли принципов бережливого производства требует дальнейшей детальной проверки, но сама по себе является перспективной для управления в кризисных ситуациях.

Полностью поддерживаю автора, в том, что случаи смерти лиц трудоспособного возраста на дому следует рассматривать как нарушение декларируемых гарантий. Таких случаев не должно быть. Поэтому при сравнении медицинских организаций по данному показателю не может быть лучших организаций, если есть случаи смерти, то они не как не могут быть лучшими (стр.83).

**В главе 4 «Оценка населением Ставропольского края доступности и качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по результатам социологических исследований»** автор провел структурирование по 70 параметрам в 6 блоках, расчет средневзвешенных оценок, выявление «проблемных зон», что имеет практическую значимость – принятие управленческих решений.

Проведенное исследование, основанное на динамическом анализе интегрального индекса благополучия и результатах социологического опроса пациентов, статистически значимо доказывает эффективность проводимой реформы ПМСП в Ставропольском крае.

Социологический опрос выявил прямую связь между внедрением проектов («Бережливая поликлиника») и высокой удовлетворенностью пациентов медицинской помощью (84,4%). Определены 17 конкретных проблемных направлений для управленческих решений. Методологически важным является вывод о влиянии самооценки здоровья пациента на все параметры удовлетворенности, что необходимо учитывать при интерпретации данных.

Данная глава предоставляет комплексную доказательную базу для продолжения и коррекции реформ, обосновывает необходимость проведения постоянного социологического мониторинга. Заслуживает внимания разделы этой главы, где рассматривается с разных позиций самооценка состояния здоровья.

**Заключение** диссертационной работы Данаева Аслана Барадиновича включает основные положения исследования, по итогам которого сделаны выводы о совершенствовании системы комплексного анализа и оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях населению Ставропольского края.

По результатам работы сформулировано 6 **выводов**, которые логично вытекают из существа диссертационной работы, научно аргументированы, конкретны, соответствуют поставленным задачам и основным положениям, выносимым на защиту.

**Практические рекомендации** основаны на результатах проведенной работы и адресуются законодательной исполнительной власти федерального и регионального уровней.

По теме диссертационного исследования **опубликовано** 9 печатных работ, в том числе 3 – в журналах, входящих в базу RSCI, 1 – в журнале, входящем в Перечень ВАК.

Диссертационное исследование **соответствует специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза**, а именно п. 10, 13, 16, 17. паспорта специальности.

**Автореферат** написан и оформлен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к его оформлению, структурирован правильно, адекватно и полно отражает основное содержание диссертационной работы и научных публикаций.

При анализе диссертации принципиальных **замечаний** нет, но следует упомянуть, что недопустимо использовать такое словосочетание, как «амбулаторные медицинские организации». Такого понятия нет не в Федеральном законе 323, не в приказе 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций», нужно использовать следующее понятие «медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях».

Желательно, при описании демографической ситуации (Глава 2 «Организация, материалы и методы исследования» стр.41-42) указывать не абсолютные данные, а экстенсивные показатели.

Данные замечания, а также орфографические неточности, не влияют на общую положительную оценку диссертационного исследования.

**Вопросы.** 1. По мнению автора, население должно знать о проводимых реформах в системе здравоохранения или нет? Главное же – это доступная, своевременная, качественная медицинская помощь, и каждый гражданин судит о системе через призму своего опыта взаимодействия с этой системой, а не с проводимыми реформами?

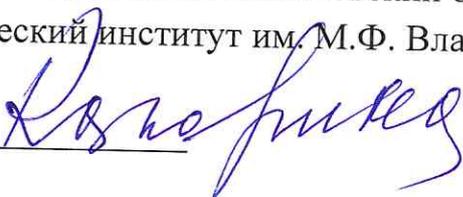
2. Обеспеченность врачами -актуальная проблема, даже пациенты указывают на нее, что изменилось в этом направлении, какая ситуация в настоящее время.

**Заключение.** Диссертационная работа Данаева Аслана Барадиновича представляет собой законченное научное исследование, в котором решена актуальная научно-практическая задача комплексного анализа и оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях населению, имеющая важное практическое значение для общественного здоровья и организации здравоохранения.

По актуальности, научной новизне, практической и теоретической значимости, а также достоверности полученных результатов работа соответствует требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, согласно п. 2.2 раздела II Положения о присуждении ученых степеней в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», утвержденного Ученым советом РУДН, протокол №УС-1 от 22.01.2024, а ее автор Данаев А.Б. заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

**Официальный оппонент:**

Доктор медицинских наук (3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза), профессор, заместитель директора по науке и международным связям ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»



Какорина Екатерина Петровна

«12» февраля 2026

Подпись Какориной Екатерины Петровны удостоверяю.

Ученый секретарь ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»  
доктор медицинских наук, профессор



Н.Ф. Берестень

ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»  
Адрес: 129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, Тел: +7 (495) 631-44-44, e-mail: office@moniki.ru