

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

**ДАНАЕВ
АСЛАН БАРАДИНОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА
И ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ
УСЛОВИЯХ НАСЕЛЕНИЮ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

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

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Абрамов Алексей Юрьевич

Ставрополь – 2025

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) ..	13
 1.1 Современные стратегии межгосударственного уровня и адаптированные национальные модели совершенствования системы первичной медико-санитарной помощи в сохранении и улучшении показателей общественного здоровья через интеграцию профилактических и лечебно-диагностических услуг с учётом социально-экономических условий и культурных особенностей регионов.	13
 1.2. Здравоохранительная политика, нормативно-правовое обеспечение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи на глобальном и национальном уровнях (контент-анализ)...	19
 1.3. Организационно-методологические подходы к проведению анализа и оценки качества и доступности медицинской помощи населению	29
 1.4. Методологические аспекты проведения оценки качества и доступности медицинской помощи на основе применения интегральных показателей.	32
 1.5. Социологические исследования в здравоохранении.	34
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	41
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.	63
 3.1. Методологические подходы, алгоритм проведения комплексного анализа результативности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепленное население.	63
 3.2. Результаты комплексной оценки качества и доступности первичной медико-санитарной помощи, результативности деятельности амбулаторных МО Ставропольского края	72
 3.3. Результаты анализа числа умерших лиц трудоспособного возраста на дому как критерий качества амбулаторной медицинской помощи в Ставропольском крае.....	75
 3.3.1. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста.....	76

3.3.2. Частота смерти на дому от инсульта и инфаркта миокарда лиц в возрасте до 65 лет	87	
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА НАСЕЛЕНИЕМ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ		95
 4.1. Уровень информированности пациентов о проекте.....	96	
 4.2. Отношение жителей Ставрополя к проекту, проводимому в первичном звене здравоохранения, и оценка удовлетворенности жителей Ставрополя работой МО в условиях реализации проекта «Бережливая поликлиника.....	100	
 4.3. Области высокой и низкой удовлетворенности пациентов работой МО	112	
 4.4. Удовлетворённость населением Ставропольского края полученными медицинскими услугами в 2020 году (второе исследование).....	115	
 4.4.1. Особенности медицинского обслуживания жителей Ставрополя.....	115	
 4.4.2. Удовлетворенность жителей Ставрополя состоянием и развитием здравоохранения.....	117	
 4.4.3. Удовлетворенность жителей Ставрополя переменами, происходящими в состоянии медицинской помощи.....	121	
 4.4.4. Проблемы и сложности в получении медицинской помощи в МО г. Ставрополя.	123	
 4.4.5. Сравнительный анализ изменений в удовлетворённости населением полученными медицинскими услугами до и после проведения мероприятий по созданию и тиражированию «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медицинско-санитарную помощь» на территории Ставропольского края в 2020 году	125	
 4.5. Анализ влияния различных факторов на удовлетворённость пациентами полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края.	127	
 4.5.1. Удовлетворённость полученной медицинской помощью.....	128	
 4.5.2. Влияние самооценки здоровья на удовлетворённость полученной медицинской помощи.....	129	
 4.5.3. Взаимосвязь самооценки материального благополучия респондентов и самооценки ими состояния своего здоровья	139	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	144	
ВЫВОДЫ	158	
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	158	
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	162	
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	186	
ПРИЛОЖЕНИЯ	187	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Стратегические направления развития здравоохранения РФ рассматривают ПМСП как системообразующий сектор системы охраны здоровья и интегральный критерий оценки населением качества и доступности медицинской помощи, и в целом оценки эффективности социально-экономического развития страны (Решетников А.В., 2005; Гриднев О.В., 2013; О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфилин, и др., 2016; Деев И.А., 2019; Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Чухриенко И.Ю. и др., 2020; Михайлова Ю.В., Голубев Н.А., Данаев А.Б., Францева В.О, Михайлов А.Ю., 2022; Касаткина А.Н., Рябова Т.Н., Коновалов О.Е., 2023; Поликарпов А.В., Голубев Н.А., 2023).

Возрастающая роль ПМСП в системе здравоохранения в настоящее время обусловлена новыми вызовами здоровью населения, демографическими сдвигами, связанными с постарением населения, ростом нагрузки на систему здравоохранения (Искандеров И.Р., 2019; Шейман, И.М., 2019; Шевский В.И., Шишгин С.В., 2022).

В соответствии с задачами программных политических решений развития здравоохранения в РФ, их реализация в рамках приоритетных проектов на региональном и муниципальном уровнях свидетельствуют, что проблемы повышения результативности и эффективности в первичном звене здравоохранения остаются актуальными, приоритетно значимыми, что находит подтверждение результатами социологических опросов по оценке населением различных аспектов функционирования системы организации здоровья, в т.ч. при оказании ПМСП. (Кораблев В.Н., Дементьева Е.Л., 2014; Бойко А.Ю., 2020; Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Чухриенко И.Ю., 2020; Михайлова Ю.В., Голубев Н.А., Данаев А.Б., Францева В.О, Михайлов А.Ю., 2022).

Многоплановость данной проблемы обуславливает необходимость системного подхода к ее решению, что предполагает научное обоснование выбора инновационных методов и организационных технологий контроля качества ПМСП и оценке результативности деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (Бойко А.Ю., Гриднев О.В., 2021; Бойков В.А., 2021; Поликарпов А.В., 2024).

Учитывая вышеизложенное, научное обоснование и разработка мероприятий по совершенствованию ПМСП по результатам комплексной оценки качества и доступности медицинской помощи в амбулаторных медицинских организациях является актуальной.

Степень научной разработанности проблемы

Вопросы совершенствования организации ПМСП разным группам населения РФ достаточно широко освещены в научной литературе (Астанинская декларация, 2018; Гриднев О.В. 2012, 2015; Шейман И.М., В.И. Шевский, С.В. Сажина, 2019; Михайлова Ю. В., Голубев Н. А., Сабгайда Т. П., Михайлов А. Ю., 2019; Бойко А.Ю., 2020; Баянова Н.А., 2022; Руголь Л.В., 2023).

В последние годы в публикациях научным обществом широко обсуждаются различные аспекты внедрения в систему здравоохранения принципов «бережливого производства» и оценка пациентами происходящих изменений при внедрении новых организационных форм в первичном звене здравоохранения (Сененко А.Ш., Сон И.М., Дзюба Н.А. и др., 2020; Кобякова О.С., Деев И.А., Бойков В.А., Шибалков И.П., Барановская С.В., 2020; Бойков В.А., 2021; Михайлова Ю.В., Голубев Н.А., Данаев А.Б., Францева В.О., Михайлов А.Ю., 2022).

Анализ литературных источников проблемы показал большую значимость исследований, проведенных в ЦНИИОИЗ МЗ РФ, по разработке методологических принципов и методических приемов для анализа и оценки организации деятельности амбулаторных медицинских организаций. Однако, эти исследования проводились в период, предшествующий структурным

преобразованиям в первичном секторе здравоохранения (2014-2017) и не учитывали изменения в формах федерального статистического наблюдения в отрасли (Михайлова Ю. В., Иванов И. В., Шикина И. Б., 2016; Ю. В. Михайлова, А. В. Поликарпов, Н. А. Голубев, В. И. Вечорко, 2017; Ю. В. Михайлова, И. М. Сон, Н. А. Голубев, 2019.).

Внедрение цифровых технологий в систему здравоохранения нашло отражение в оценке их значимости в совершенствовании ПМСП на основе оценки цифровой зрелости МО, предложен механизм интеграции цифровых технологий в МО и автоматизации процессов оказания медицинской помощи. (Вошев Д.В., 2025)

Проблема совершенствования информационного обеспечения принятия управлеченческих решений на региональном уровне с использованием интегральных показателей, представлена в работе Михайлова И.А., 2023. Однако вопросы анализа и оценки результативности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, автором не рассматривались.

Пациентоориентированные преобразования в первичном звене здравоохранения диктуют необходимость проведения социальных замеров в обществе; оценке пациентами качества и доступности ПМСП и условий ее оказания (Шнайдер Г.В., 2020; Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Чухриенко И.Ю., Бузина Т.С., Шикина И.Б., Михайлов А.Ю., 2020; Михайлова Ю.В., Голубев Н.А., Данаев А.Б., Францева В.О, Михайлов А.Ю., 2022).

В связи с вышеизложенным, с целью повышения результативности деятельности амбулаторных медицинских организаций совершенствование медико-социологического анализа и оценки качества медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на региональном уровне, является актуальным.

Цель и задачи исследования

Цель: научно обосновать и разработать мероприятия по совершенствованию ПМСП на основе мониторинга и оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих

первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население в Ставропольском крае.

Задачи:

1. Провести анализ научных источников, нормативно-правового обеспечения, методологических подходов и организационных технологий, используемых в оценке качества и доступности медицинской помощи.

2. Сформировать информационную базу агрегированных целевых индикаторов, усовершенствовать алгоритм комплексной оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепленное население в Ставропольском крае с учетом структурных преобразований и изменении форм федерального статистического наблюдения.

3. Провести комплексный анализ доступности и качества медицинских услуг, оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП за период 2015-2020гг.

4. Изучить оценку населением Ставропольского края качества и доступности ПМСП, динамику изменений в условиях внедрения технологий «бережливого производства» и установить проблемы пациентов в оказании ПМСП.

5. Разработать предложения по совершенствованию организации первичной медико-санитарной помощи в Ставропольском крае.

Научная новизна исследования

По результатам контент-анализа нормативно-правового регламента контроля качества медицинской помощи в РФ определены направления совершенствования правового, методического обеспечения, пересмотра интегральных показателей и алгоритма проведения комплексного анализа и оценки организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Разработана и научно обоснована технология комплексного анализа интегральной оценки организации амбулаторной медицинской помощи, и

результативности деятельности МО в субъекте РФ, как инструмента информационно-аналитического обеспечения принятия управленческих решений в первичном секторе здравоохранения.

Сформирована информационная база для проведения комплексного анализа и оценки организации ПМСП, результативности деятельности МО, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, и имеющих прикрепленное население, на основе единой классификации интегральных показателей с определением весовых значений в первичном секторе в условиях структурных преобразований внедрения принципов «бережливого производства»

Доказана необходимость анализа результатов социальных замеров по удовлетворенности населения качеством медицинских услуг как организационная технология формирования медико-социологического мониторинга при оценке результативности деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Определена значимость индивидуальной оценки собственного здоровья, материального положения пациентов, их удовлетворенности качеством полученных медицинских услуг.

Теоретическая и практическая значимость работы

На региональном уровне разработаны, апробированы и внедрены в практическое здравоохранение инновационные технологии мониторинга и оценки качества и доступности ПМСП, что явилось научной базой разработки предложений по совершенствованию организации работы медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь, совершенствованию программ постдипломной подготовки управленческих кадров и практикующих врачей.

Результаты проведения независимого исследования анализа и оценки качества медицинских услуг и доступности ПМСП направлены в 47 МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих

прикрепленное население для принятия управленческих решений по совершенствованию организации ПМСП.

Разработано 3 программы повышения квалификации, которые внедрены в учебный процесс в Методическом Центре по обучению основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья «Saverклиника» («Бережливая клиника») Ставропольского государственного медицинского университета.

Результаты исследования внедрены в субъектах СКФО и используются в работе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях: ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника №1» г. Ставрополя; ГБУЗ СК « Городская детская клиническая поликлиника №2» г. Ставрополя; ГБУЗ СК «Шпаковская районная больница»; РГБУЗ «Малокарачаевская центральная районная больница»; ГБУ «Детская поликлиника №4 г. Грозного». Материалы диссертационного исследования применяются в учебно-педагогическом процессе на кафедрах Ставропольского государственного медицинского университета и Тверского государственного медицинского университета.

Методология и методы исследования

Методологическую основу диссертационной работы составил комплекс подходов, используемых в исследованиях на стыке медицины и социологии: экспертный, статистический, социологический, аналитический, контент-анализ информации, методы организационного моделирования по формированию медико-социологического мониторинга. Применение указанных инструментов позволило разработать целостную систему мониторинга, объединяющую количественные и качественные аспекты анализа деятельности интересующих организаций.

Положения, выносимые на защиту

1. Значительные структурные преобразования в здравоохранении, изменение форм федерального статистического наблюдения, муниципальные реформы определили необходимость совершенствования информационной

базы, методов анализа и оценки результативности амбулаторных МО с учетом пересмотра интегральных показателей, их весовых значений, с изменением типологии распределения МО и новых условий их функционирования.

2. Результаты комплексного анализа и независимой оценки качества и доступности ПМСП населению Ставропольского края в динамике за 2015-2020 гг. в период внедрения принципов «бережливого производства» позволяют объективно определить результативность деятельности каждой медицинской организации и обосновать мероприятия по ее повышению.

3. Результаты изучения уровня удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи в амбулаторных условиях играют ключевую роль в выявлении и решении проблем организации ПМСП, в восприятии и поддержке преобразований в условиях внедрения принципов «бережливого производства»

Связь работы с научными программами

Диссертационная работа выполнена в рамках государственного задания ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, пункт «Научно-организационные аспекты мониторинга и оценки качества и доступности первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне», регистрационный номер №12209050063-0Ф250У.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов исследования обусловлена использованием официальных федеральных форм статистического наблюдения, репрезентативных выборок, статистической обработки информации в соответствии с ГОСТ Р 507790.10-2000, апробацией результатов исследования путем их публикации в рецензируемых журналах, в т.ч. перечня ВАК. Полученные данные были проанализированы с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0», «Excel 5.0», в среде «WINDOWS 10». Достоверным считали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты диссертационного исследования были доложены и обсуждены на: семинаре, организованном Центром ЕРБ ВОЗ по ПМСП 24 февраля 2021 года (online); международном семинаре Экспертной группы по ПМСП 28 мая 2021 года; на международном молодёжном форуме "Неделя науки - 2021", 22-26 ноября 2021, г. Ставрополь и международном молодёжном форуме "Неделя науки - 2022", 28 ноября - 2 декабря 2022, г. Ставрополь; межведомственном совещании «О подходах к реализации проекта «Эффективный регион» 19-21 октября 2021, г. Ставрополь; семинаре для молодых исследователей, организованном московским офисом ВОЗ по НИЗ; на VII Всероссийском форуме обучающихся медицине и фармации и Всероссийском инновационном форуме студентов-медиков и молодых врачей «ПУЛЬС ВРЕМЕНИ» 3-5 июня 2022, парк – музей «Этномир», Калужская область, форуме «Производительность 26» 29 ноября 2024 года, МинводыЭКСПО, Минераловодский городской округ, х. Красный Пахарь.

Личный вклад автора

Автором исследования самостоятельно разработаны цель, задачи, методика исследования (100%); проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных научных источников, контент-анализ законодательных, нормативно-правовых документов по изучаемой проблеме (100%). Разработана программа и алгоритм исследования, формирование информационной базы, сбор, агрегирование и расчет интегральных показателей, характеризующих качество и доступность ПМСП в Ставропольском крае, расчет обобщенных критериев оценки результативности деятельности амбулаторных МО края (95%). Автор провел анализ полученных материалов (95%). С личным участием автора разработаны анкеты и проведены три социологических опроса по оценке уровня удовлетворенности населения Ставропольского края качеством медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных МО (90%). Автором учтены результаты опубликованных научных работ, выполненных лично или в соавторстве (90%).

Автором разработано и внедлено 3 образовательные программы по проблеме исследования (95%).

Публикации

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

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, а именно п. 10, 13, 16, 17. паспорта специальности.

Структура и объем диссертации

Материалы диссертации изложены на 254 страницах машинописного текста, отражены в 42 таблицах и 47 рисунках. Диссертация состоит из введения, обзора литературы и нормативно-правовых документов (глава 1), главы 2 «Организация, материалы и методы исследования», двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и 6 приложений. Список литературы включает 186 источников (128 отечественных и 58 иностранных).

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Современные стратегии межгосударственного уровня и адаптированные национальные модели совершенствования системы первичной медико-санитарной помощи в сохранении и улучшении показателей общественного здоровья через интеграцию профилактических и лечебно-диагностических услуг с учётом социально-экономических условий и культурных особенностей регионов.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – это основа системы оказания медицинской помощи населению. В соответствии с законодательством, регулирование организации ПМСП включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению [2, 7, 17, 65, 68, 71, 72, 123, 180].

Как считается в мире, оказание первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [104] стало актуальным тогда, когда неравенство в отношении здоровья вышло на уровень глобальной проблемы [72, 76, 124, 131, 169, 173, 174, 175, 176, 183, 184]. Сорок лет назад была принята Алма-Атинская декларация, которая утвердила ПМСП в качестве средства достижения цели ВОЗ «Здоровье для всех». Декларация подчеркнула природу ПМСП в качестве всеобъемлющей и межотраслевой, направленной на объединение, поддержание и укрепление здоровья людей, профилактику болезней, надлежащее лечение распространенных заболеваний и меры общественного здравоохранения, которые предполагают борьбу с инфекционными болезнями [183].

ПМСП способствует достижению цели здоровья для всех, так как это соответствует «духу социальной справедливости согласно положениям Декларации» [183]. В Алма-Атинской декларации 1978 г. государства-члены, подписавшие этот основополагающий документ, «заявляют о том, что все правительства, работники здравоохранения и мировое сообщество должны принимать неотложные меры для защиты и укрепления здоровья для всех» [130, 173, 174, 175, 177].

Определив цель «Достижение здоровья для всех к 2000 году всеми народами мира, что позволит им вести социально и экономически продуктивную жизнь», государства-члены поставили первичную медико-санитарную помощь в центр этой цели и сформулировали основные элементы первичной медико-санитарной помощи [55, 94, 130].

«ПМСП – это важный компонент хорошо функционирующей системы здравоохранения и залог достижения здоровья для всех [75, 79, 124, 131, 132, 185, 186]. Если говорить о социально справедливых, эффективных и результативных услугах, гибко реагирующих на нужды населения и обеспечивающих улучшение показателей здоровья людей, то с большей вероятностью их способны предоставлять системы здравоохранения с надежными службами ПМСП» [68, 71, 94, 181].

25 и 26 октября 2018 г. в Астане (Казахстан) состоялась Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи в связи с сороковой годовщиной Алма-Атинской декларации, участники которой приняли Астанинскую декларацию, подтверждающую обязательства, выраженные в амбициозной и дальновидной Декларации Алма-Аты 1978 г. и Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., в интересах достижения здоровья для всех и сделать смелый политический выбор в пользу здоровья во всех секторах, создать устойчивую первичную медико-санитарную помощь [68, 71, 179], расширить возможности отдельных лиц и сообществ» и «увязать поддержку заинтересованных сторон с национальной политикой, стратегиями и планами», используя знания, технологии и финансирование и наращивая

потенциал, людские ресурсы для здравоохранения. Главное то, каковы должны быть условия системы первичной медико-санитарной помощи, чтобы эти проблемы были решены [67, 68, 159, 160, 173, 176, 182].

Первым уровнем профессиональной помощи является первичное звено медико-санитарной помощи. Именно сюда люди обращаются с жалобами на здоровье. Оно должно удовлетворять большинство потребностей в лечении и профилактике [28]. Люди должны получать помощь беспрепятственно по месту жительства, – это помощь широкого профиля, ориентированная на человека в целом, а не только на конкретное заболевание. В этом заключается специфика ПМСП. Сочетание специальностей, которыми владеют работники звена первичной помощи, в разных странах различно. Согласно научным данным, улучшение здоровья населения, снижение частоты ненужных госпитализаций зависит от того, насколько крепкое звено первичной помощи [159, 169].

В сфере охраны здоровья многих стран осуществляются реформы, которые предполагают укрепление первичной помощи. Так, последние два десятилетия в странах Центрально - Восточной части Евразийского континента, ранее входивших в социалистический блок, были ознаменованы существенными изменениями в системе здравоохранения. Старые системы здравоохранения, опиравшиеся на модель Семашко, оказались перестроенными. Была внедрена система первичной помощи, которая опирается на семейных врачей, направляющих пациентов на другие уровни здравоохранения. Страны же Западной Европы укрепляли систему первичной помощи медленно и постепенно [159, 160, 175, 178, 183].

В Российской Федерации направления развития ПМСП, как первого уровня профессиональной медицинской помощи, обозначены в здравоохранительной политике в конце 90х годов 20го столетия, с учетом новых политических условий.

Однако из-за сложностей, а порой критических последствий экономического кризиса в 90х годах двадцатого столетия не обозначены

мероприятия по развитию ПМСП до 2006 года, когда был утвержден НП «Здоровье» со сроком выполнения до 2013 года.

Накопившиеся к этому периоду проблемы в здравоохранении в целом и в первичном секторе в частности носили неотложный характер, что подтверждалось уровнем предотвратимой и преждевременной смертности, в т.ч. населения трудоспособного возраста, сопоставимого с военным периодом [97].

Для решения неотложных проблем в повышении качества и доступности ПМСП были проведены значимые мероприятия по финансовой, кадровой и технической поддержке первичного звена здравоохранения, внедрение непрерывного образования медицинских кадров в своей области и освоение программ профессиональной переподготовки, а также приняты меры материального стимулирования медицинских работников [54, 57].

Дальнейшим этапом совершенствования организации ПМСП в стране являлось разработка и внедрение ряда инновационных технологий, из которых можно выделить наиболее масштабные — это внедрение бережливых технологий в работу медицинских организаций первичного звена здравоохранения [55, 74, 87].

На этапах реализации указанных проектов в научной литературе опубликовано большое количество научных работ [24, 31, 36, 39, 45, 49, 50, 62, 89, 104, 117, 120].

Системный анализ внедрения принципов «бережливого производства» в здравоохранение, определение значимости и применения процессов стандартизации при организации ПМСП представлен в докторской диссертации Бойкова В.А. [8].

Следует отметить, что в прошедший период 2017-2021 гг. среди многочисленных публикаций и работ по проблеме «Бережливая поликлиника», исследований, посвященных оценке результативности деятельности МО, оказывающих амбулаторную помощь на принципах

«бережливого производства», мониторингу удовлетворенности населения проводимых преобразований, очень мало [21, 22, 100, 101].

В заключении авторов ВШЭ (Шишкун С.В., Алмазов А.А., Корнилов М.Н., Шевский С.В., Шейман И.М.) [67] в 2022 году опубликовавших аналитический доклад «Организация ПМСП. Тенденции и перспективы» написано о том, что в доступных источниках информации не было попытки проведения анализа, связанного с влиянием бережливого производства на конечные результаты оказания [67]. Данная ситуация свидетельствует о необходимости проведения комплексного анализа и оценки позитивных изменений в доступности и качестве ПМСП, проведение целевых социологических исследований.

Важное значение при анализе направлений совершенствования ПМСП имеют проекты, реализуемые на уровне субъектов РФ. В Москве с 2012 года реализуется проект «Московский стандарт поликлиники». Его сущность, принципы, механизмы реализации освещены в диссертационной работе Гриднева О.В. [22].

Целью данного проекта явилось повышение удовлетворенности населения г. Москвы качеством и доступностью медицинской помощи в поликлиниках, т.е. пациенториентированный принцип ПМСП, а также внедрение мероприятий по повышению эффективности работы амбулаторных МО [67]. Проект в значительной степени решает задачи кардинального улучшения условий оказания амбулаторной помощи.

В реализации проекта «Московский стандарт поликлиники» происходят серьезные структурные и функциональные изменения: разделение функций врача и медицинской сестры [87, 126], в т.ч. с созданием самостоятельной структуры сестринские посты, оказание медицинской помощи на дому самостоятельной службой, введение структуры дежурного врача, организация медицинской помощи пожилым пациентам с мультипатологией [87, 126].

Определение и решение данных задач в какой-то мере нарушает участковый принцип врача поликлиники и формирует врача-терапевта как

специалиста. Результаты анализа экспертами ВШЭ свидетельствуют об отсутствии исследований по оценке показателей здоровья населения Москвы как результата реализации данного проекта [67].

В Санкт-Петербурге совершенствование ПМСП проводится на основе открытия Центров общей врачебной практики с различной формой собственности, в т.ч. частной. В основе этого проекта лежат принципы групповой врачебной семейной практики. Компактность Центров общей врачебной практики позволяет размещать их в жилых домах, что повышает доступность ПМСП для населения [67, 124]. Опубликованных научных результатов по оценке результативности и эффективности данного проекта в доступной литературе не найдено.

Значимым системным проектом регионального уровня является Белгородский проект «Управление здоровьем» [67, 124]. Проект базируется на реализации принципов семейной медицины: «Семейный врач- пациент-члены одной семьи». В организационном плане – это групповые обще врачебные практики, в которых особое внимание уделяется профессиональному уровню врачей и медсестер, системе непрерывного обучения медицинского персонала, уменьшению нагрузки на медицинский персонал. В реализации Проекта особая роль отведена проведению мероприятий по профилактике заболеваний как основы охраны здоровья населения Санкт-Петербурга. Развитие цифровизации в стране нашло активное внедрение в информатизации первичного звена здравоохранения города, в т.ч. разработки и внедрения комплекса информационно-аналитических программ по мониторингу вопросов состояния здоровья населения, финансового и материально-технического обеспечения.

Реализация Проекта позволила достичь значительных позитивных результатов (снижение смертности по основным причинам на 22.7%), показателей результативности – увеличение числа пациентов, взятых на диспансерное наблюдение (на 13%) и уменьшение числа вызова скорой помощи (на 3,3%) [67].

Результаты краткого анализа проводимых мероприятий по совершенствованию ПМСП в РФ свидетельствуют об активном поиске наиболее эффективных инновационных моделей организации ПМСП. В тоже время, необходимо отметить, что при реализации разных организационных форм ПМСП в течение более 10 лет не уделяется внимание анализу и оценке результативности и эффективности реализуемых проектов, мониторингу и оценке населением, проводимых преобразований в амбулаторном секторе здравоохранения [46, 67, 123, 125, 127].

1.2. Здравоохранительная политика, нормативно-правовое обеспечение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи на глобальном и национальном уровнях (контент-анализ).

При исследовании правовых основ, регулирующих систему контроля и оценки уровня качества и доступности первичной медицинской помощи, проводится комплексный анализ международных и национальных нормативных документов. Ключевое внимание уделяется рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), формирующими глобальные стандарты в этой сфере, а также многоуровневой правовой базе Российской Федерации. В рамках изучения рассматриваются не только федеральные законы и подзаконные акты, но и региональные нормативные документы, адаптирующие общие принципы к особенностям территорий. Такой двусторонний подход позволяет выявить соответствие национальной системы здравоохранения международным критериям, одновременно учитывая специфику правоприменительной практики в субъектах РФ [36].

В 2015 году по данной проблеме Организацией объединенных наций (ООН) были определены цели в области устойчивого развития (ЦУР). «ЦУР ООН — это 17 целей и 169 задач, которые все государства-члены ООН (193) согласились достичь к 2030 году - были приняты всеми государствами-членами ООН в 2015 году в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года»[90, 96, 178, 185].

«Странам необходимо активизировать усилия по созданию инклюзивных систем здравоохранения, гарантирующих каждому гражданину беспрепятственный доступ к базовой медицинской помощи, с учетом экономической эффективности - это то, что отражено в задаче 3.8 ЦУР ООН», таким образом, согласно ЦУР ООН, качество является одним из ключевых компонентов всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) [130, 148, 150, 161, 162, 163, 167, 168, 171].

В 2016 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила серию научных публикаций, посвященных анализу качества, безопасности и доступности медицинского обслуживания в различных странах. В этих материалах содержались результаты исследований, касающихся негативного воздействия на здоровье пациентов в учреждениях, предоставляющих первичную медицинскую помощь. Основной целью данной серии было привлечение внимания к ключевым проблемам, связанным с обеспечением безопасности в сфере здравоохранения [54, 57].

В научной российской и зарубежной литературе при выявлении проблем качества медицинской помощи используются различные определения качества медицинской помощи, но наиболее часто используется: «качество – это характеристика медицинской помощи, которая показывает, насколько услуги, оказываемые отдельным лицам и населению, повышают вероятность достижения желаемых показателей здоровья и соответствуют текущим профессиональным знаниям» [151, 152, 153, 165, 172].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2006 году определила концепцию качества исходя из того, что «медицинская помощь должна быть эффективной, затрат эффективной, доступной, приемлемого качества, ориентированной на пациента, справедливой и безопасной» [184]. Обращает на себя внимание тот факт, что «доступность» при этом является более значимой, чем «своевременность». Значимо, что в последнее время определения эффективности, безопасности и ориентированности на пациента были объединены Организацией экономического сотрудничества и развития

(ОЭСР). Эта концепция, являясь более компактной, оказала влияние на подходы, которые используются в ряде стран [77, 96, 140, 142, 149, 154, 156, 184].

Стратегическая программа ВОЗ, ориентированная на предоставление интегрированных и персонализированных медицинских услуг, выделяет высококачественную помощь как наиболее оптимальный [96, 183]. Логично и оправдано, что доступность медицинской помощи выступает краеугольным камнем преобразований в сфере здравоохранения в эпоху, когда глобальным приоритетом становится оздоровление населения посредством услуг здравоохранения с гарантией социально справедливого доступа к ним и обеспечение финансовой устойчивости граждан. При этом ключевым вектором инициатив по совершенствованию стандартов помощи остаётся безопасность пациентов — неотъемлемый индикатор результативности систем управления качеством [8, 21, 96].

Существуют различные определения качественной медицинской помощи. Но однако в медицинском профессиональном сообществе доминирует модель, выделяющая три фундаментальных критерия:

- Эффективность: предоставление медицинских услуг, подтверждённых клиническими исследованиями, исключительно при наличии объективных медицинских показаний.
- Превенция рисков: системное устранение ятрогенных угроз на всех этапах оказания помощи.
- Пациентоцентричность: интеграция индивидуальных ценностных ориентиров, культурных особенностей и ожиданий пациента в тактику медицинского оздоровления и сохранности здоровья[183].

В мире обычно пользуются теми структурными элементами системы здравоохранения, которые предлагает ВОЗ [96, 138, 140, 143, 144, 146, 147].

«Чтобы проанализировать воздействие национальных программ повышения качества на различные части системы здравоохранения в их реальном контексте. В национальной здравоохранительной политике РФ для

разработки стратегических направлений были учтены базовые структуры и процессы, а также их влияние на предоставление качественной медицинской помощи» [1, 2, 7,8,9,15, 24, 30, 71, 96, 123].

Согласно позиции ВОЗ, достижение высоких стандартов в медицинском обслуживании формируется под влиянием взаимодополняющих факторов. Ключевую роль играет устойчивость вертикали здравоохранения, где слаженность взаимодействия между учреждениями становится основой эффективности. Не менее значим професионализм медработников, проявляющийся в клинически обоснованных решениях и этическом подходе к пациентам. Также успех системы предопределяет стратегический менеджмент, сочетающий рациональное распределение ресурсов с инновационными подходами. Фундаментом преобразований выступает подготовка кадрового резерва – специалистов, владеющих актуальными компетенциями в условиях быстро меняющихся медицинских реалий. Финансовая стабильность отрасли, гарантированное снабжение фармацевтической продукцией и оснащение клиник высокотехнологичным оборудованием формируют материальную базу для оказания помощи. Особое место занимают цифровые платформы мониторинга, обеспечивающие прозрачность оценки результатов лечения через анализ данных в режиме реального времени. Синергия всех этих элементов – от кадровой политики до технологической модернизации – создает экосистему, где качество медицинских услуг становится не целевым показателем, а естественным следствием отлаженных процессов [129].

Доступность медицинской помощи, не должна ограничиваться территориальной удалённостью, финансовыми возможностями, социально-экономическими условиями, культурными особенностями, структурой учреждений или языковыми барьерами. Реализация этого принципа требует устранения любых препятствий, мешающих гражданам беспрепятственно получать необходимую помощь. Такой подход, исключающий дискриминацию по любым критериям, формирует основу для равноправного

доступа к здравоохранению как фундаментальному праву человека [133, 170]. Всеобщий охват медико-санитарными услугами (ВОУЗ) лежит в основе критерия. При этом необходима обеспеченность доступа ко всему спектру основных медико-санитарных услуг – от укрепления здоровья до профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной медицинской помощи. Национальные системы здравоохранения демонстрируют значительное разнообразие подходов обеспечения ВОУЗ. Прежде всего модель ВОУЗ, адаптирована под демографические особенности и экономические возможности. Приоритеты в охвате населения определяются балансом между социальными запросами и доступными материальными, технологическими и кадровыми активами. При этом право на охрану здоровья, включая доступ к базовым медицинским услугам и объективной информации о состоянии организма, остается непреложным принципом, закрепленным в международных декларациях [133, 134, 135, 170].

Нормы международного права имплементированы в национальном Российском законодательстве о здравоохранении и широко используются в современных медицинских организациях [8, 54, 125].

В РФ «качество медицинской помощи - как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» нашло закрепление в п. 21 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее - ФЗ-323) [20].

Критерии оценки качества медицинской помощи утверждены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и регламентируются Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [86].

Очевидно, явным недостатком нормативного регулирования является то, что понятие доступности медицинской помощи законодательством РФ не объясняется, но законодатель обозначил гарантии ее доступности для граждан РФ ст. 41 Конституции РФ [86], о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [86, 127].

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики [20, 57], поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 ФЗ-323 [57].

На основании статьи 10 ФЗ-323 доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации обеспечиваются [20, 57]:

- организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- возможностью выбора медицинской организации и врача;
- применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи;
- предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций

государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

— транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

— возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;

— оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

По законодательству РФ действуют государственные гарантии предельных сроков ожидания медицинской помощи [55, 57].

Так, на основании Территориальной программы государственных гарантий Ставропольского края на 2023 год [55] срок ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми составляет не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию, срок ожидания проведения консультаций врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) составляет не более 14 рабочих дней, при подозрении на онкологическое заболевание – не более 3 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию. Срок ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме составляет не более 14 рабочих дней со дня назначения исследований (в случае подозрения на онкологическое заболевание - не более 7 рабочих дней) [67].

Система контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ имеет трехуровневую систему контроля и содержит:

- Федеральный государственный контроль (надзор) качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемый федеральным и территориальными органами Росздравнадзора;
- ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
- внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности [20, 41, 80, 115].

Независимым видом контроля является контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам [41].

Федеральный государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Правовым основанием осуществления контроля выступает Постановление Правительства РФ от 29 июня 2021 г. № 1048 «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности».

Одним из принципиально новых направлений реформирования контрольно-надзорной сферы является переход к его осуществлению на основе системы управления рисками. Риски надо предвидеть, анализировать и учитывать. Смысл контроля (надзора) состоит в снижении рисков (управлении ими). Система управления риском как раз основывается на том, что субъекты должны предпринимать все зависящие от них меры, чтобы минимизировать нарушения со стороны субъектов хозяйственной деятельности.

С 01.07.2021 года «система оценки и управления рисками причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности» регулируется Федеральным законом от 31.07.2020 №248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» [115].

Целью при контроле соблюдения прав граждан Российской Федерации является оказание качественной, доступной и безопасной медицинской помощи и достижение результатов реализации положений Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Следующим видом контроля является ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности (второй уровень) [83].

Порядок проведения, которого регламентируется Приказом Минздрава России от 31.07.2020 г. № 787н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Разработка объективных критериев оценки эффективности работы медучреждений, а также внедрение многоуровневой системы мониторинга профессиональной деятельности персонала, позволяющие обеспечить соответствие медицинских услуг установленным требованиям при одновременном снижении рисков для пациентов и персонала, является основной требованием к второму уровню контроля.

Третий уровень контроля - внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности [81, 82, 85], правовым основанием которого является Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [85].

Интеграция клинических рекомендаций в повседневную практику при одновременном выполнении нормативов безопасности, является ключевым элементом третьего уровня контроля. Это подразумевает синхронизацию работы медучреждений с требованиями к внутреннему контролю качества – от этапа диагностики до мониторинга результатов лечения, с последующей профилактикой [81, 82, 85].

При отсутствии общегосударственных нормативов, регулирующих систему внутреннего контроля в сфере качества и безопасности медпомощи, медицинская организация самостоятельно устанавливает основные направления по осуществлению внутреннего контроля [49, 55, 57, 58]. К сожалению, на практике медицинская организация не всегда осознает важность данного вида контроля, что порождает непонимание, недооценку его профилактической роли и возможностей предупреждения нестандартных процедур в процессе оказания медицинской помощи [49].

Деятельность врачебных комиссий, осуществляется на основе приказа Министерства здравоохранения и социального развития 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» «является важным звеном осуществления внутреннего контроля. Важнейшими функциями врачебной комиссии в соответствии с Приказом, выступают оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, а также организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [170,185].

Контроль, проводимый на основе положений Приказа Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» является **самостоятельным видом контроля** [85].

В соответствии с Приказом, под вышеназванным видом контроля понимаются «мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи объему и условиям, которые установлены программами обязательного медицинского страхования, договором по обязательному медицинскому страхованию и договором в рамках базовой программы» [41, 57, 78].

1.3. Организационно-методологические подходы к проведению анализа и оценки качества и доступности медицинской помощи населению

«Любой управленческий процесс начинается с формирования системы информационного обеспечения, включающего, прежде всего, объективную оценку качества и безопасности медицинской помощи и анализ факторов, негативно и/или позитивно влияющих на их уровень» [101, 123]. В отечественной системе охраны здоровья - рейтинговая оценка деятельности, состояния материально-технической базы и укомплектованность кадрами медицинских организаций имеет важное стратегическое значение, выступая инструментом для анализа результативности деятельности медицинских организаций [58, 101].

В условиях проводимой модернизации первичного звена системы здравоохранения акцент на качество и безопасность медицинской помощи особенно актуален, поскольку наиболее значимой задачей системы охраны здоровья — это предоставление населению медицинских услуг, отвечающих критериям безопасности и эффективности, т.к. эта задачи соответствуют базовым запросам граждан, направленным на укрепление индивидуального здоровья и увеличение продолжительности жизни с сохранением её качества. [2,14,44, 54,57, 71, 72, 108]. В то же время нет проблемы более комплексной и сложной для решения, зависящей от состояния ресурсной базы медицинской организации, квалификации и профессиональной ответственности медицинских работников, уровня научно-технического развития отрасли, эффективности системы управления.

Качество медицинских услуг — многофакторный показатель, формирующийся под влиянием комплекса взаимосвязанных элементов. Помимо профессионализма врачей, критически важны промышленный потенциал сектора здравоохранения, логистика и инфраструктура, технологическая оснащенность, условия оказания помощи, межличностные взаимоотношения внутри и вне коллектива. Пренебрежение любым звеном

этой цепочки создает риски для здоровья пациентов и снижает эффективность системы в целом [54, 55, 101].

Научные исследования в отрасли здравоохранения определили то, что «имеющийся существенный разрыв между требованиями и ожиданиями пациентов и реальным их воплощением на практике диктует необходимость поиска действенных, в т.ч. организационных, контрольных, аналитических, механизмов повышения качественного уровня медицинской помощи и снижения рисков при ее оказании как для пациентов, так и медицинских работников» [53, 88, 107, 106, 112].

Согласно статье 79.1. Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями», предоставление гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, представляет собой инструмент общественного надзора, направленного на улучшение стандартов работы медицинских организаций через вовлечение граждан в оценку их деятельности [34, 57, 58, 59].

Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями предусматривает оценку условий оказания услуг по таким общим критериям, как: прозрачность и понятность информации о деятельности медучреждения, удобство и доступность предлагаемых медицинских услуг, время, затраченное на ожидание необходимой медицинской помощи, вежливость, внимательность и профессионализм персонала, а также общая удовлетворенность пациентов качеством полученных услуг.

Для обеспечения независимой экспертизы уровня сервиса в медицинских учреждениях, компетентный федеральный орган исполнительной власти, совместно с общественными организациями, защищающими права граждан в области здравоохранения, и профессиональными медицинскими некоммерческими организациями (или их

представителями), создает общественный совет. Этот совет занимается проведением независимой оценки качества предоставляемых медицинскими организациями услуг, а также утверждает положение, регламентирующее его деятельность.

Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями, организуемая общественными советами по ее проведению, проводится не чаще чем один раз в год и не реже чем один раз в три года.

В целях обеспечения единых подходов к формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, на основе оценки деятельности государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, по объективным показателям, содержащимся в действующих формах статистического учета и отчетности медицинских организаций, и независимой оценки качества работы медицинских организаций (далее – качество работы) приказом Минздрава России от 12.09.2014 № 503 [57, 59] «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» были утверждены Методические рекомендации по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, которые были отменены приказом Минздрава России от 14.05.2015 N 239 и утверждены последние Методические рекомендации по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

В соответствии с данными методическими рекомендациями независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности.

Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка, утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. N 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 декабря 2014 г., регистрационный N 35321) (далее - приказ Минздрава России N 787н) [110].

Данным Приказом определяется, что независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями проводится в обязательном порядке в отношении медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, независимо от их ведомственной принадлежности и формы собственности [110].

1.4. Методологические аспекты проведения оценки качества и доступности медицинской помощи на основе применения интегральных показателей.

Предполагается, что при использовании рейтинга сравнивается и анализируется деятельность нескольких организаций [2, 3, 17, 55, 57, 102, 144].

«На практике определение рейтинга организации предусматривает ранжирование исследуемых объектов по возрастанию или убыванию значений интегрального показателя. Использование интегрального показателя предполагает исследование системы показателей, лежащих в основе оценки. Выводы, полученные на базе интегрального показателя, хотя и носят ориентировочный характер, выполняют важную роль в определении характера изменений (отличий) в результатах деятельности сравниваемых организаций в целом, а также в разрезе всех используемых показателей» [58].

Основой выявления качественных и количественных отклонений от базы сравнения является расчет интегрального показателя в количественном выражении, что представляет собой методологический пример оценки

результатов деятельности объекта, позволяющий не только выявить отклонения, но и определить их природу, к примеру стратегические ошибки [55, 102].

Одним из самых известных методов получения интегральной оценки является **сравнение с эталонной организацией**, имеющей лучшее значение по всем показателям [57] (бенчмаркинг), т.е. не субъективное предложение экспертов в виде нормы (критерия), а сложившиеся в действительности наиболее высокие результаты являются эталоном сравнения. Для поиска лучшей организации осуществляется мониторинг информации о достижениях организаций в аналогичной сфере деятельности. Далее передовой опыт адаптируется и внедряется в собственную практику. Этапы мониторинг-адаптация-внедрение лежат в основе технологии бенчмаркинга [102].

«Крайне важно, что в основе расчета итогового показателя рейтинговой оценки лежит сравнение организации (объекта оценки) по каждому показателю с условной эталонной организацией (объектом), имеющим наилучшие результаты по всем сравниваемым показателям» [51].

В рамках опубликованных научных работ по данной проблеме, под медицинской организацией, в отношении которой проводится исследование, понимается юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, оказывающее первичную медико-санитарную помощь населению в амбулаторных условиях и имеющее прикрепленное население [57]. К медицинским организациям относятся организации в соответствии с номенклатурой, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. № 529н. (с изменениями в 2015 году).

В Ставропольском крае медицинские учреждения, предоставляющие амбулаторную помощь и обслуживающие прикрепленное население, участвовали в тестировании новых методических подходов к оценке качества

и доступности медицинской помощи в рамках их внедрения в практику [8].

1.5. Социологические исследования в здравоохранении.

Направленность национальной пациент-ориентированной системы охраны здоровья населения, которая основывается на единых подходах и требованиях к предоставлению доступности медицинской помощи [55], качеству и безопасности оказываемых медицинских услуг, соответствует целям развития здравоохранения страны, утверждённым в Стратегии развития РФ на период до 2025 года. Конкретные задачи, обеспечивающие достижение цели, получили конкретизацию в шести Национальных проектах, в т.ч. в Национальном Проекте «Здравоохранение» [8, 24, 25, 26, 36, 42, 48, 49, 74, 84, 121].

В соответствии с целью и задачами Стратегии развития здравоохранения РФ на период до 2025 г. от 06.06.2019 г., особое значение для организации совершенствования и развития системы здравоохранения на пациент-ориентированных принципах имеет оценка населением преобразований, происходящих в здравоохранении на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи [4, 6, 10, 27, 35, 38, 56, 57, 59, 99, 114, 120].

На этапах разработки и реализации приоритетных проектов, входящих в НП «Здравоохранение», научная общественность широко обсуждала методологические подходы и механизмы решения обозначенных проблем, в т.ч. изучение отношения населения к намеченным преобразованиям в системе охраны здоровья, что нашло отражение в многочисленных публикациях [8, 12, 13, 15, 16, 19, 33, 37, 40, 55, 56, 64, 127].

С позиции решаемых задач социологических исследований, удовлетворенность населения качеством и доступностью ПМСП выступает как «степень разрыва между запросами человека и его реальным положением, как некая равнодействующая величина, отражающая взаимосвязь объективных и субъективных условий социального положения личности, как индикатор соотношения системы потребностей и установок индивида,

проявляющихся в его фактических требованиях, с его оценкой возможности их реализации» [59, 70].

Необходимо отметить, что проведение социологических исследований в здравоохранении берет начало в России с периода принятия в 1991 году Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», Закона РФ «О защите прав потребителей (№ 2300-1 от 07.02.1992.), в 1993 – Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

В соответствии с базовыми федеральными законодательными документами впоследствии были приняты ведомственные нормативно-правовые акты, которые предопределили проведение целевых социологических исследований в здравоохранении.

В хронологическом аспекте практическое применение и значимость социологических исследований в здравоохранении России как инструмента общественного замера удовлетворенности населением качества медицинской помощью связано с реализацией НП «Здоровье» (2006-2013).

Важно отметить, что центральное место преобразований в НП «Здоровье» было отведено решению неотложных финансовых, кадровых, структурных проблем в первичном секторе здравоохранения. Реализация проекта в значительной степени улучшили условия оказания амбулаторной медицинской помощи, доступность и качество ПМСП, что нашло отражение в позитивной оценке населением проводимого реформирования [14, 105, 109, 114, 123, 141, 149].

При реализации проекта, научная общественность широко обсуждала обозначенные подходы к решению накопившихся проблем в амбулаторном секторе здравоохранения [8, 12, 13, 16, 17, 18, 27, 55, 61, 69, 109, 122].

Полученные в период начала реализации НП через проведение масштабного социологического исследования среди населения данные по удовлетворённости населением медицинской помощью следует считать критическими. Только 29% дали позитивную оценку качества медицинской помощи в системе государственных медицинских организаций [29]. При

анализе результатов данного социологического исследования важно отметить, что установленный низкий уровень оценок населением качества медицинской помощи, системы здравоохранения страны в целом абсолютно противоречил достаточно высокой оценке (59%) персонально полученной медицинской помощи в стационаре и 51,8% в амбулаторных условиях.

Обобщенная характеристика результатов социологических исследований в здравоохранении за 14 лет представлена в работе «Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006-2019): обзор социологических исследований», авторы Бузин В.Н., Михайлова Ю.В. и др. [10].

Авторы указывают на возрастающий интерес социологов к проведению общественных замеров удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, ее доступности и безопасности: Фонд общественного мнения (ФОМ), Служба специальной связи и информации, ВЦИОМ, финансовый институт при Правительстве РФ, Росздравнадзор, а также отдельные исследователи.

В статье описаны параметры сохраняющейся негативной оценки населением здравоохранения, что, несомненно, имеет важное значение для принятия решений по коррекции реализуемых приоритетных проектов.

В то же время важно отметить, что установленный в динамике за 14 лет позитивный тренд оценки населением реализуемых преобразований в здравоохранении базируется на сохранении рассогласованности показателей, характеризующих уровень удовлетворенности населения и параметров негативной оценки качества медицинской помощи, что ставит важный вопрос, требуемый дальнейшего изучения: причины и факторы высокой степени рассогласованности полученных результатов социологических исследований.

Получение противоречивых результатов общественных замеров в здравоохранении были подтверждены и другими исследователями [10, 47, 56, 58], анализирующими рассогласованность результатов одних и тех же респондентов, что выдвигает предположение о методологических погрешностях проведения социологических исследований и не учете значения

влияния на отрицательную оценку населением здравоохранения негативных публикаций по организации, качеству и доступности медицинской помощи в средствах массовой информации; не учёте материального положения респондентов, их самооценки состояния здоровья при анализе результатов социологических опросов [10, 56].

Ответы на поставленные вопросы получили освещение в опубликованной в 2022 г. статье авторов Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. и др. [56] «Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края» [56]. В статье отражены результаты исследования, проведённого с использованием инструментария EuroHiS, рекомендованного Европейским бюро ВОЗ, о реальной связи самооценки здоровья респондентами, с уровнем удовлетворённости населением полученных медицинских услуг в медицинских организациях Ставропольского края [55, 56, 139, 145, 155].

В свою очередь, установлена достоверная взаимосвязь между самооценкой собственного здоровья респондента и их материальным благополучием. Масштабное исследование, охватившее 2170 человек, показало, что при проведении социологических исследований в сфере здравоохранения, характеристика респондентов играет важную роль в объективности полученных результатов.

Проведение общественных замеров в здравоохранении за период 2017, 2018, 2019 гг. осуществлено в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в 9 регионах страны. Анализ уровня удовлетворённости населением организацией медицинской помощи в динамике за 3 года не выявили достоверных позитивных трендов (54%, 54%, 56,8% соответственно) в оценке населением качества и доступности медицинской помощи.

В рамках реализации Национального проекта «Здравоохранение» социологические исследования обеспечивают конструктивный диалог между гражданами, медицинскими работниками и государственными институтами.

Их значимость вышла за рамки традиционного сбора данных, став основой для формирования плана оптимизации отрасли [59].

В 2017 году по инициативе Управления по внутренней политике Администрации Президента Российской Федерации, Президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам был разработан и стартовал проект «Совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи», получивший название «Бережливая поликлиника» [49]. С 2018г он утвержден в качестве проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» [48], а с 2019 года стал частью одного из восьми федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» – «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», реализация которого запланирована до 2024 года. Проведение социологических исследований по оценке населения организаций, качества и доступности ПМСП имеет большое значение в рамках реализации этого проекта [59, 104, 105, 116, 117, 126].

С начала 2000х годов в научной дисциплине «Общественное здоровье и организация здравоохранения» формируется новое научное направление – «Социология медицины» [92]. Принципы, методология, методические приёмы новой научной дисциплины представлены в масштабной монографии академика РАН, д.м.н., д.с.н., профессора Решетникова А.В. [93]. Автором дан комплексный анализ особенностей проведения социологических исследований в здравоохранении, как особой сферы восприятия населением её значимости в качестве жизни отдельного человека и критерия социально-экономического развития страны.

Важным аспектом в монографии является обоснование системного подхода к оценке результатов деятельности как самой системы здравоохранения, так и результатов социологических исследований по оценке результативности деятельности ее отдельных секторов.

Заключение по главе.

Результаты анализа отечественных и зарубежных литературных источников по проблеме организации ПМСП в глобальном и национальном аспектах указывают на ее возрастающую роль как фундаментальной основы системы оказания медицинской помощи, основного инструмента для достижения значительной цели для всех. В Российской Федерации направления развития ПМСП определены государственной здравоохранительной политикой и реализуются в НП «Здравоохранение» в рамках приоритетных проектов. Целью преобразований в первичном секторе здравоохранения является повышение уровня удовлетворенности пациентов качеством, доступностью и безопасностью медицинской помощи, т.е. пациенториентированный принцип ПМСП. В связи с чем оценка результативности реализуемых проектов с позиции повышения качества и доступности ПМСП является важнейшей [8].

Однако при многочисленных публикациях по совершенствованию организации и лечебно-профилактических технологий оказания ПМСП различным группам населения, по механизму, методам, инструментам внедрения проектов на федеральном и субъектном уровнях, исследования по анализу и независимой оценке качества и доступности ПМСП в условиях реформирований в амбулаторном секторе здравоохранения единичны. В тоже время ключевым принципом стратегического управления в любых системах является мониторирование и оценка изменений в процессе проводимых преобразований. В системе здравоохранения это формирование медико-социологического мониторинга и оценки доступности медицинской помощи и качества медицинских услуг.

Социологические исследования в здравоохранении носят хаотичный характер, без единых методологических принципов проведения анализа результатов, без учета специфики системы здравоохранения и взаимоотношений «пациент-врач-власть». Более 10 лет выполняются проекты по совершенствованию ПМСП, однако медико-социологический мониторинг не сформирован.

Все вышеизложенное послужило обоснованием проведения данного диссертационного исследования в рамках общественного здоровья и организации здравоохранения.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Диссертационное исследование утверждено и выполнено в рамках НИР «Научно-организационные аспекты мониторинга и оценки качества и доступности первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне», регистрационный номер №12209050063-0Ф250У высшего образования, Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности: 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза».

База диссертационного исследования - Ставропольский край. Ставропольский край входит в состав Северо-Кавказского федерального округа. Численность населения на 01.01.2019 год (начало исследования) края составляла 2795243 человека, в том числе городское население – 1639343, сельское – 1155900 человек, мужчин – 1303742, женщин – 1491510. Детское население (0-17 лет) составило 583400, трудоспособное население – 1570382 [126], старше трудоспособного возраста – мужчины (60 лет и старше) – 217131, женщины (55 лет и старше) – 478662.

В составе края 7 городов и 26 муниципальных районов (Рис 2.1).



Рисунок 2.1. Карта Ставропольского края.

Ставрополь – краевой центр, где проживает 437552 человека, из которых 268614 – лица трудоспособного возраста. В Ставрополе сконцентрированы медицинские организации по оказанию первичной медико-санитарной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Демографическая ситуация на начало диссертационного исследования в kraе незначительно отличалась от основных показателей в РФ в целом (показатель рождаемости – Ставропольский край – 10,1, РФ – 10,1). Уровень общей смертности был ниже, чем в РФ (11,3 и 12,3 соответственно), но выше, чем в СКФО (7,3 на 1000 населения). Следует отметить, что уровень рождаемости в 2019 году по сравнению с 2018 годом уменьшился на 9% (на 2893 человека). По данным Федеральной системы государственной статистики по СКФО наблюдается устойчивое снижение рождаемости в kraе в период с 2015 по 2019 гг. – с 13,1 до 10,1 на 100 тыс. населения. Уровень общей смертности за этот период остается стабильным – 11,6 (2015 г.) и 11,3 (2019 г.) на 100 тыс. населения [55].

Динамика естественного прироста до 2017 года носила положительную динамику, однако за 2018-2019 гг. отмечается возрастающая убыль: - 0,2 – 2018 год; -1,2 – 2019 год, обусловленная снижением рождаемости и уменьшением численности женщин детородного возраста. Динамика показателей естественного движения населения с 2005 по 2019 г. представлена на рисунке 2.2.

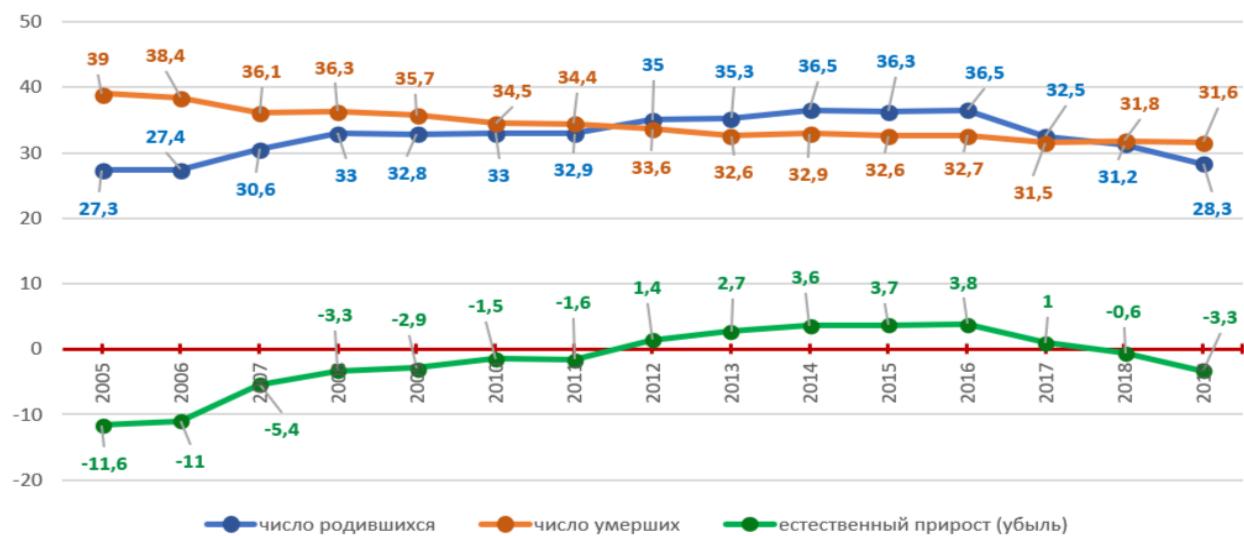


Рисунок 2.2. Динамика рождаемости, смертности и естественного прироста, в тысячах

В 2019 году в структуре населения сократилась численность детей (0-17 лет) на 0,4 тыс. человек, уменьшилась численность трудоспособного населения на 17,6 тыс. человек. Соотношение мужчин и женщин стабильно – на 10 женщин приходится 9 мужчин. В структуре причин общей смертности болезни системы кровообращения занимают первое место (63,0 на 100 тыс. населения), с наиболее высокой долей ишемической болезни сердца (48,3 %) и цереброваскулярные болезни (31,7%), что представлено на рисунке 2.3.

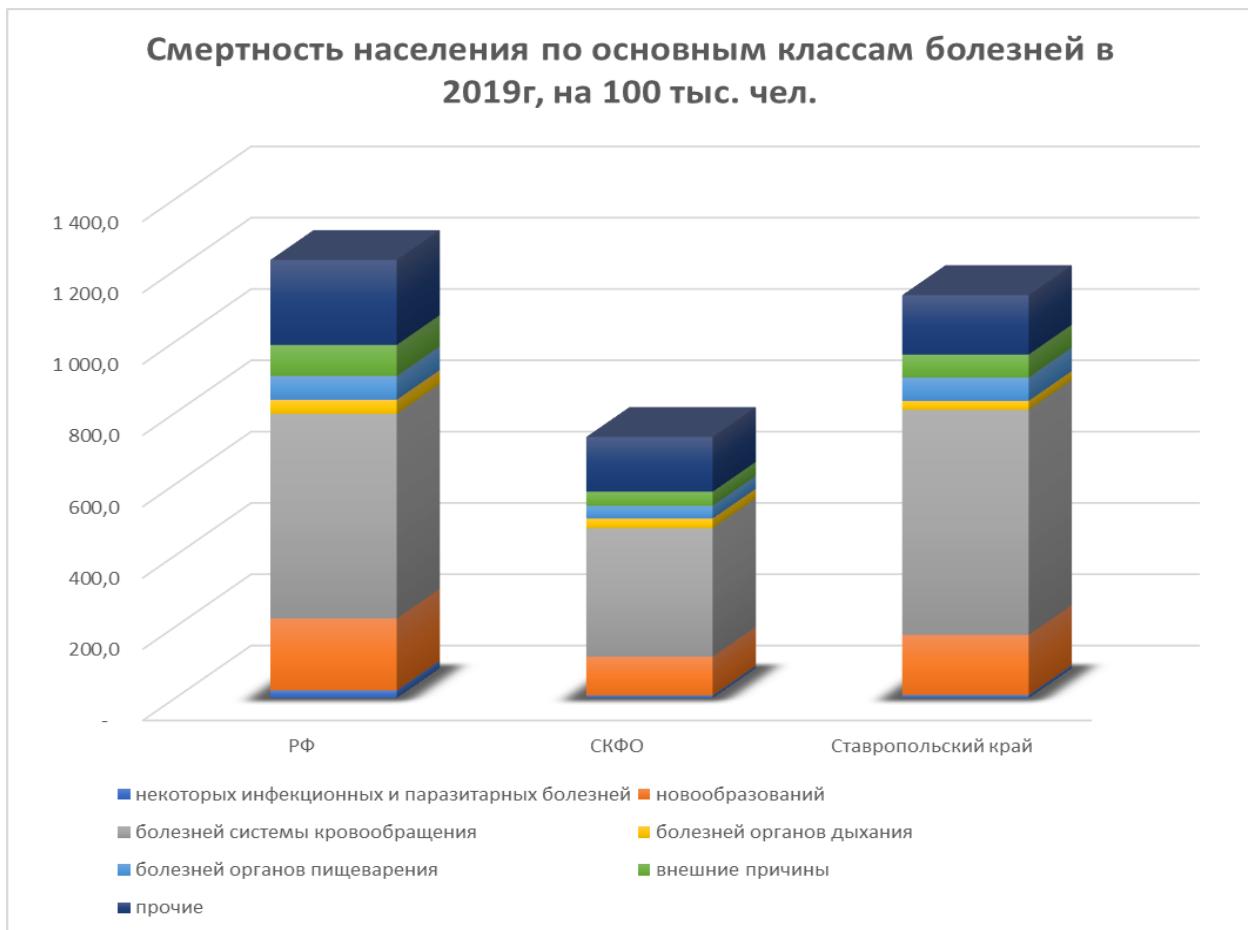


Рисунок 2.3. Смертность населения РФ и Ставропольского края по основным классам болезней в 2019 году (на 100 тыс. чел.)

Примечание: Значения соответствуют оперативным данным Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Ставропольскому краю

В 2019 году общая смертность в трудоспособном возрасте была снижена по сравнению с 2018 годом на 7,9% на 1000 соответствующего возраста. В структуре причин общей смертности трудоспособного населения болезни системы кровообращения составили 36%; травмы и отравления – 22,3%; новообразования – 16,8%; болезни органов пищеварения – 12,8%.

Зарегистрировано всего заболеваний в 2019 году – 2024,7 на 1000 населения, в т.ч. у взрослых – 1298,8, у подростков – 1995,6, у детей – 2024,7

В течение 2019 года в крае зарегистрировано 4038918 заболеваний, что на 306,3 тыс. больше, чем в предыдущем году (3732604), в том числе впервые в жизни 1909310. Доля заболеваний, выявленных впервые составляет 47,3% (рис. 2.4).

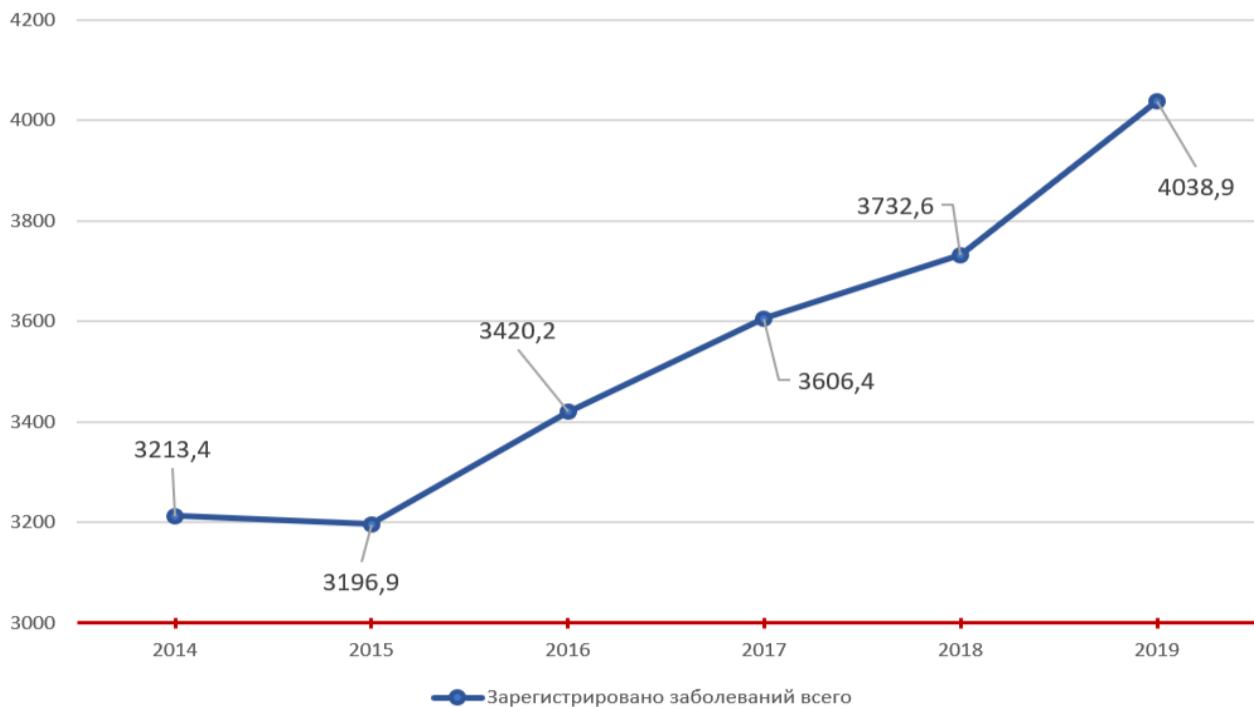


Рисунок 2.4. Заболеваемость населения

Таблица 2.1

Заболеваемость злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения

Год	2013	2017	2018	2019	РФ 2018
Всего:	339,3	409,8	410,0	410,7	425,5

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети является показатель запущенности. Показатель выявления онкобольных в запущенной стадии заболевания в 2019 году – 17,7%. (2018 год – 16,5%, РФ – 20,3%).

Таблица 2.2

Зарегистрировано больных с впервые в жизни установленным диагнозом, и из них больных с IV стадией, на 100 тыс. населения

Территория	Зарегистрировано больных с впервые в жизни установленным диагнозом на 100 тыс. населения					Доля больных с IV стадией в числе впервые выявленных, %				
	2008	2013	2016	2018	2019	2008	2013	2016	2018	2019
Ставропольский край	337,8	339,3	402,8	410,0	410,7	18,0	22,3	19,1	17,4	17,7

В системе охраны здоровья Ставропольского края в 2019 году функционировало 70 медицинских стационарных организаций, 4 станции скорой медицинской помощи, 1 станция переливания крови, 9 диспансеров, 20 самостоятельных амбулаторно-поликлинических [55] и 20 входящих в состав больничных учреждений.

Базой проведения исследования явились все 47 медицинских организаций Ставропольского края, в которых оказывалась амбулаторная медицинская помощь, имевших прикрепленное население (таблица 2.3) [57].

Таблица 2.3.
Типология определения амбулаторных медицинских организаций
Ставропольского края

Код	Наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Гр.	Категория обслуживаемого населения:
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы				
1107.008.00	ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	А	смешанное
1107.018.00	ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	А	смешанное
-				
1107.038.00	ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	А	взрослое
1107.015.00	ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	А	взрослое
-				
1107.016.00	ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	А	детское

1107.047.00	ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	А	детское
1107.035.00	ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	А	детское

**Б. самостоятельные
поликлиники**

1107.007.00	ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	Б	смешанное
1107.054.00	ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	Б	смешанное
1107.009.00	ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	Б	смешанное
1107.011.00	ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	Б	смешанное
1107.033.00	ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	Б	смешанное

1107.002.00	ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	Б	взрослое
1107.003.00	ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	Б	взрослое
1107.006.00	ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	Б	взрослое
1107.027.00	ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	Б	взрослое
1107.031.00	ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	Б	взрослое
1107.032.00	ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	Б	взрослое

1107.024.00	ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	Б	детское
1107.025.00	Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	Б	детское
1107.026.00	Городская детская поликлиника №1 г.Ставрополя	Ставрополь	Б	детское

**В. районные больницы и
центральные районные
больницы**

1107.017.00	ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	В	смешанное
1107.001.00	ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	В	смешанное
1107.004.00	ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	В	смешанное
1107.010.00	ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	В	смешанное
1107.012.00	ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	В	смешанное
1107.013.00	ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	В	смешанное
1107.019.00	ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	В	смешанное
1107.020.00	ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	В	смешанное

1107.021.00	ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	В	смешанное
1107.022.00	ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	В	смешанное
1107.023.00	ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	В	смешанное
1107.036.00	ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	В	смешанное
1107.037.00	ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	В	смешанное
1107.048.00	ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	В	смешанное
1107.039.00	ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	В	смешанное
1107.040.00	ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	В	смешанное
1107.041.00	ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	В	смешанное
1107.043.00	ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	В	смешанное
1107.044.00	ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	В	смешанное
1107.045.00	ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	В	смешанное
1107.046.00	ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	В	смешанное
1107.049.00	ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	В	смешанное
1107.050.00	ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	В	смешанное
1107.034.00	ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	В	смешанное
1107.014.00	ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	В	смешанное
1107.005.00	ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	В	смешанное

Число посещений врачей амбулаторно-поликлинических медицинских организаций в 2019 году составило 24222782, что на 1,1% больше показателя в 2018 году, среднее число посещений на 1 больного составило 8,7 [55], из них городского – 9,5, сельского – 7,0. В крае за период 2017-2019 гг. остается низкая укомплектованность врачебными кадрами (33,4 на 10 тыс. населения) и высокий коэффициент совместительства (1,4). Плановая мощность амбулаторных медицинских организаций на 100 тыс. населения составила 197, число обращений в амбулаторные медицинские организации по поводу заболевания – 2,85 обращений.

Объект исследования – медицинские организации Ставропольского края, оказывающие амбулаторную помощь и имеющие прикрепленное население.

Предмет исследования – организация оказания медицинской помощи в амбулаторных медицинских организациях населению Ставропольского края [59].

Единицы наблюдения – житель Ставропольского края [59]; пациент медицинской организации, в которой оказывается амбулаторная медицинская помощь [59].

В соответствии с целью и задачами исследования разработана программа диссертационной работы, состоящая из 5 этапов [59].

На первом этапе исследования проведен контент-анализ действующей законодательной, нормативно-правовой базы [57, 59] по реформированию первичного сектора здравоохранения на принципах бережливого производства, по анализу и оценке результативности деятельности системы здравоохранения, анализ литературных источников по оценке качества медицинских услуг и медицинской помощи на разных уровнях ее оказания, в т.ч. в амбулаторных условиях, оценке населением качества и доступности медицинской помощи.

По результатам анализа определены актуальные проблемы по совершенствованию первичного сектора здравоохранения в Ставропольском крае с позиции совершенствования организации ПМСП; научного обоснования мер по обеспечению доступности медицинской помощи и качества медицинских услуг, оказываемых в медицинских организациях в амбулаторных условиях; определена необходимость научного осмысления результатов выполнения на региональном уровне Распоряжения Правительства РФ от 30 марта 2013 года №487 [110] «Об утверждении плана мероприятий по формированию независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги на 2013-2015 годы»; Приказа Минздрава России от 28 ноября 2014 года №787Н «Об утверждении

показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»; Приказа Минздрава России от 14 мая 2015 года №240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» [110].

На втором этапе проведен комплексный анализ результатов и реализации Соглашения между Минздравом РФ и ЦНИИОИЗ МЗ (Соглашение № 001/ НПЗ -2013-1300/124 от «28» июня 2013 г.) (далее - Соглашение), в котором была поставлена задача научного обоснования методологии проведения оценки качества и доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных медицинских организациях, имеющих прикрепленное население [8] с использованием интегральных показателей. В рамках Соглашения Ставропольский край определен как пилотная территория. В медицинских организациях первичного сектора здравоохранения края с привлечением экспертов из числа профессорско-преподавательского состава Ставропольского медицинского университета отрабатывались методологические подходы и алгоритмы организации и проведения независимой оценки результативности деятельности амбулаторных медицинских организаций с использованием интегральных показателей и формирование индекса благополучия.

Результаты разработанной и проведенной апробации методологии и методов независимой оценки качества и доступности медицинской помощи населению Ставропольского края за 2017 год отражены в опубликованной статье «Иновационные технологии оценки результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (2019)» Михайловой Ю.В., Сон И.М., Голубева Н.А. и др. [55].

По результатам 2-го этапа проведена коррекция задач, требующих научного обоснования и совершенствования методологических приемов, объективизации интегральных показателей результативности деятельности

медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь и имеющих прикрепленное население[55], адаптации типологического распределения медицинских организаций с учетом муниципальных преобразований в крае и в системе здравоохранения.

Следует отметить, что при оценке результатов выполнения Соглашения было установлено важное значение достоверности собираемой информации из медицинских организаций и ее объективизации.

На основе доработанных критериев была проведена систематизация медицинских организаций, предоставляющих амбулаторные услуги и обслуживающих прикрепленное население, представленное в главе 3.

На этом этапе усовершенствованы методы сбора информации на основе использования электронного шаблона (Письмо Минздрава России от 07.09.2016 №28-3-5618), включая формирование информационной платформы, по которой медицинские организации края осуществляют свод выверенной на достоверность полученной информации.

Проведена проверка полученной информации на наличие аномальных значений. В рамках диссертационного исследования была использована наиболее простая универсальная методика, основанная на неравенстве Чебышева и критерии Романовского.

После проведения мероприятий по исключению аномальных значений статистические параметры выборки были просчитаны заново, и именно эти значения брались за основу при определении наилучших значений показателей.

Экспертным путем был проведен пересмотр интегральных показателей, использованных для оценки качества и доступности ПМСП в 2015-2017 годах и определены наилучшие значения каждого из показателей [51, 54, 55, 57].

1. Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы [55, 57]: в качестве лучшего значения был использован интервал – среднее значение по группе $\pm 10\%$ (после исключения аномальных значений);

2. Коэффициент совместительства врачей: в качестве лучшего значения был использован интервал – **от 1 до среднего значения по группе** (после исключения аномальных значений);

3. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала: в качестве лучшего значения был использован интервал – **от 1 до среднего значения по группе** (после исключения аномальных значений);

4. Коэффициент совместительства врачей участковой службы: в качестве лучшего значения был использован интервал – **от 1 до среднего значения по группе** (после исключения аномальных значений);

5. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы: в качестве лучшего значения был использован интервал – **от 1 до среднего значения по группе** (после исключения аномальных значений);

6. Число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы [55, 57]: в качестве лучшего значения был использован интервал – **больше либо равно среднему значению по группе** (после исключения аномальных значений);

7. Коэффициент текучести врачебных кадров: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **минимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

8. Коэффициент текучести среднего медицинского персонала: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **минимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

9. Фондовооруженность: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **максимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

10. Количество аргументированных жалоб граждан на действия работников медицинской организации (амбулаторная помощь): в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **минимальное**

значение по группе (после исключения аномальных значений);

11. Частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 прикрепленного населения): в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **минимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

12. Доля злокачественных новообразований I-II стадии заболевания: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **максимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

13. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **минимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста [55, 57]: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **минимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

15. Число умерших на дому детей 0-17 лет на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста [55, 57]: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **минимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

16. Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей в возрасте 0-17 лет: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **значение 100%**;

17. Доля детей I и II группы состояния здоровья: в качестве лучшего значения был использован интервал – **больше либо равно среднему значению по группе** (после исключения аномальных значений);

18. Доля детей первого года жизни, находящихся на грудном

вскормливании не менее 3-х месяцев [55, 57]: в качестве лучшего значения был использован интервал – **больше либо равно среднему значению по группе** (после исключения аномальных значений);

19. Доля активных амбулаторных посещений от общего числа посещений по заболеванию: в качестве лучшего значения был использован интервал – **больше либо равно среднему значению по группе** (после исключения аномальных значений)

20. Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений: в качестве лучшего значения был использован интервал – **больше либо равно среднему значению по группе** (после исключения аномальных значений);

21. Охват больных диспансерным наблюдением: в качестве лучшего значения был использован интервал – **больше либо равно среднему значению по группе** (после исключения аномальных значений);

22. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году [55, 57]: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **значение 100%**;

23. Доля пациентов, обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией [55, 57]: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **максимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

24. Охват обследованием на туберкулез методом туберкулиновидиагностики детей в возрасте 0-14 лет: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **значение 100%**;

25. Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки [55]: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **значение 100%**;

26. Охват населения вакцинированием против гриппа: в качестве

лучшего значения данного показателя было использовано **максимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

27. Охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции: в качестве лучшего значения данного показателя было использовано **максимальное значение по группе** (после исключения аномальных значений);

28. Полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации [55]: в качестве лучшего значения данного показателя была использована **оценка в баллах, равная 1** (на основании с алгоритма расчета, утвержденного приказом Минздрава России от 28.11.2014 № 787н);

29. Наличие на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг: в качестве лучшего значения данного показателя была использована **оценка в баллах, равная 1** (на основании с алгоритма расчета, утвержденного приказом Минздрава России от 28.11.2014 № 787н) [51, 54, 55, 57].

На 3-ем этапе исследования усовершенствована методология и методика, которые основывались на методических рекомендациях по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, разработанная коллективом авторов ЦНИИОИЗ МЗ РФ [55], Ставропольского государственного медицинского университета, результатов исследований в рамках выполнения Соглашения № 001/НПЗ -2013-1300/124 от «28» июня 2013 г.) за период 2014, 2015, 2016, 2017 гг. (Михайлова Ю.В., Сон И.М., Голубев Н.А., Сорокин В.Н., Муравьёва А.А. Инновационные технологии оценки результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [55]. Казанский медицинский журнал. 2019. Т. 100. № 5. С. 810-815; Михайлова Ю.В., Голубев Н.А., Сабгайда Т.П., Михайлов А.Ю. Результативность медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, как фактор снижения смертности

населения трудоспособного возраста. Социальные аспекты здоровья населения. 2019. Т. 65. № 2. С. 1; Михайлова Ю.В., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Вечорко В.И. Михайлова Ю.В., Голубев Н.А., Францева В.О., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Комплексный анализ результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях реализации принципов бережливого производства в здравоохранении [55]. Социальные аспекты здоровья населения 2022; 68(3):1).

Экспертным методом повторно проведен пересмотр интегральных показателей с дифференциацией по категории медицинской организации и с учетом изменений в формах федерального статистического наблюдения, структурной реорганизацией амбулаторных медицинских организаций.

На 4-ом этапе был проведен расчёт индекса благополучия показателей как интегрального критерия оценки результативности деятельности МО с использованием усовершенствованной и адаптированной к новым условиям функционирования первичного сектора здравоохранения методики.

Для расчета индекса благополучия показателей для медицинских организаций в соответствии с Методикой полученные значения показателей деятельности каждой группы медицинских организаций вносились в таблицу [55] «Модель расчета индекса благополучия показателя для сравнительной оценки деятельности медицинской организации» (Приказ Минздрава России от 12.09.2014 № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения) [55].

В связи с тем, что на одном из этапов расчета получается значение оценки в баллах отклонения фактического показателя от лучшего, использовано инвертированное значение данного отклонения при выборе лучшего максимального значения показателя.

В том случае, если фактическое значение отличалось от лучшего более чем в два раза и при расчете индекса благополучия показателя, его значение

получалось отрицательным, значение индекса благополучия приравнивалось к 0.

Далее была проведена визуализация результатов расчета индекса благополучия показателей каждой медицинской организации края **по 10-балльной шкале** и проведено адаптирование полученных результатов.

Для проведения адаптирования использовалась следующая формула:

$$X_a = X_i / OPL * 10, \text{ где:}$$

X_a – адаптированный индекс благополучия по 10-балльной шкале;

X_i – оценка в баллах индекса благополучия показателя для i -той медицинской организации;

OPL – оценка в баллах лучшего индекса благополучия показателя по всем медицинским организациям.

Оценка по 10 бальной шкале – это «перевод индекса благополучия показателя (с учетом примененной Методики) в баллы от 0 до 10 для упрощения процесса визуализации, где 0 – переведенный индекс худшего значения, 10 – переведенный индекс лучшего значения» [55, 58].

Для проведения расчета интегральных показателей, была разработана с проведением повторного экспертного анализа усовершенствованная модель формирования интегрального показателя для мониторинга результативности и оценки деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепленное население [58] в соответствии со сформированной новой типологией медицинских организаций и дифференцированным перечнем интегральных показателей [55, 58].

На 5-ом этапе исследования проведен сравнительный анализ деятельности медицинских организаций (юридических лиц), оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Ставропольского края в динамике за 2015-2020 годы, с учетом значимых структурных изменений сети медицинских организаций края, изменений в маршрутизации пациентов при оказании первичной медико-санитарной помощи и иных локальных

изменений системы здравоохранения Ставропольского края [55].

По причине того, что перечень показателей за 2015, 2016, 2017, 2019, 2020 годы актуализировался и уточнялся, прямое сопоставление суммарных интегральных показателей за эти годы оказалось невозможным. Чтобы провести сопоставительный анализ, была выполнена работа по полному пересчету суммарных интегральных показателей за 2015, 2016, 2017, 2019, 2020 годы согласно сопоставимому набору индикаторов, присутствующих в данных за весь период [55].

Сравнительные данные, свидетельствующие о результативности деятельности медицинских организаций (юридических лиц), оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Ставропольского края в динамике за 2015, 2016, 2017, 2019, 2020 годы [55], представлены в главе 4 и в приложении.

Полученные результаты комплексной оценки качества и доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных медицинских организациях и имеющих прикрепленное население, определили необходимость углубленного анализа интегральных показателей, характеризующих результативность деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, имеющих [55] наибольшую весовую ценность, указанную экспертами:

- число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1001 прикрепленного населения соответствующего возраста [55, 57].

- число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет на 1000 прикреплённого населения в 2020 году [55, 57].

Каждая группа медицинских организаций анализировалась в соответствии с установленной типологией [55, 57].

Показатель «Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста [57] (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» был отражен [54, 57] во всех 47 амбулаторных

медицинских организациях Ставропольского края (далее МО СК). Полученная зависимость методом сравнительного анализа изучалась в сравнении с аналогичной в целом по Российской Федерации. Все МО СК были сгруппированы по девяти кластерам, сформированным на основе данных федеральных статистических форм, произведен подсчет МО СК в каждом кластере и построена соответствующая гистограмма. Далее проведен анализ распределения (количества и доли) МО СК по всем кластерам числа умерших на дому лиц трудоспособного возраста на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста [54] в 2020 году раздельно по каждой группе МО – А [55]. Многопрофильные больницы и центральные городские больницы, Б. Самостоятельные поликлиники, В. Районные больницы и центральные районные больницы [57]. На заключительном этапе проведен анализ распределения (количества и доли) МО СК по всем группам МО СК в каждом кластере числа умерших на дому лиц трудоспособного возраста на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста в 2020 году. Все полученные результаты анализировались в сравнении с общероссийскими показателями [54, 57].

Таким же образом осуществлялся анализ полученных данных по показателю «14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» [54,55,57].

Важно отметить, что в этот период (2019-2020 гг.) Ставропольский край был определен как пилотная территория для реализации Приоритетного Проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» на принципах бережливого производства. В соответствии с целью диссертационного исследования и с учетом цели и задач Приоритетного проекта «Новая поликлиника», изучена оценка населением качества и доступности первичной медико-санитарной помощи [55] и определение факторов, формирующих отношение населения к результативности работы амбулаторных медицинских организаций по

результатам проведенного социологического исследования.

Социологическое исследование состояло из трёх частей.

В первой части проводился Анкетный опрос лиц, обратившихся в поликлиники первичного звена здравоохранения с целью оценки населением качества полученной медицинской услуги, а также выявления критериев, являющихся значимыми для населения при оценке ими полученной медицинской услуги. Изучалось мнение населения по 70 параметрам, сгруппированным в шесть блоков. В число опрошенных вошло 506 человек. Анкеты заполнялись в медицинских организациях города Ставрополь. Эти организации оказывают первичную медико-санитарную помощь и работают в рамках проекта.

Вторая часть исследования проводилась с целью определения уровня удовлетворённости населения получаемой медицинской помощью и системой здравоохранения Ставропольского края и Российской Федерации в целом и динамики её изменения по сравнению с периодом до внедрения технологий «бережливого производства». Проведён сравнительный анализ с аналогичными исследованиями, проводимыми в различных регионах Российской Федерации в 2017 году.

Исследование проводилось в 2020 году на территории Ставропольского края в условиях жестких ограничений в связи с пандемией COVID-19. В результате было опрошено 537 человек (96 мужчин и 441 женщин). Из них 321 человек (268 женщин и 53 мужчины) получали первичную медико-санитарную помощь в МО ПМСП.

Анализ полученных данных осуществлялся в сравнении с аналогичным исследованием, которое проводилось в девяти регионах Российской Федерации (Московская, Псковская, Новосибирская, Иркутская и Томская области, Республики Татарстан, Марий Эл, Башкирия, Бурятия) [55, 57] в 2017 году и охватывало 1457 человек (528 мужчин и 929 женщин). Из них 651 человек (454 женщины и 197 мужчин) получали первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП) в фельдшерско-амбулаторных пунктах

(далее – ФАП) или в амбулаторно-поликлинических учреждениях (далее АПУ, совместно - МО ПМСП).

Третья часть социологического исследования посвящена изучению факторов, влияющих степень на удовлетворённости населения услугами, полученными в медицинских организациях, и системой здравоохранения Ставропольского края и Российской Федерации в целом [56].

Методологическую базу исследования составили принятые стандарты, методы и инструментарий, разработанные в проекте EUROHIS и рекомендованные Европейским региональным бюро ВОЗ, в том числе по использованию общего инструментария для изучения хронических соматических заболеваний, состояний, для изучения обращаемости за лечебно-диагностической помощью, изучения качества жизни [56].

Исследование проведено в 2020 г. в Ставропольском крае. Всего было опрошено 2170 респондентов (59% (1274 респондента) составили женщины и 41% (896 респондентов) – мужчины), которых опрашивали о состоянии медицинской помощи (включая амбулаторную, стационарную, диспансерно-профилактическую, скоропомощную, высокотехнологичную) в целом в Ставропольском крае [56].

На завершающем этапе (2021- 2022 гг.) по результатам выполнения предыдущих этапов и соответствия с поставленными задачами, разработаны и внедрены предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в Ставропольском крае. Результаты исследования показали высокую значимость и актуализировали проблему необходимости разработки целевых образовательных программ и проведения обучения руководителей и медицинских работников первичного сектора здравоохранения [56].

С участием автора разработаны следующие программы:

1.Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации специалистов - рабочая учебная программа цикла повышения квалификации (далее - ПК) «Базовые инструменты бережливого производства»;

2. ПК «Организация эффективной визуализации в медицинских организациях»

3. ПК «Стандартизация процессов в медицинских учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь»;

4. ПК «Основы внедрения принципов бережливого производства в работу стационаров»;

5. ПК «Бережливое производство как основа менеджмента в работе стационаров»;

6. ПК «Обновленные критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»;

7. ПК «Основы применения принципов бережливого производства в отраслевых министерствах».

Данные программы используются специалистами Ставропольского государственного медицинского университета.

В целях принятия управленческих решений каждой амбулаторной медицинской организации Ставропольского края, имеющей прикрепленное население, предоставлены комплексные оценки (индексы благополучия) эффективности и результативности их работы, а также количественные данные по 29 интегральным параметрам [53, 55].

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Научные данные, представленные в 3 главе, получены лично автором, ранее частично были опубликованы в статье: «Комплексный анализ результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях внедрения принципов бережливого производства в здравоохранении» [55].

Диссертационное исследование является продолжением выполнения Соглашения между Минздравом России и ЦНИИОИЗ МЗ РФ (Соглашение № 001/ НПЗ -2013-1300/124 от «28» июня 2013 г.) по оптимизации системы мониторинга и оценки доступности медицинской помощи и качества медицинских услуг в медицинских организациях, оказывающих населению амбулаторную медицинскую помощь и имеющих прикрепленное население в период структурных преобразований в здравоохранении, в т.ч. в первичном секторе, утверждения новых форм федерального статистического наблюдения. Ставропольский край определен как pilotная территория.

3.1. Методологические подходы, алгоритм проведения комплексного анализа результативности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепленное население.

Методологические принципы формирования информационной платформы для проведения комплексного анализа и оценки качества и доступности ПМСП [55] в медицинских организациях первичного сектора здравоохранения с использованием интегральных оценочных показателей, полученных экспертым методом; оценки результативности амбулаторных

медицинских организаций с расчетом индекса благополучия показателя, представлены в главе 2 диссертационной работы, опубликованы в научных публикациях [51, 52, 53, 54, 55, 57, 58] и относятся к периоду 2014-2018 гг. до преобразований в системе охраны здоровья и отрасли здравоохранения.

В период 2018-2019 гг. в Российской Федерации и в том числе в Ставропольском крае произошли значительные структурные преобразования в здравоохранении, в т.ч. в первичном секторе здравоохранения, изменения федерального статистического наблюдения в отрасли, разработана и утверждена реализация НП «Здравоохранение» в части ПП «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства» [55], что потребовало совершенствования и адаптации используемой в 2014-2017 гг. методологии проведения мониторинга и оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, экспертной объективизации оценочных интегральных показателей, доработки алгоритма сбора, формирование информационной базы и методов анализа, что было выполнено на 1, 2 и 3 этапах исследования и представлено в главе 2 [55].

В диссертационном исследовании объектом исследования определены все медицинские организации Ставропольского края, оказывающие амбулаторную медицинскую помощь за 2014-2020 годы и имеющие прикреплённое население. В соответствии с проведенной РОССТАТ РФ корректировкой форм федерального и отраслевого статистического наблюдения за 2019-2020 годы, методика формирования оценочных показателей была усовершенствована. Для сопоставимости анализируемой информации в динамике за период 2014-2020 гг. и исключения влияния общероссийских процессов трансформации медицинских организаций в качестве эталонных значений были использованы значения по Российской Федерации за 2017 год по соответствующим группам медицинских

организаций и категорий обслуживаемого населения [55], что позволило провести комплексный расчет интегрального критерия индекса благополучия.

Реформирование системы здравоохранения в Ставропольском крае, в том числе в амбулаторном секторе, явилось структурным преобразованием, которое в свою очередь изменило политику маршрутизации пациентов, что потребовало внесения изменений в алгоритм проведения сравнительного анализа эффективности функционирования медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Период анализа остался прежним: 2014-2020 гг. [55]. Однако, проведение сопоставительного анализа амбулаторных медицинских организаций был разделен на два периода: 1 период охватывал 2014-2017 годы как предшествующий внедрению проекта «Бережливая поликлиника» и второй период охватывал 2019-2020 годы – внесение изменений в федеральное статистическое наблюдение в здравоохранении.

В соответствии с изменениями форм федерального и отраслевого статистического наблюдения и с целью обеспечения единой методологии формирования информационной базы данных была адаптирована анкета. Был усовершенствован механизм математической, алгоритмической и статистической обработки данных с применением компьютерных технологий с использованием имеющихся программных средств. В целях осуществления первичного форматного и логического контроля были разработаны математические алгоритмы проверок и заложены в систему сбора данных [55].

Учитывая особую значимость и объективность сопоставительной оценки эффективности деятельности медицинских организаций первичного сектора, был разработан (с участием автора) и применен пяти-уровневый алгоритм контроля достоверности анализируемых показателей, который детально представлен в статье, написанной при участии автора исследования [55].

В рамках сбора данных и проведения контроля автором было обеспечено методическое и методологическое сопровождение и поддержка сбора информации специалистами службы статистики медицинских организаций, даны пояснения и рекомендации по порядку заполнения и формирования значений [55]. Следует отметить, что важную роль в проведении на 4-ом уровне контроля играла ручная проверка собранной информации на наличие методологических и логических ошибок из-за наличия выпадающих значений в общем ряде статистических показателей. Исследования показали важность объективности количественных значений индекса благополучия не зависимо в сторону завышения или занижения.

В связи с тем, что перечень показателей за 2014, 2015, 2016, 2017 годы актуализировался и уточнялся, прямое сопоставление суммарных интегральных показателей за эти годы не представлялось возможным. Кроме того, по причине изменений типа медицинских организаций, в целях осуществления сопоставительного анализа были полностью пересчитаны суммарные интегральные показатели за 2014, 2015, 2016, 2017, 2019, 2020 годы в соответствии с сопоставимым набором индикаторов, которые присутствуют в обрабатываемых данных за все периоды исследования [55].

В целях проведения комплексного анализа применялась усовершенствованная модель, использующая группу из нескольких взаимосвязанных критериев в качестве единого многомерного показателя [55]. Интегральные критерии оценки деятельности амбулаторных МО Ставропольского края изучены по 5 направлениям их деятельности (на основе пересмотра наполнений разделов в период 2019-2020 гг.): «Ресурсы кадровые»; «Ресурсы материальные и информационные»; «Профилактическая работа»; «Процессы диагностики и лечения»; «Результативность» [55].

Установлено, что исследуемый период до 2019 г. характеризовался стремлением к росту индекса благополучия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Ставропольского края с последующим разнонаправленным характером

интегрированных показателей в 2019-2020гг. в период развития пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 (табл. 3.1 и рис. 3.1-3.4) [55].

Таблица 3.1.

Динамика многомерных показателей индекса благополучия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Ставропольского края [55].

Год	1. Ресурсы кадровые	2. Ресурсы материальные и информационные	3. Профилактическая работа	4. Процессы диагностики и лечения	5. Результативность
Группа А. Многопрофильные больницы и центральные городские больницы, имеющие прикреплённое население					
2014	6,805	6,500	5,671	6,861	5,892
2015	8,053	7,402	8,782	7,733	8,345
2016	7,772	8,282	7,904	7,226	8,670
2017	8,118	7,900	7,762	7,920	9,127
2019	8,578	7,511	7,541	7,152	7,850
2020	8,201	7,635	7,611	8,600	7,515
Динамика 2019 года к среднему значению за 2014-2017, %	11,6	-0,1	0,2	-3,8	-2,0
Динамика 2020 года к среднему значению за 2014-2017, %	6,7	1,5	1,1	15,7	-6,2
Группа Б. Самостоятельные поликлиники					
2014	8,306	7,879	6,455	7,189	8,136
2015	7,674	6,171	6,955	7,560	8,795
2016	7,478	7,857	6,808	7,490	7,574
2017	7,655	8,030	6,522	7,523	8,475
2019	7,980	8,125	6,866	6,510	8,149
2020	7,768	8,276	6,552	6,929	8,149

Год	1. Ресурсы кадровые	2. Ресурсы материальные и информационные	3. Профилактическая работа	4. Процессы диагностики и лечения	5. Результативность
Динамика 2019 года к среднему значению за 2014-2017, %	2,6	8,6	2,7	-12,5	-1,2
Динамика 2020 года к среднему значению за 2014-2017, %	-0,1	10,6	-2,0	-6,9	-1,2
Группа В. Районные больницы и центральные районные больницы					
2014	8,687	7,277	6,935	7,757	7,591
2015	8,410	5,524	7,452	7,483	7,857
2016	8,659	7,662	7,599	6,399	7,444
2017	8,567	7,892	7,689	8,247	6,767
2019	8,247	8,563	7,736	7,221	8,067
2020	8,236	8,883	7,035	7,312	7,914
Динамика 2019 года к среднему значению за 2014-2017, %	-3,9	20,8	4,3	-3,4	8,8
Динамика 2020 года к среднему значению за 2014-2017, %	-4,0	25,3	-5,2	-2,1	6,7

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в научной статье: «Михайлова Ю.В., Голубев Н.А., Францева В.О., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Комплексный анализ результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях реализации принципов бережливого производства в здравоохранении. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022 [55]; 68(3):1. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1371/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-3-1»

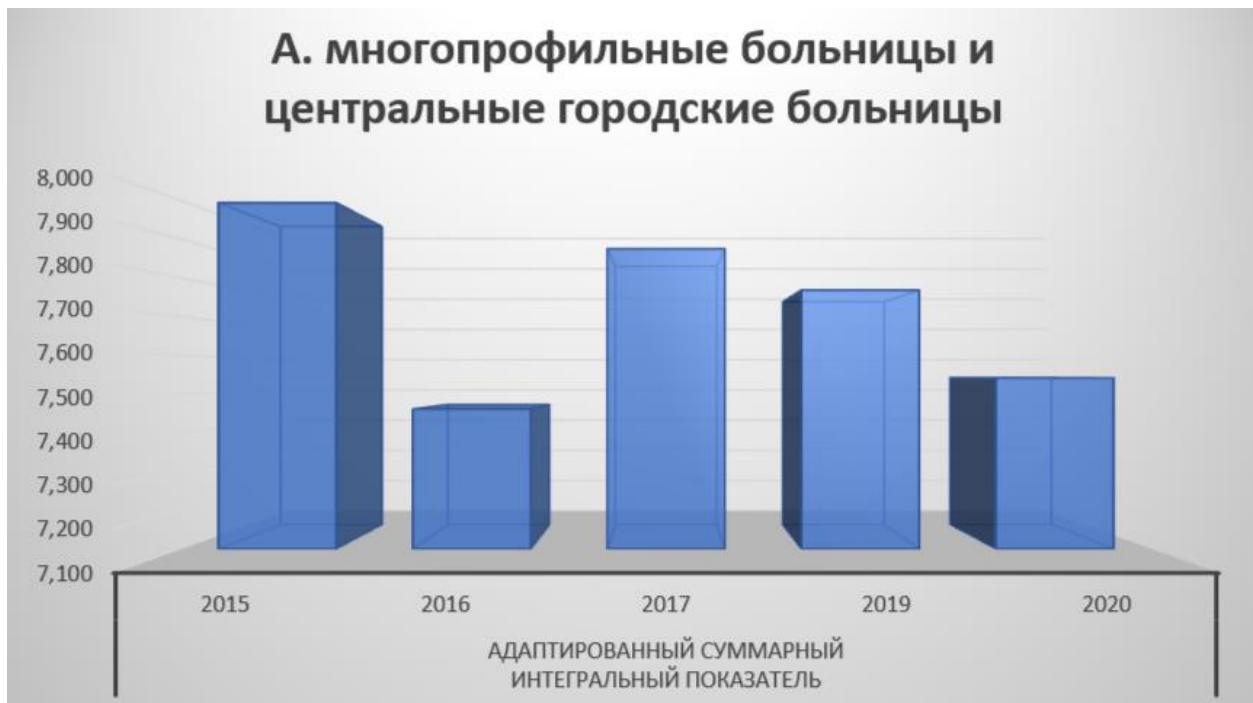


Рисунок 3.1. Средние значения Адаптированных суммарных интегральных показателей по многопрофильным больницам и центральным городским больницам (А) Ставропольского края в 2015-2020 гг. [55].

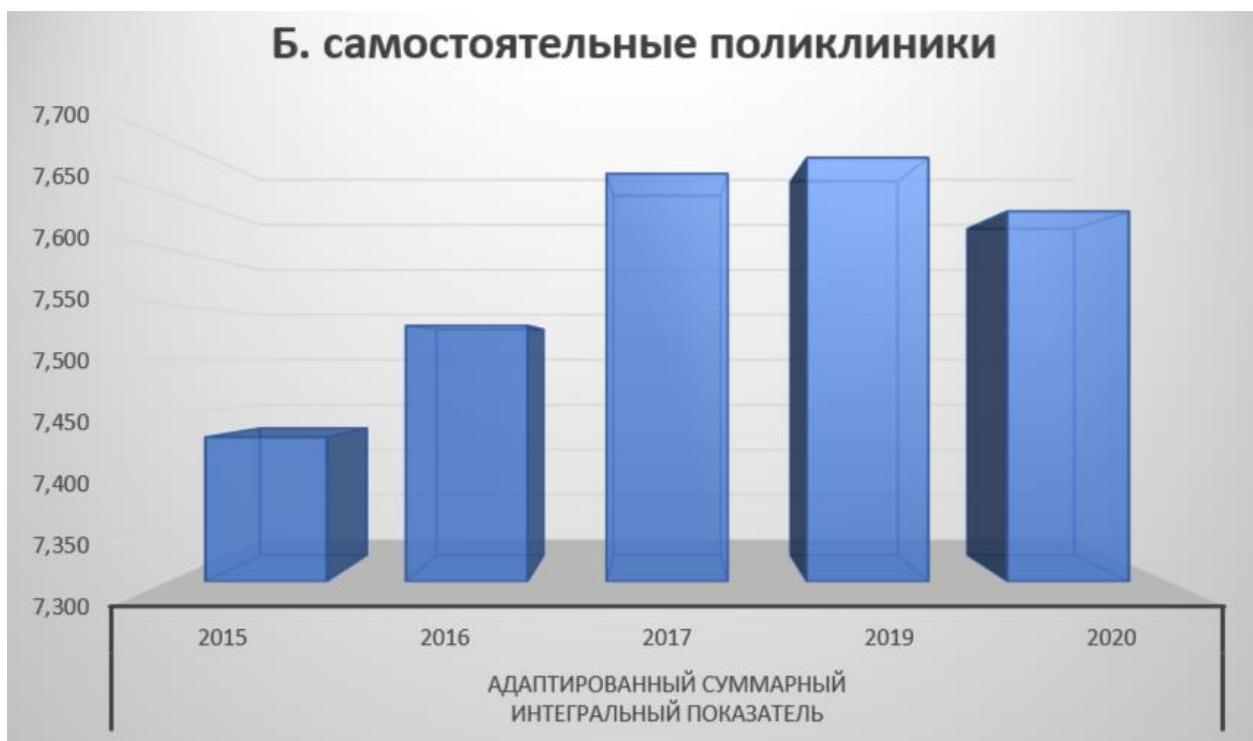


Рисунок 3.2. Средние значения Адаптированных суммарных интегральных показателей по самостоятельным поликлиникам (Б) Ставропольского края в 2015-2020 гг. [55].

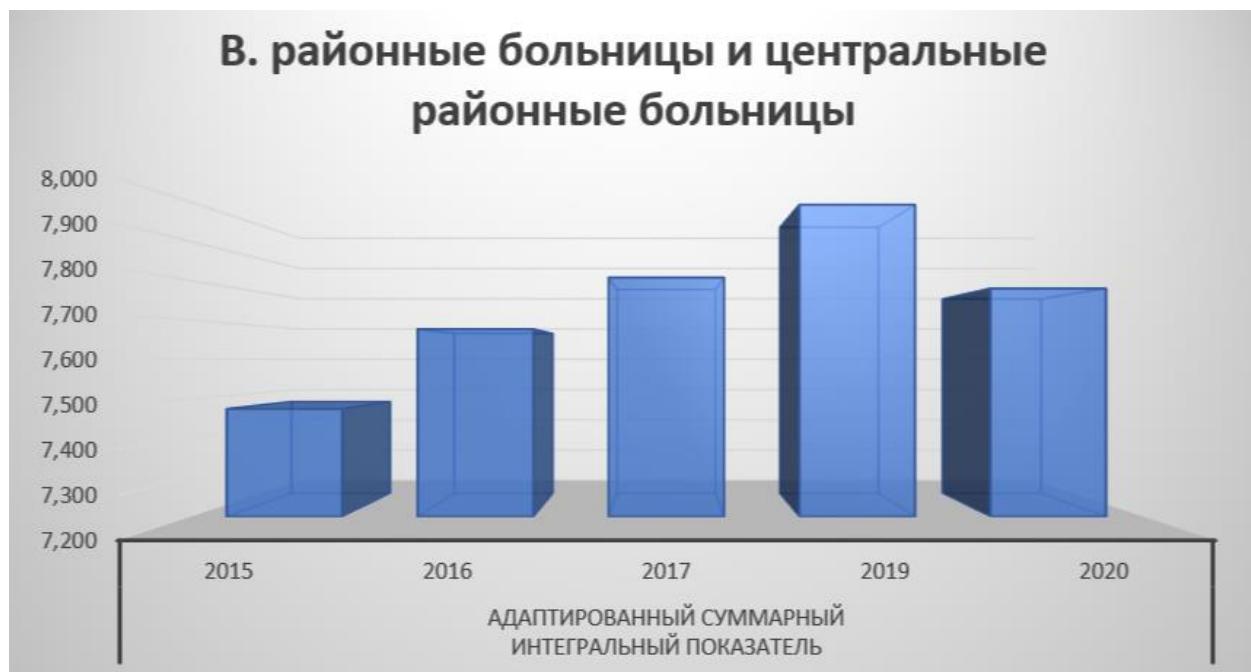


Рисунок 3.3. Средние значения Адаптированных суммарных интегральных показателей по районным больницам и центральным районным больницам (В) Ставропольского края в 2015-2020 гг. [55].

Результаты расчета адаптированного суммарного интегрального показателя представлены на рисунке 3.4.



Рисунок 3.4. Средние значения Адаптированных суммарных интегральных показателей по группам медицинских организаций Ставропольского края в 2015-2020 гг [55].

3.2. Результаты комплексной оценки качества и доступности первичной медико-санитарной помощи, результативности деятельности амбулаторных МО Ставропольского края

Оценка результативности деятельности медицинских организаций (юридических лиц), оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Ставропольского края и имеющих прикрепленное население, посредством анализа интегральных показателей, в динамике по сопоставимому набору индикаторов было выявлено, что в сравнении со среднегодовым значением за 2014-2017 годы в 2019 году значение адаптированных индексов благополучия показателей улучшилось у 71,1% медицинских организаций, включенных в исследование (32 из 45 МО) [55].

В период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 для Ставропольского края было характерно понижение количества профилактических мероприятий и отмечался рост показателей «число умерших лиц населения трудоспособного возраста на дому», в результате чего был [55] снижен индекс благополучия показателей исследуемых медицинских организаций. В то же время установлено, что, благодаря проводимым в крае целевым организационным мероприятиям по всем блокам работы МО, оказывающих ПМСП, не были утрачены ранее достигнутые результаты; и в 2020 году в сравнении со среднегодовым значением за 2014-2017 годы значение адаптированных индексов благополучия сохранилось у 43,7% медицинских организаций, включенных в исследование (21 из 45 МО) [55].

Тщательный многомерный анализ результатов проведённого комплексного анализа качества медицинских услуг и доступности ПМСП, результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь в динамике 2014-2020гг. по пяти базовым направлениям функционирования первичного сектора здравоохранения в Ставропольском крае в разных типологических группах МО носил разнонаправленный характер, в 2020 году, т.е. в период развития пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 была усиlena дифференциация. Полученные данные вызвали необходимость проведения еще одного анализа

и оценки полученных результатов по каждому блоку единого многомерного показателя [55].

Блок «Ресурсы кадровые» включал такие показатели, как среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы; коэффициент совместительства врачей; коэффициент совместительства среднего медицинского персонала; число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы; коэффициент текучести врачебных кадров. В группе А Многопрофильные больницы и центральные городские больницы, имеющие прикреплённое население, в сравнении со среднегодовым значением за 2014-2017 годы выявлено улучшение показателя в 2019 и 2020 годах на 11,6% и 6,7% соответственно. В группе Б Самостоятельные поликлиники в 2019 году наблюдается рост на 2,6% (Табл. 3.1.) [55].

Итак, в результате анализа было выявлено отсутствие снижения кадрового обеспечения в секторе первичного здравоохранения края [55].

В части блока «Ресурсы материальные и информационные» (фондооруженность на единицу персонала, полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи) в сравнении со среднегодовым значением за 2014-2017 годы, установлено улучшение индекса благополучия 2020 года наблюдалось во всех группах медицинских организаций, а в сравнении с 2019 годом – в группе Б. Самостоятельные поликлиники и группе В. Районные больницы и центральные районные больницы. В группе А. Многопрофильные больницы и центральные городские больницы, имеющие прикреплённое население в 2019 году, наблюдалось незначительное его снижение. Наиболее значительный рост индекса благополучия наблюдался в группе В «Районные больницы и центральные районные больницы» – в 2019 году рост на 20,8%, в 2020 году рост на 25,3% (Табл. 3.1.) [55].

В блоке «Профилактическая работа» было наибольшее число показателей: охват профилактическими медицинскими осмотрами детей в возрасте 0-17 лет; доля детей I и II группы состояния здоровья; доля детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании не менее 3х месяцев; доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений; охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения; доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией; охват населения вакцинированием против гриппа; охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции [55].

Зафиксировано снижение индекса благополучия в 2019-2020 годах к среднему значению за 2014-2017 гг. в динамике по блоку «Процессы диагностики и лечения» (доля злокачественных новообразований I-II стадии заболевания; охват больных диспансерным наблюдением; охват обследованием на туберкулез методом туберкулиодиагностики детей в возрасте 0-14 лет; охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов). В группе Б «Самостоятельные поликлиники» – в 2020 году индекс благополучия в блоке процессов диагностики и лечения снизился на 6,9% (Табл. 3.1.) [55].

Следует отметить, что специфика функционирования амбулаторной помощи в указанный период, связанная с перепрофилированием на диагностику коронавирусной инфекции COVID-19, ожидаемо привела к снижению объема диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. В это время по эпидемиологическим показаниям (локдаун) было отмечено значительное сокращение обращаемости населения в медицинские организации, что отразилось в возросшей нагрузке на скорую медицинскую помощь [55].

В блоке «Результативность» деятельности амбулаторных МО были отражены интегрированные показатели, включающие число умерших на дому лиц трудоспособного возраста, число обоснованных жалоб граждан на действия работников медицинской организации, число лиц, умерших от

инфаркта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет. В группе А. Многопрофильные больницы и центральные городские больницы, имеющие прикреплённое население и в группе Б Самостоятельные поликлиники и в 2019 и 2020 году наблюдалось снижение индекса благополучия. При этом в группе В, включающей районные больницы и центральные районные больницы, отмечался рост индекса и в 2019 и 2020 году на 8,8% и 6,7% соответственно (Табл. 3.1) [55].

Таким образом, в результате анализа итоговой комплексной оценки результативности деятельности МО первичного сектора в 2019-2020гг., т.е. в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 было отмечено понижение многомерного индекса благополучия показателей, к которому привело сокращение количества профилактических мероприятий (диспансеризации), организации выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях, снижение обращаемости населения ввиду введённых ограничений (локдауна), особенно у старших возрастных групп, сокращение мероприятий по диспансерному наблюдению пациентов с хроническими заболеваниями. В группе «Многопрофильные больницы, центральные городские больницы, имеющие прикреплённое население», также было отмечено снижение обобщенного критерия результативности, что было связано с перепрофилированием именно этих медицинских организаций в центры по оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19 [55].

Количественные расчетные интегральные показатели результативности расчета адаптированного индекса благополучия деятельности каждой медицинской организации Ставропольского края [55], «оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющей прикреплённое население», представлены в приложении №1.

3.3. Результаты анализа числа умерших лиц трудоспособного возраста на дому как критерий качества амбулаторной медицинской помощи в Ставропольском крае

Поскольку доступная и бесплатная медицинская помощь надлежащего качества должна быть гарантирована всему населению Российской Федерации

в равной степени, анализ распределения значений анализируемых показателей мы провели суммарно для всех государственных (муниципальных) организаций Ставропольского края, оказывающих ПМСП в сфере амбулаторного сектора здравоохранения взрослому населению, информация о которых имеется в базе данных.

3.3.1. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста

Доступность медицинской помощи бесплатной медицинской помощи надлежащего качества гарантирована населению Российской Федерации, поэтому случаи смерти на дому лиц трудоспособного возраста следует рассматривать как нарушение декларируемых гарантий. Лица трудоспособного возраста, страдающие хроническими заболеваниями или имеющие врожденную патологию, должны получать медицинскую помощь, обеспечивающую ремиссию имеющихся заболеваний, а в случае обострений для профилактики летальности им должна оказываться стационарная помощь. Наиболее важным интегральным показателем для многопрофильных больниц и ЦРБ (9,150), самостоятельных поликлиник (8,950), районных больниц (9,150) экспертами был определен показатель числа умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста [55].

В процессе распределения значения показателя «Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» [54, 55] в целом по Российской Федерации по убыванию (без учета пяти значений 17 и более) [52] установлено, что показатель изменяется по логарифмическому закону (рис. 3.5).

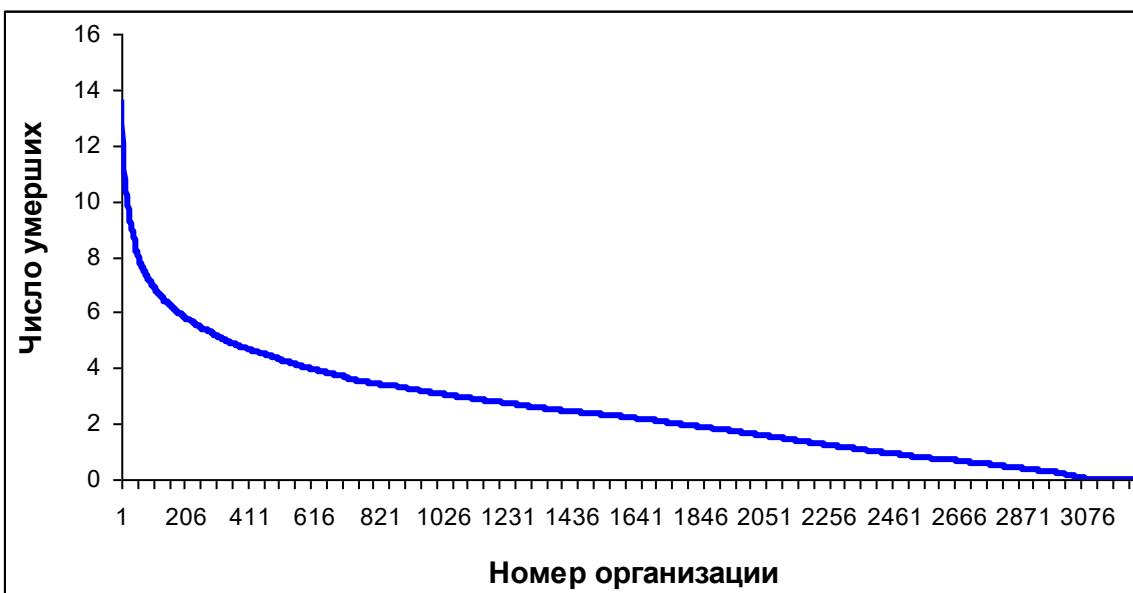


Рисунок 3.5. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста по Российской Федерации. [55].

Показатель «Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года [55], мужчины 18-59 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» [51] по Ставропольскому краю (рис. 3.6) и в целом по Российской Федерации (рис. 3.5) носят одинаковый характер, с учётом того, что статистика по одному региону уступает в валидности общефедеральным показателям.

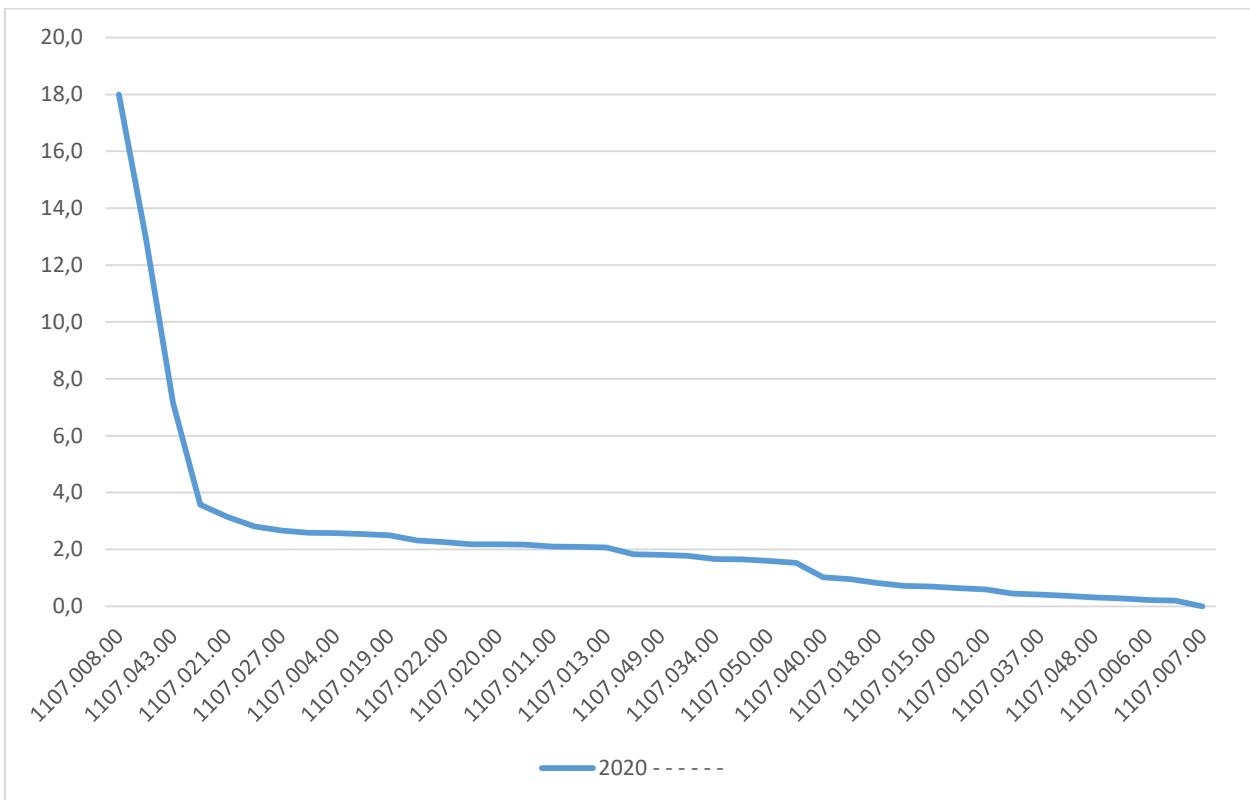


Рисунок 3.6. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста по Ставропольскому краю в 2020 году [55].

Среднее значение числа умерших на дому лиц трудоспособного возраста [55] в Ставропольском крае составляет $2,4 \pm 0,8$, что совпадает со значением в целом по Российской Федерации ($2,5 \pm 0,4$) [52]. При исключении из расчётов аномальных данных по ГБУЗ СК «Железноводская городская больница», показатели которой резко ухудшились за последнее время (с «благополучного» 0,3 в 2015 году до «катастрофического» 18,0 в 2020 году). Медиана значений в крае составляет 1,8 (что значительно лучше, чем в целом по РФ - 2,22), т.е. при увеличении показателя в половине медицинских организаций частота смерти на дому лиц трудоспособного возраста заметно меньше среднего значения этого показателя.

Таким образом, мы можем достаточно обоснованно задавать диапазоны значений частоты смерти на дому, для которых характерно какое-то среднее значение, близкое к медиане. Назначив каждому диапазону какой-то балл, мы можем провести кластеризацию медицинских организаций.

Исходя из полученных результатов оценки и с учетом пяти аномально высоких значений частоты смерти, не учитываемых при построении графиков, были выделены 9 кластеров. В зависимости от соответствующей частоты смертности на дому, мы дали им названия, характеризующие доступность и качество оказываемой медицинской помощи (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Названия выделенных кластеров и соответствующие им диапазоны значений показателя «Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» [55]

Кластеры		Диапазон значений частоты смерти
Номер	Название	
1	Очень хорошо	0
2	Хорошо	0,01-0,2
3	Благополучно	0,2-1,0
4	Ниже нормы	1,0-2,1
5	В пределах нормы	2,1-3,6
6	Выше нормы	3,6-5,5
7	Неудовлетворительно	5,5-7,6
8	Очень плохо	7,6-14,0
9	Катастрофически плохо	14+

В средний, пятый [54], кластер вошли среднее и медианное значения показателя. Распределение медицинских организаций по выделенным кластерам представлено на рисунке 3.7. Как и ожидается, больше всего организаций характеризуются средним качеством, а очень и катастрофически плохое качество медицинской помощи наблюдается в меньшем числе организаций.

Возникает вопрос в отношении организаций, в которых не наблюдалось случаев смерти на дому населения трудоспособного возраста. Как показывает практика, распределение по качеству должно быть симметричным, а в полученном распределении размер первого кластера с очень хорошим

качеством почти вдвое больше размера второго кластера с просто хорошим качеством медицинской помощи.

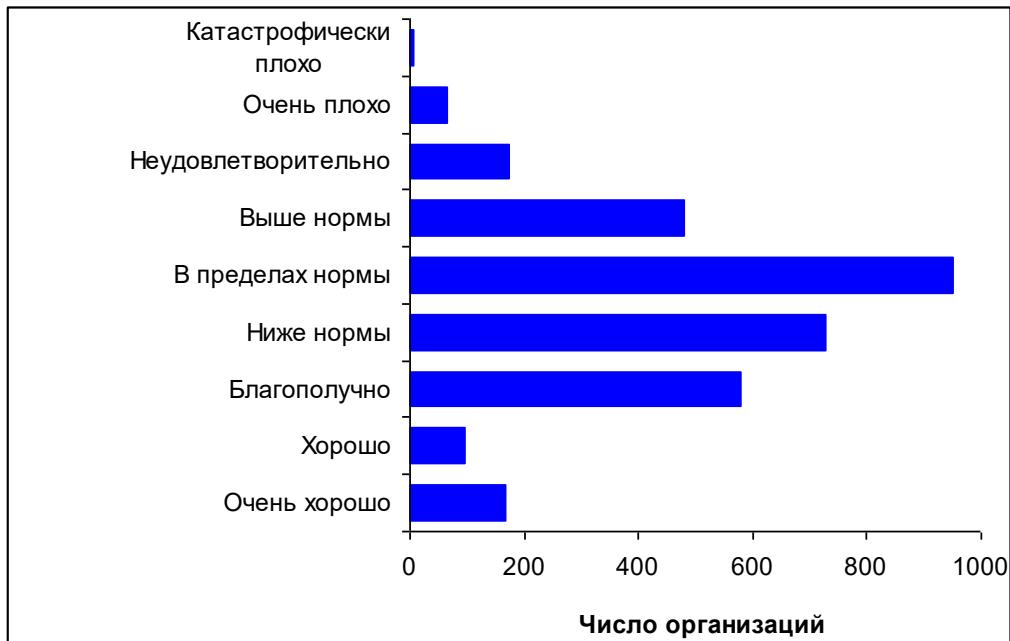


Рисунок 3.7. Распределение медицинских организаций по кластерам, характеризующимся разной частотой смерти на дому населения трудоспособного возраста в РФ [52, 55].

Аналогичное распределение медицинских организаций раздельно для каждой группы по кластерам, характеризующимся разной частотой смерти на дому населения трудоспособного возраста (рис. 3.8, 3.9.), позволяет сделать пять заключений [55].

Во-первых, отсутствие числа умерших лиц трудоспособного возраста на дому не всегда связано с ограниченной продолжительностью наблюдения, поскольку достаточно большая доля таких случаев наблюдалась в группе Б «Самостоятельные поликлиники» [55], обслуживающие смешанное население, где численность прикрепленного населения высока.

Однако полученные результаты свидетельствуют, что анализ данного показателя следует проводить не за один год, а за несколько лет.

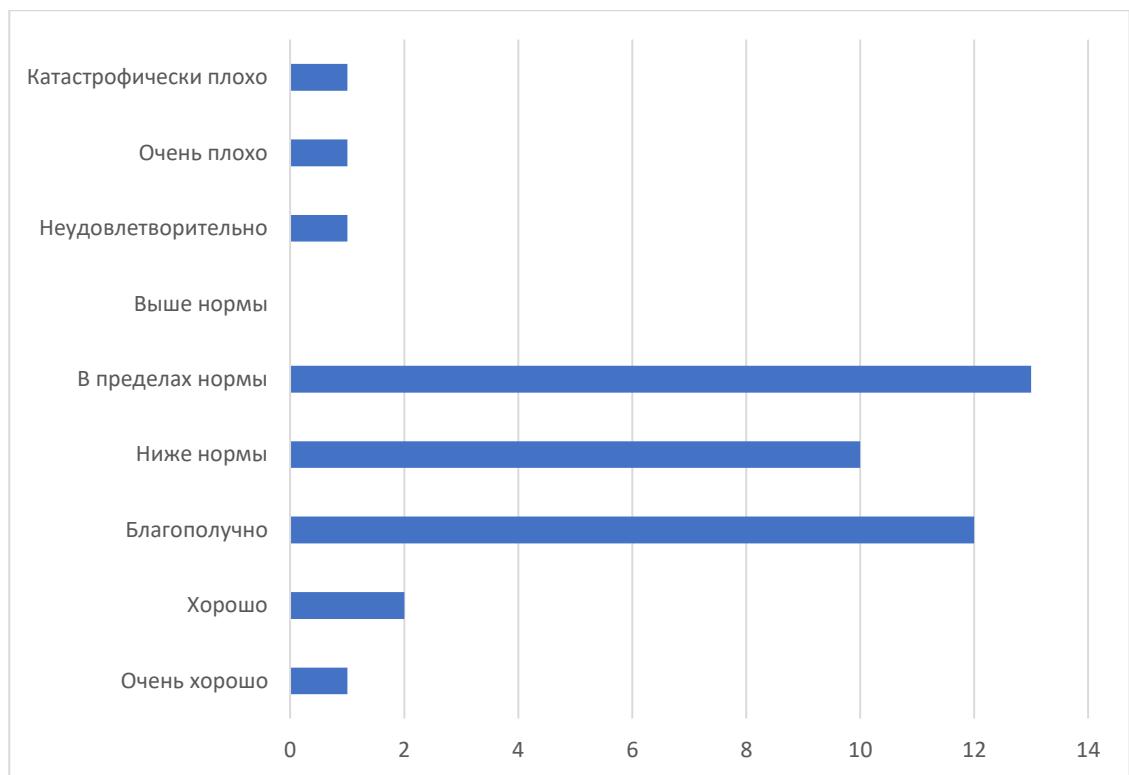
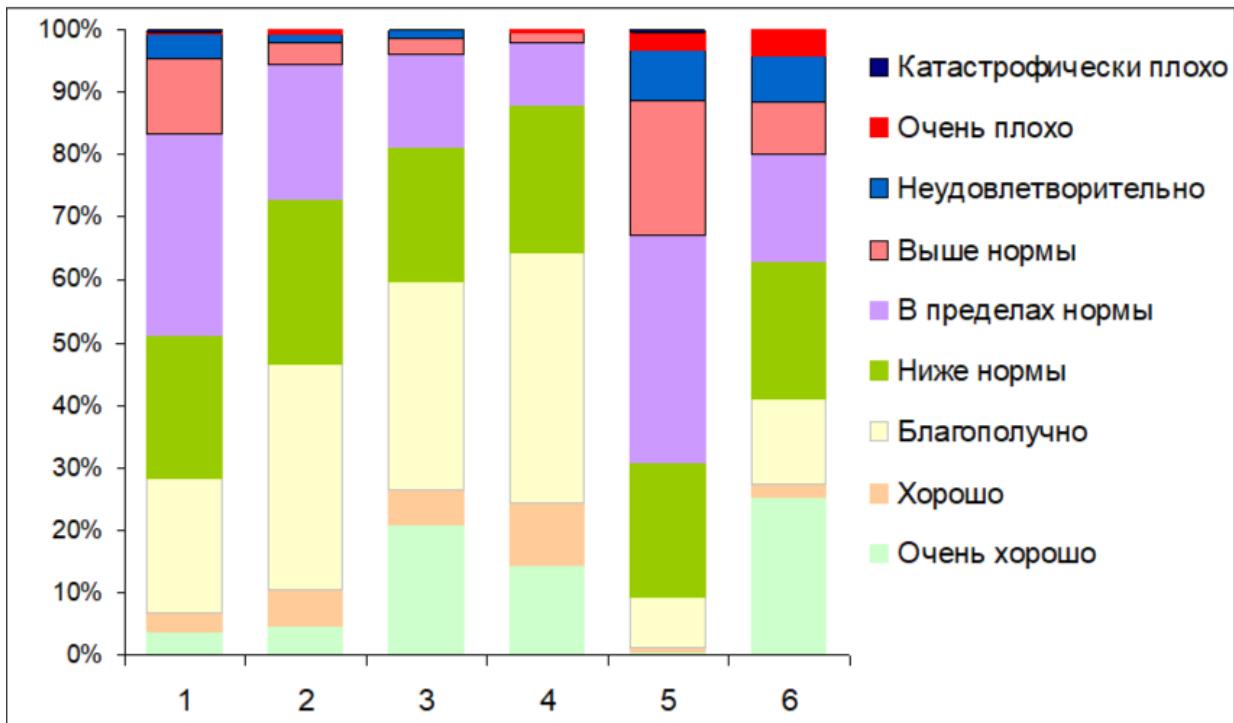


Рисунок 3.8. Распределение медицинских организаций по кластерам, характеризующимся разной частотой смерти на дому населения трудоспособного возраста в Ставропольском крае [52, 55].



- 1 многопрофильные больницы и центральные городские больницы, обслуживающие смешанное население
- 2 многопрофильные больницы и центральные городские больницы, обслуживающие взрослое население
- 3 самостоятельные поликлиники, обслуживающие смешанное население
- 4 самостоятельные поликлиники, обслуживающие взрослое население
- 5 районные больницы и центральные районные больницы, обслуживающие смешанное население
- 6 участковые больницы и врачебные амбулатории, обслуживающие смешанное население

Рисунок 3.9. Распределение медицинских организаций внутри разных их групп по кластерам, характеризующимся разной частотой смерти на дому населения трудоспособного возраста в РФ

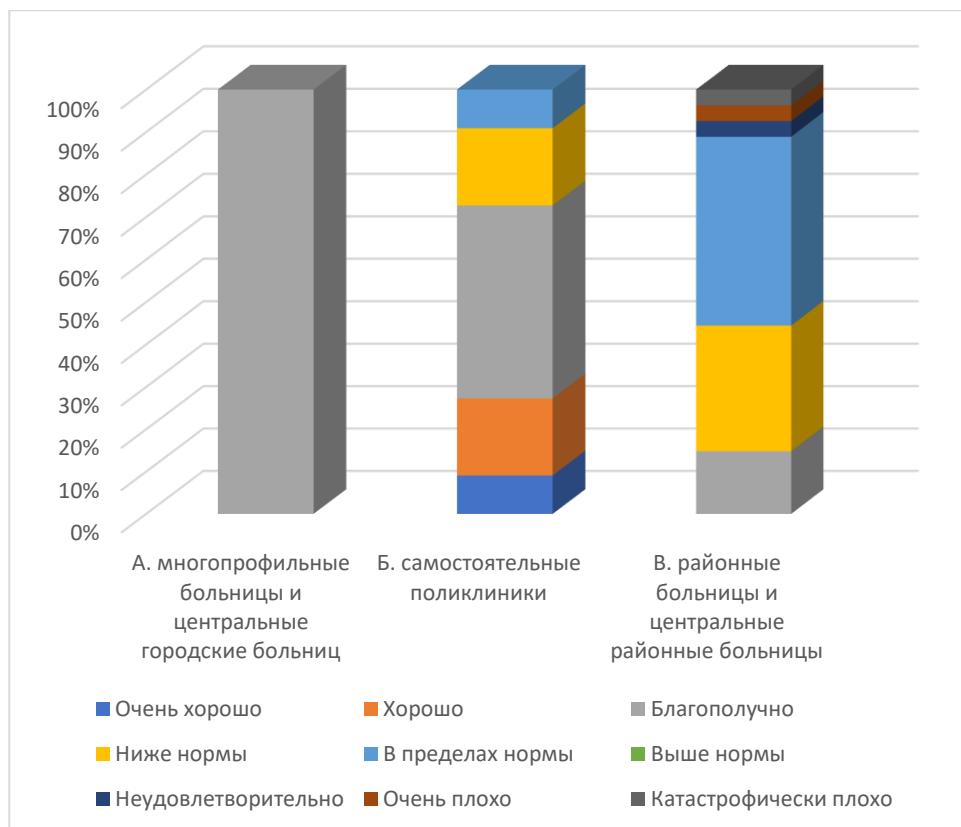


Рисунок 3.10. Распределение медицинских организаций внутри разных их групп по кластерам, характеризующимся разной частотой смерти на дому населения трудоспособного возраста в Ставропольском крае [55].

Во-вторых, наблюдаемое распределение свидетельствует о существенно лучших показателях числа умерших на дому лиц трудоспособного возраста среди населения [55], прикрепленного к самостоятельным поликлиникам, чем среди населения, прикрепленного к многопрофильным и центральным городским больницам (Рис. 3.10) [52, 55].

В-третьих, наихудшая ситуация наблюдается среди населения, прикрепленного к районным и центральным районным больницам, обслуживающим смешанное население [55].

Таким образом, установлено, что найденные диапазоны значений анализируемого показателя являются адекватными для характеристики вариации качества оказываемой медицинской помощи в организациях всех групп.

На обратной гистограмме распределения по кластерам среди амбулаторных медицинских организаций с учетом типологического

распределения установлены преимущества и более позитивные тренды исследуемых показателей самостоятельных поликлиник (что отражено главным образом в левой части рисунка), и проигрыш районных и центральных районных больниц (что отражено главным образом в правой части рисунка) виден более наглядно (рис. 3.11, 3.12). В таком представлении прослеживается закономерность изменения анализируемой структуры организаций разных групп среди выделенных кластеров.

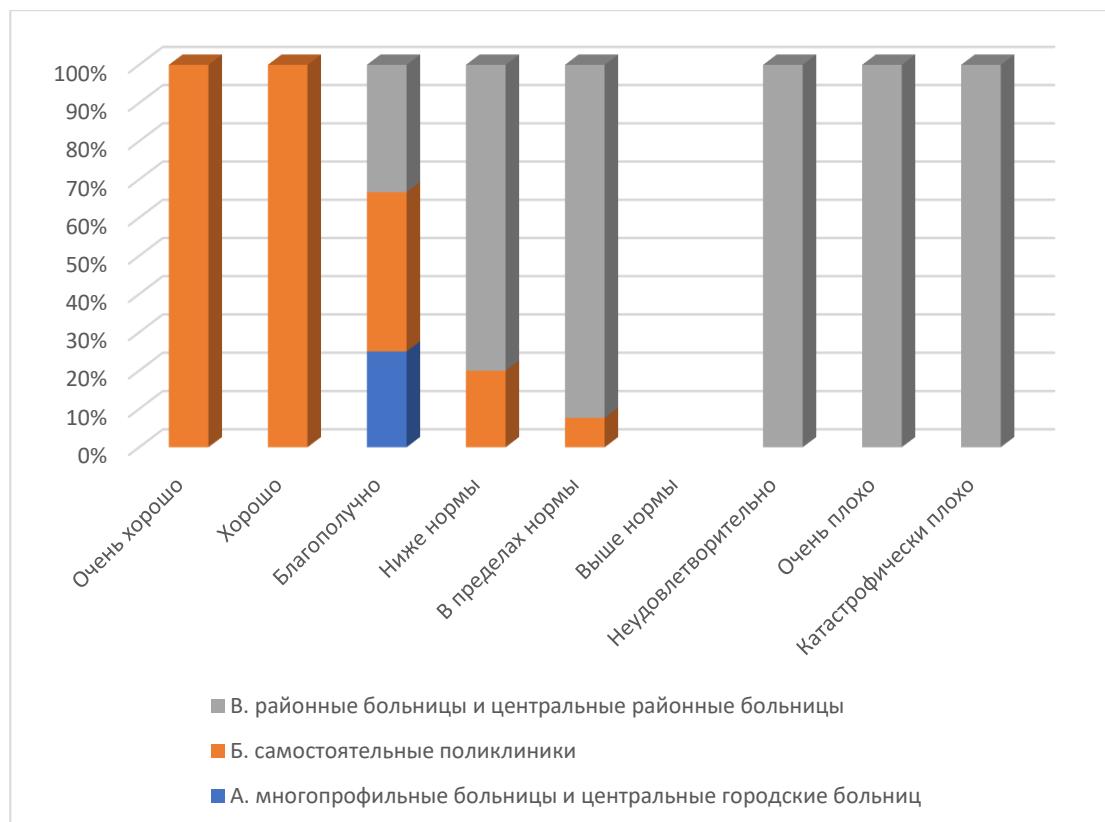
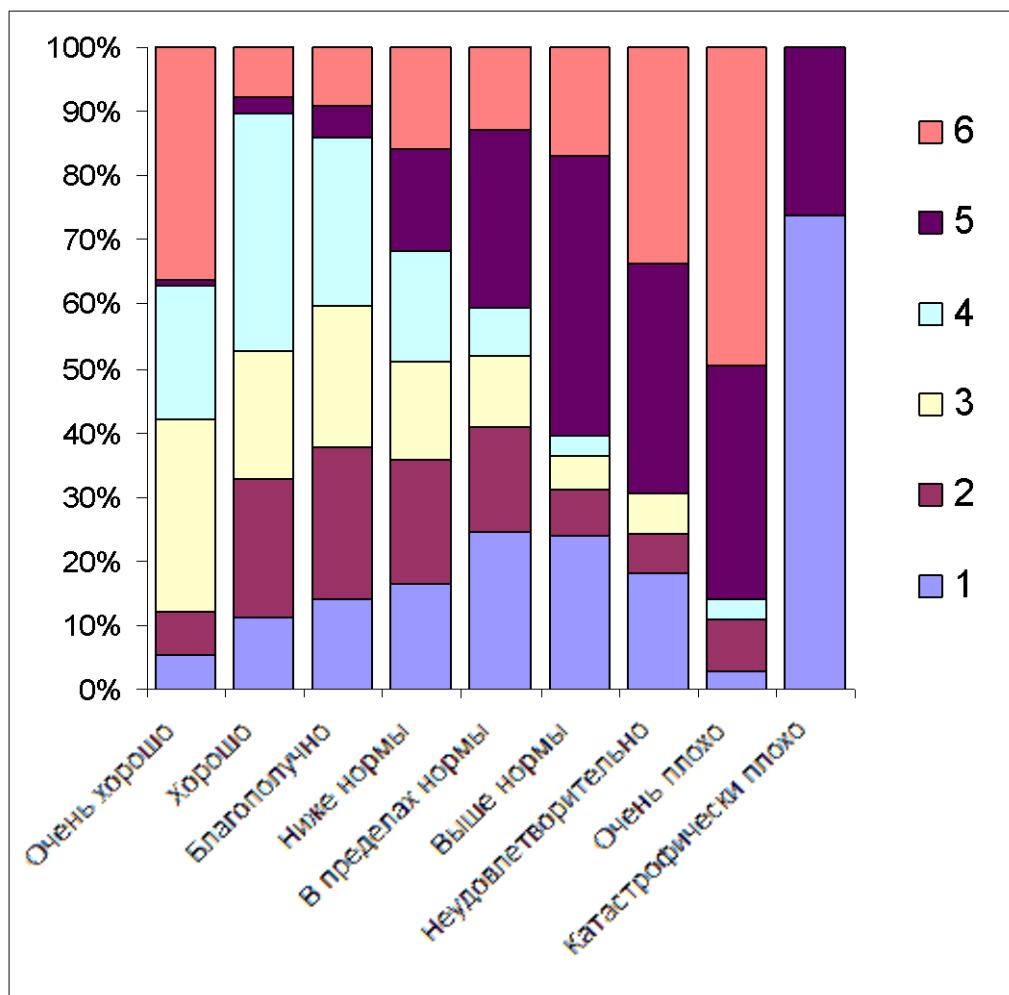


Рисунок 3.11. Распределение кластеров, характеризующихся разной частотой смерти на дому населения трудоспособного возраста, по группам медицинских организаций в Ставропольском крае [55].



- 1 многопрофильные больницы и центральные городские больницы, обслуживающие смешанное население
- 2 многопрофильные больницы и центральные городские больницы, обслуживающие взрослое население
- 3 самостоятельные поликлиники, обслуживающие смешанное население
- 4 самостоятельные поликлиники, обслуживающие взрослое население
- 5 районные больницы и центральные районные больницы, обслуживающие смешанное население
- 6 участковые больницы и врачебные амбулатории, обслуживающие смешанное население

Рисунок 3.12. Распределение кластеров, характеризующихся разной частотой смерти на дому населения трудоспособного возраста [55], по группам медицинских организаций.

Если для каждого кластера задать свой балл (пропорционально росту качества медицинской помощи, начиная с нуля для катастрофически плохого до 8 для отсутствия случаев смерти), то можно получить среднюю оценку величины, характеризующей качество медицинской помощи в организациях разных групп. Для удобства назовем эту величину «оценкой предотвращения смерти на дому лиц трудоспособного возраста», благодаря ее расчету был объективизирован сравнительный анализ приведенных выше распределений (табл. 3.3) [55].

Таблица 3.3.
Оценка «предотвращения смерти лиц трудоспособного возраста на дому» в организациях разных групп на основе частоты смерти на дому [55]

Группы организаций		Оценка
Номер	Название	
1	многопрофильные больницы и центральные городские больницы, обслуживающие смешанное население	4,7
2	многопрофильные больницы и центральные городские больницы, обслуживающие взрослое население	5,3
3	самостоятельные поликлиники, обслуживающие смешанное население	5,8
4	самостоятельные поликлиники, обслуживающие взрослое население	5,9
5	районные больницы и центральные районные больницы, обслуживающие смешанное население	3,9
6	участковые больницы и врачебные амбулатории, обслуживающие смешанное население	5,2

Наивысшая «оценка предотвращения смерти лиц трудоспособного возраста на дому» получена для самостоятельных поликлиник [55], обслуживающих взрослое население. Для поликлиник, обслуживающих смешанное население, эта оценка лишь несколько ниже. Результаты анализа данного показателя в многопрофильных и центральных городских больницах, обслуживающих смешанное население и районных центральных больницах, обслуживающих смешанное население, свидетельствуют о взаимосвязи

качества и доступности ПМСП и частоты смерти лиц трудоспособного возраста на дому.

3.3.2. Частота смерти на дому от инсульта и инфаркта миокарда лиц в возрасте до 65 лет

Смерть на дому лиц в возрасте до 65 лет от инсульта и инфаркта миокарда в период, когда самое пристальное внимание государства направлено на снижение смертности от болезней системы кровообращения.

Экспертами определен второй по значимости интегральный показатель «Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» в медицинских организациях Ставропольского края, весовая значимость которого для медицинских организаций составила: группа А – 8600, группа Б – 8850, группа В – 8650 [55].

Распределенные по убыванию значения показателя «Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» (без учета значения 18) также изменяется по логарифмическому закону (рис. 3.13).

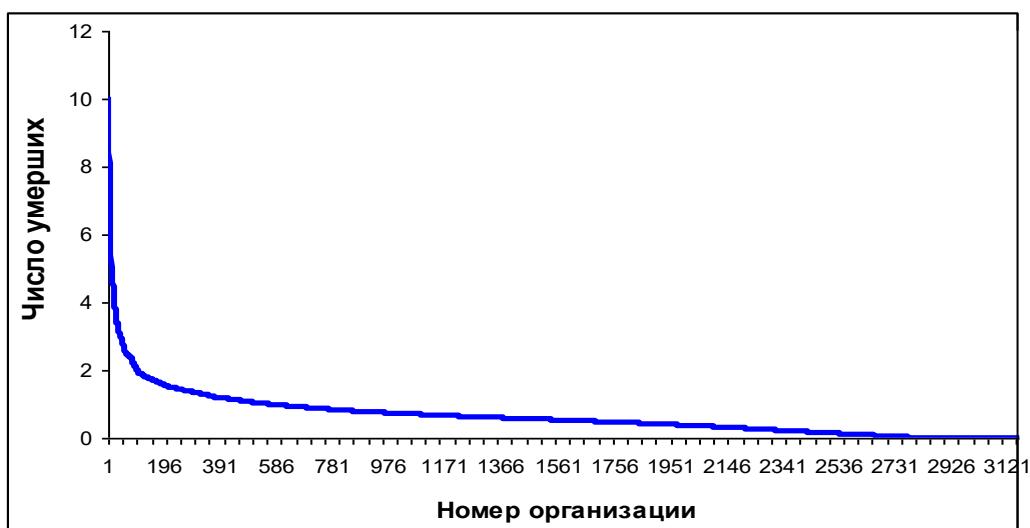


Рисунок 3.13. Значения показателя «Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» по Российской Федерации [55].



Рисунок 3.14. Значения показателя «Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» по Ставропольскому краю [55].

Мода распределения находится в нуле как для всех умерших на дому, так и для числа умерших от инсульта и инфаркта миокарда [54, 55]. Среднее значение числа умерших составляет $0,647 \pm 0,014$, дисперсия значений составляет 0,605. Медиана значений составляет 0,522, т.е. при увеличении показателя в половине медицинских организаций частота преждевременной смерти от инсульта и инфаркта миокарда заметно меньше среднего значения этого показателя.

На кривой рисунка 3.14 визуально определяется мода распределения, соответствующая нулевым значениям, однако трудно определяется медиана распределения (выделена квадратом). Построенное распределение является суммой двух-трех распределений.

Исходя из полученных результатов, были выделены 7 кластеров. По аналогии с частотой смертности на дому лиц трудоспособного возраста, они были названы соответствующим образом (Табл. 3.4) [54, 55].

Таблица 3.4

Названия выделенных кластеров и соответствующие им диапазоны значений показателя «Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» [55].

Кластеры		Диапазон значений частоты смерти
Номер	Название	
1	Очень хорошо	0
2	Хорошо	0,0001-0,05
3	Благополучно	0,05-0,3
4	В пределах нормы	0,3-1,1
5	Выше нормы	1,1-2,0
6	Неудовлетворительно	2,0-3,7
7	Очень плохо	3,7+

В четвертый средний кластер вошли среднее и медианное значения показателя. Распределение медицинских организаций по выделенным кластерам представлено на рисунке 3.15. Больше всего организаций характеризуются средним качеством, а очень хорошее качество медицинской помощи наблюдается в большем числе организаций, чем хорошее, как это также отмечалось для всех случаев смерти на дому.

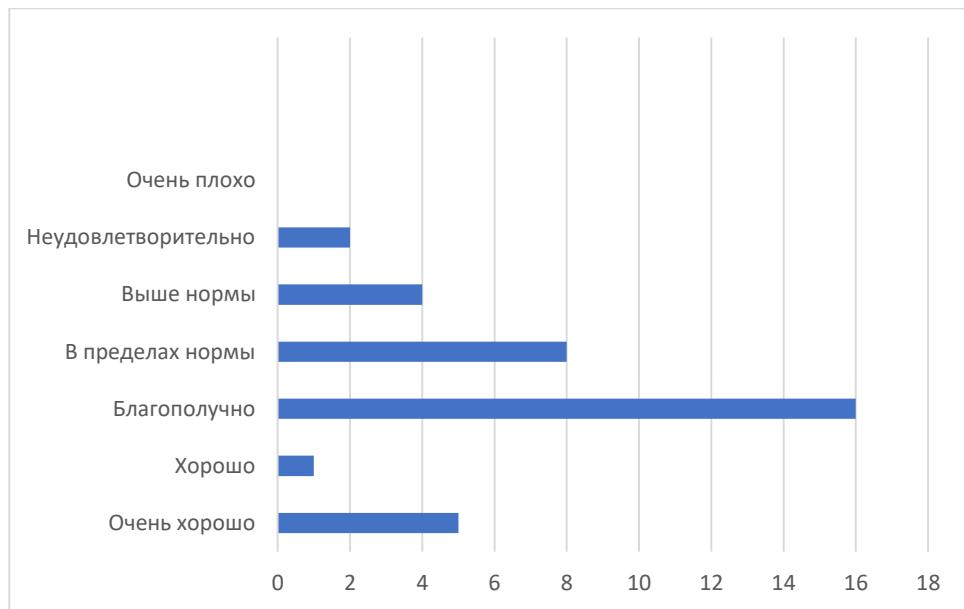


Рисунок 3.15. Распределение медицинских организаций по кластерам, характеризующимся разной частотой смерти от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет [55].

В распределении медицинских организаций внутри их разных групп по кластерам, характеризующимся разной частотой преждевременной смерти от инсульта и инфаркта миокарда, в отличие от кластеров, характеризующихся разной частотой смерти на дому лиц трудоспособного возраста [55], прослеживаются закономерности изменения анализируемой структуры (рис. 3.16.) [53, 55]. Таким образом, что с ростом доступности и качества медицинской помощи границы «нормы» расширяются, диапазон средних значений сдвигается ниже. Также можно сделать заключение, что при этом число исходных диапазонов уменьшается, поскольку диапазоны неблагополучия практически срастаются в один.

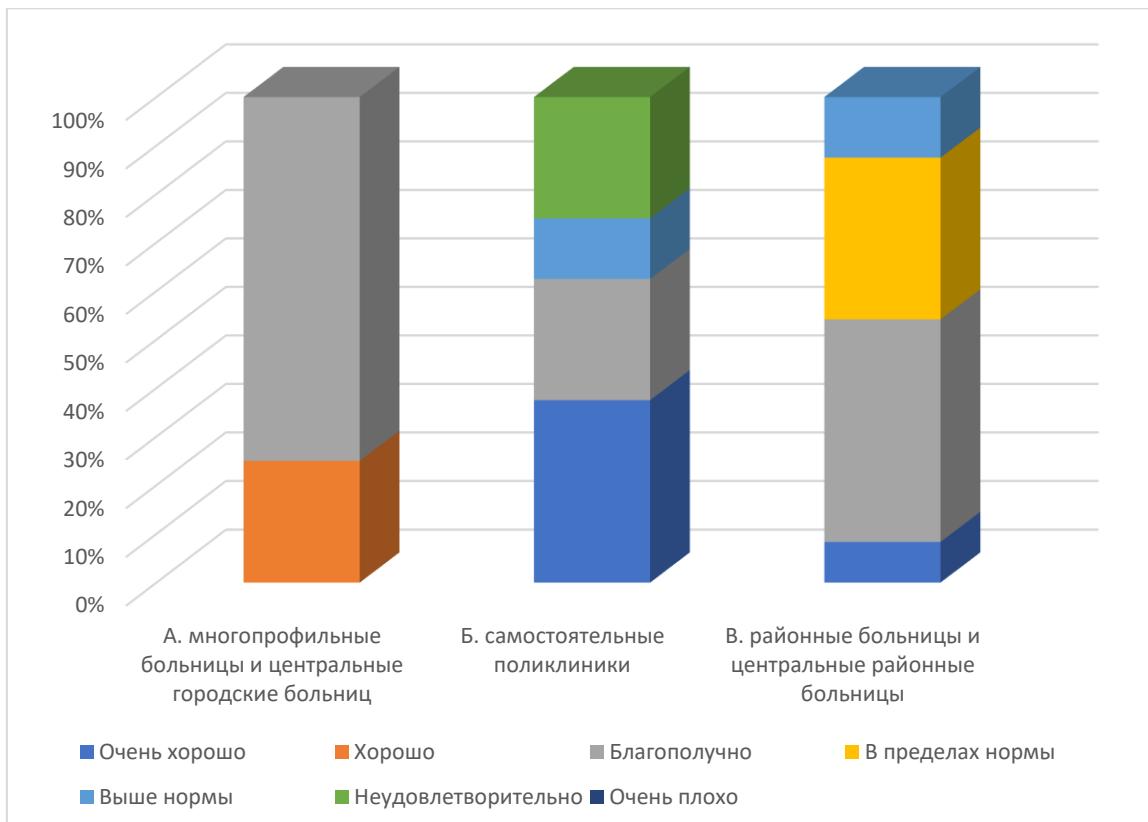


Рисунок 3.16. Распределение медицинских организаций внутри разных их групп по кластерам, характеризующимся разной частотой смерти от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет в Ставропольском крае

Для каждого кластера был задан балл пропорционально снижению данного показателя, начиная с нуля для очень плохого. С целью сопоставления расчетов для отсутствия случаев смерти от инсульта и инфаркта миокарда у лиц в возрасте до 65 лет, был задан балл 8, пропустив баллы 4 и 6 в последовательном ряду (табл. 3.5). Среднюю оценку величины на основе указанных баллов мы назвали «оценкой предотвращения преждевременной смерти от инсультов и инфарктов миокарда».

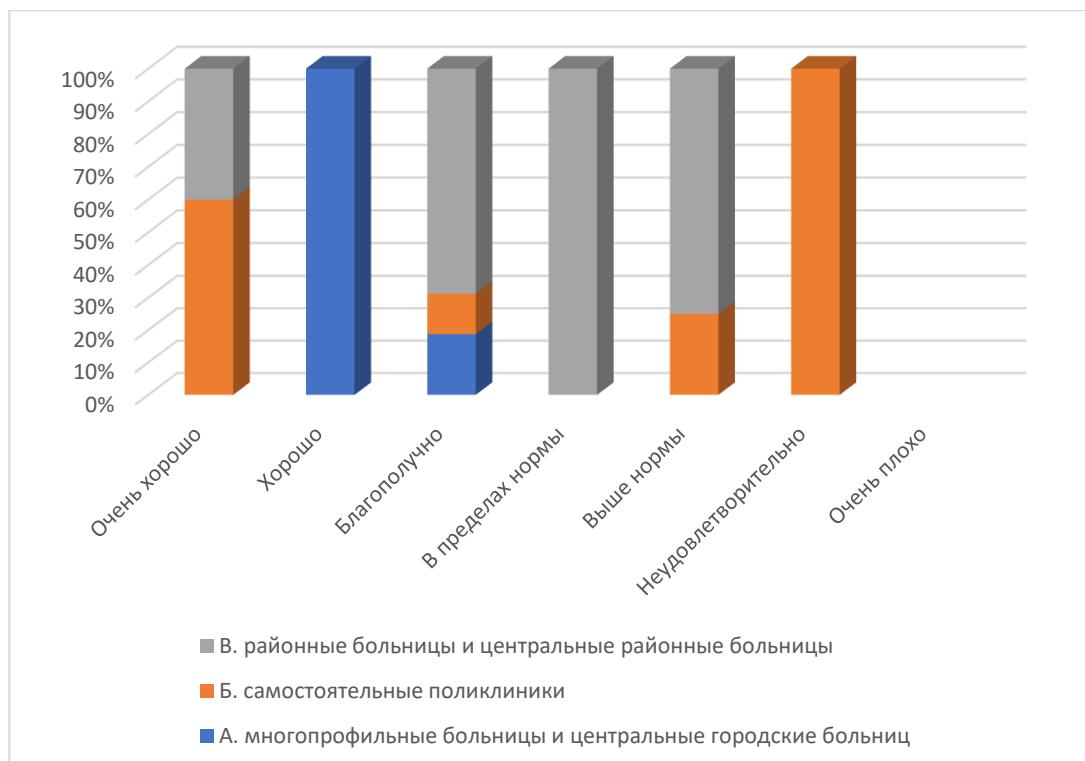


Рисунок 3.17. Распределение кластеров, характеризующихся разной частотой смерти от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, по группам медицинских организаций в Ставропольском крае

Таблица 3.5
Оценка «предотвращения преждевременной смерти от инсультов и инфарктов миокарда» в организациях разных групп [55].

Группы организаций		Оценка
Номер	Название	
1	многопрофильные больницы и центральные городские больницы, обслуживающие смешанное население	3,8
2	многопрофильные больницы и центральные городские больницы, обслуживающие взрослое население	4,6
3	самостоятельные поликлиники, обслуживающие смешанное население	4,8
4	самостоятельные поликлиники, обслуживающие взрослое население	5,0
5	районные больницы и центральные районные больницы, обслуживающие смешанное население	3,5
6	участковые больницы и врачебные амбулатории, обслуживающие смешанное население	4,4

Самостоятельные поликлиники, обслуживающие взрослое население, получили наивысшую «оценку предотвращения преждевременной смерти от инсультов и инфарктов миокарда». На предпоследнем месте после районных и центральных районных больниц, для которых получен наименьший средний бал, находятся многопрофильные больницы и центральные городские больницы, обслуживающие смешанное население, это касается и смертности на дому лиц трудоспособного возраста [55].

Заключение по главе

Индекс благополучия показателей медицинских организаций, как интегрального оценочного критерия, оказался разнонаправленным в результате комплексной оценки качества и доступности первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в медицинских организациях Ставропольского края в динамике за 2014-2020 гг., в том числе в период реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей ПМСП» и в период пандемии COVID-19 [55].

Во-первых, период 2014-2019гг. (до пандемии COVID-19) характеризуется выраженным положительным индексом благополучия показателей по всем МО, оказывающим ПМСП в целом и раздельно по группам МО, а также в разрезе перечня многомерных показателей (ресурсы кадровые; ресурсы материальные и информационные; профилактическая работа; процессы диагностики и лечения; результативность) [55].

Во-вторых, пандемия COVID-19, потребовала активного вовлечения первичного сектора здравоохранения, а порой перепрофилирования в оказание диагностической и лечебной помощи пациентам с COVID-19. Многопрофильные и городские больницы в это время в большей мере оказывали помощь пострадавшим от коронавирусной инфекции COVID-19 [55].

Следствием этого явились отрицательные трансформации в организации ПМСП, что проявилось в снижении обращаемости населения в амбулаторных

МО, в сокращении плановых диагностических мероприятий, диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в уменьшении профилактических мероприятий, в том числе по выявлению онкопатологии на ранних стадиях, туберкулёза и других заболеваний [55].

Все вышеописанные трансформации отразились в том, что были снижены средние значения индекса благополучия медицинских организаций при сравнении 2020 года к 2014 году в динамике. Однако в результате проведённого исследования было установлено, что снижение индекса благополучия медицинских организаций не было ярко выраженным. Именно сохранение принципов бережливого производства в работе первичного сектора здравоохранения в условиях пандемии COVID-19 не привело к снижению данного показателя [55].

Дальнейший мониторинг и оценка качества и доступности ПМСП в условиях развития постковидных патологических состояний и реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» [55], является целесообразным, о чем свидетельствуют полученные результаты [55].

ГЛАВА 4. ОЦЕНКА НАСЕЛЕНИЕМ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Удовлетворенность пациента — это основной индикатор работы отрасли здравоохранения. Учёт субъективности понятия удовлетворённости приходится учитывать не только объективные факторы объекта оценки (т.е. медицинской организации), но личностные параметры субъекта (т.е. пациента), которые к оцениваемому объекту никакого отношения не имеют (материальное благополучие пациента), или имеют весьма косвенное отношение (состояние здоровья пациента). Таким образом, для получения максимально объективной картины, связанной как непосредственно с влиянием состояния качества и доступности оказываемой медико-санитарной помощи населению, так и с динамикой её развития в результате мероприятий по внедрению принципов «Бережливого производства», были выполнены социологические исследования. Они были направлены на полное определение воздействия различных сторон деятельности медицинской организации на удовлетворённость населением полученной медицинской помощи и создание информационной платформы для формирования максимально релевантного медико-социального мониторинга этого процесса в будущем и распространения полученного опыта и на другие регионы Российской Федерации.

Представленные в главе научные результаты проведенного социологического исследования в Ставропольском крае опубликованы в научных публикациях [56, 59].

Всего было проведено три социологических исследования [56, 59], направленных на определение уровня информированности населения о Приоритетном проекте «Бережливая поликлиника» и отношению к ней, а

также оценка пациентами и ранжирование по 70 показателям деятельности МО; удовлетворённость населением состоянием и развитием системы здравоохранения Ставропольского края и России в целом, включая сравнение с аналогичными исследованиями, проводимыми в других регионах РФ; анализ влияния различных факторов (в первую очередь субъективной самооценки своего здоровья) на удовлетворённость населением полученной медицинской услуги [56] в разрезе различных видов получаемой помощи (ПМСП, консультации широких и узких специалистов, скорая помощь и т.д.).

Проведённые исследования позволили всесторонне проанализировать социальные последствия внедрения принципов «Бережливой поликлиники» в первичное звено здравоохранения Ставропольского края, выявить проблемные зоны, наметить пути корректировки мероприятий по дальнейшему развитию программы и разработать научную базу для дальнейшего медико-социологического мониторинга на постоянной основе.

4.1. Уровень информированности пациентов о проекте

Информированность населения о Приоритетном проекте «Бережливая поликлиника» оказывает существенное влияние на его отношение к системе здравоохранения Ставропольского края и в целом Российской Федерации., а также позволяет получать более взвешенную оценку проводимых реформ в данной области и иметь более заинтересованный отклик при проведении социологических исследований по определению уровня удовлетворённости качеством и доступностью полученной первичной медико-санитарной помощи.

Об информированности пациентов о проекте, проводимом в амбулаторных медицинских организациях и призванном повысить качество медицинской помощи, обеспечить сокращение непроизводственных затрат ресурсов на принципах организации бережливого производства сообщили следующее: «Подробно знакомы с проектом» - 42,1% респондентов, «Знали о проекте из СМИ» - 22,1% и «местной печати» - еще 3,6%, «Что-то слышали, но конкретно не знали» - 15,6%, «Узнали только при заполнении анкеты» -

11,9%. Таким образом, на момент опроса большинство респондентов было в разной степени информировано о содержании проекта. Исключение составили 27,5% опрошенных что-то слышавшие о проекте, а также узнавшие о нем только при анкетировании (Рисунок 4.1).

Анализ информированности жителей Ставрополя о проекте «Бережливая поликлиника» выявил некоторые гендерные различия. Среди женщин подробно знакомы с проектом 45,2%, тогда как этот показатель у мужчин составляет всего 29,5%. В целом же доля населения Ставропольского края в категории «Подробно знаком с проектом» лидирует, что говорит об эффективной работе по информированию населения [59].

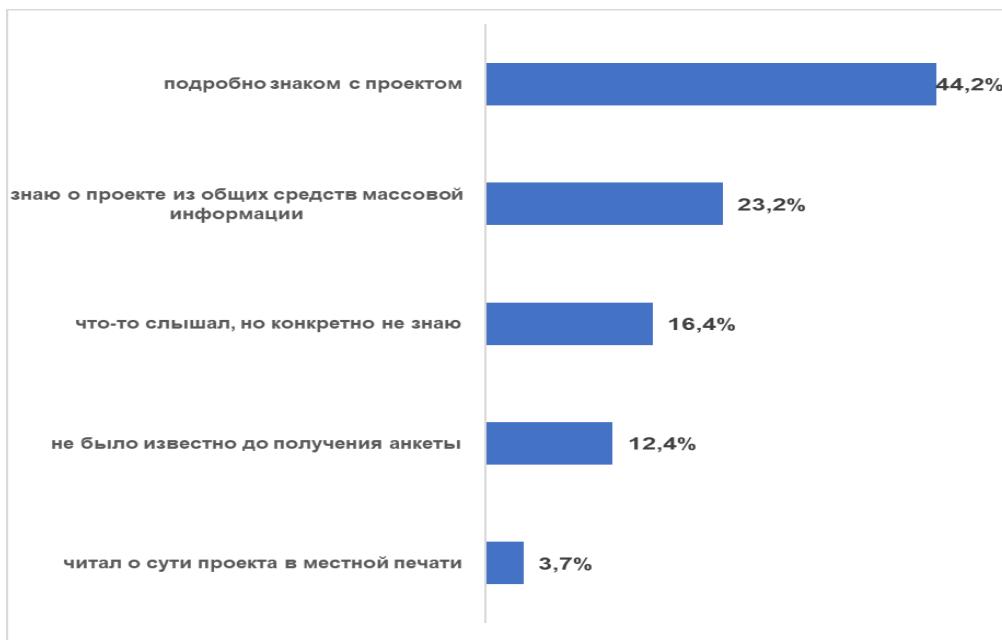


Рисунок 4.1. Информированность жителей Ставрополя о реализации в МО города федерального проекта «Бережливая поликлиника»

На втором месте в структуре той и другой групп в качестве источника информирования указаны «общие СМИ» и роль их в просвещении мужчин и женщин приблизительно одинакова (23,1% и 22,0% соответственно), «что-то слышали, но конкретно не знали» о проекте среди мужчин 20,9%, среди женщин 14,7% респондентов, «узнали о проекте только в результате заполнения анкеты» 15,4% мужчин и 11% женщин (Рисунок 4.2.). Роль местных средств информации в предоставлении знаний о проекте

незначительна, особенно среди женщин – 2,7%, в то время как частота использования этого источника мужчинами в 2,8 раза чаще. В целом, информированность о проекте у женщин ожидаемо оказалась выше, чем у мужчин и составила 69,9% против 60,5%. Также количество неинформированных женщин (одна четверть) ниже, чем мужчин (каждый третий).

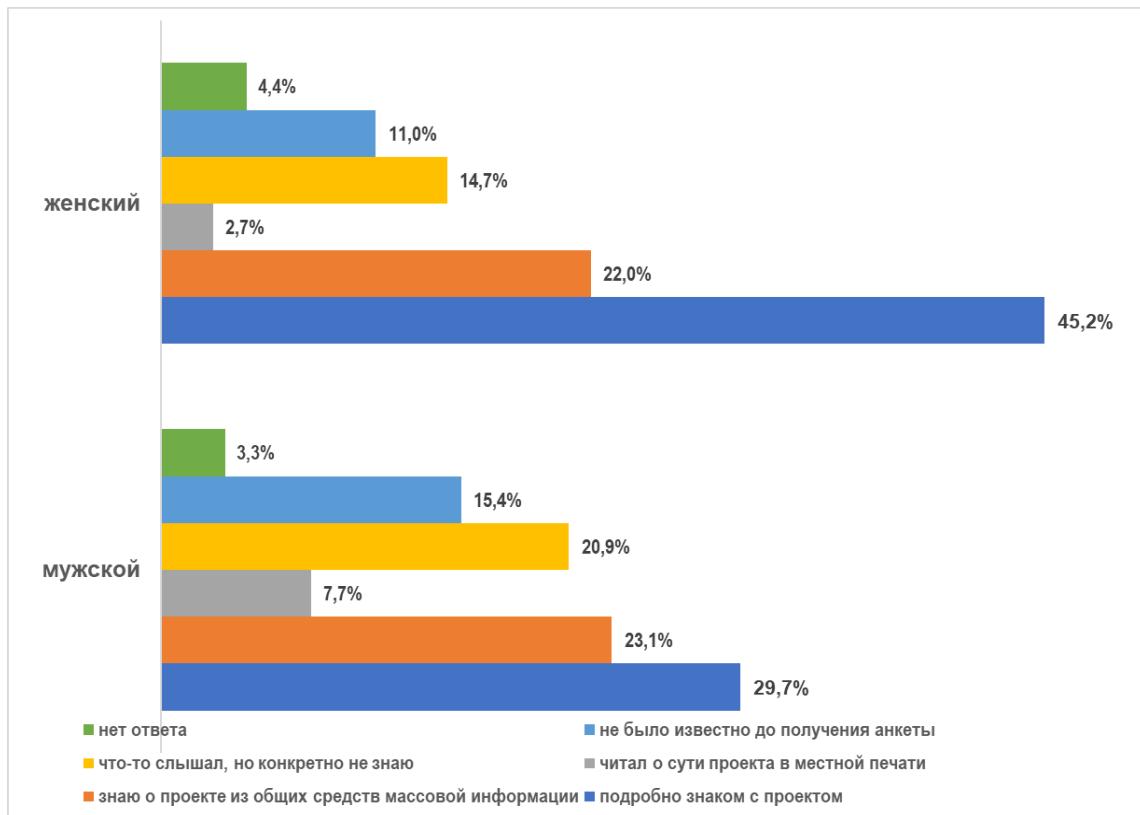


Рисунок 4.2. Информированность респондентов о проекте «Бережливая поликлиника» в различных гендерных группах

Наиболее информированной оказалась самая возрастная когорта - 60-69 лет (данные по группе лиц старше 70 лет ввиду незначительного числа респондентов находятся в пределах погрешности и не могут быть учтены) - 83,3% (в т.ч. «подробно знаком с проектом» - 50,0 % ответов, «знаю о проекте из общих СМИ» – 25,0%, «читал о проекте в местной печати» – 16,7%). Соответственно, в этой возрастной группе максимальное соотношение имевших представление о проекте до проведения анкетирования к числу узнавших о проекте в процессе проведения исследования – 5,0 раза (83,3:16,7). Знания опрашиваемых о проекте (%) зависели в некоторой степени от возраста

респондентов. Оказалось, что возрастная группа 60-69 лет оказалась наиболее информированной, она имела самый высокий показатель, оказавшись наиболее заинтересованной в реализации проекта, так как отношение имеющих представление о проекте и не имеющих составило 83,3% к 16,7%. Таким образом, количество информированных было в 5 раз больше тех, кто не был не информирован [59].

В остальных возрастных группах также превалировали лица, которые имели представление о проекте, по сравнению с теми, кто этой информацией не владел. Однако различным оказалось соотношение в возрастных группах тех пациентов, которые были проинформированы о проекте, тех, кто не знал о нем. Так, среди наиболее представленных групп 30-39- летних оно составило 74,9% : 22,1% или 3,4 раза, 50-59 летних 71,4% : 28,6% или 2,5 раза, в группе 20-29 летних 65,6% : 31,1% или 2,1 раза, 40-49 лет – 64,6% : 33,3% или 1,9 раза. В группе моложе 19 лет соотношение имеющих хоть какое-то представление превысило ничего не знающих в 2 раза (Таблица 4.1).

Таблица 4.1.
Уровень информированности о проекте «Бережливая поликлиника» в возрастных группах

Возрастные группы	подробно знаком с проектом	знаю о проекте из общих СМИ	читал о проекте в местной печати	что-то слышал, но конкретно не знаю	не было известно до получения анкеты	нет ответа
менее 19	0,0%	36,4%	0,0%	18,2%	0,0%	45,5%
20-29 лет	40,4%	21,2%	4,0%	19,2%	11,9%	3,3%
30-39 лет	47,9%	22,7%	4,3%	14,1%	8,0%	3,1%
40-49 лет	38,7%	23,7%	2,2%	15,1%	18,3%	2,2%
50-59 лет	45,2%	23,8%	2,4%	16,7%	11,9%	0,0%
60-69 лет	50,0%	25,0%	8,3%	0,0%	16,7%	0,0%
более 70	-	-	-	100,0%	0,0%	0,0%

4.2. Отношение жителей Ставрополя к проекту, проводимому в первичном звене здравоохранения, и оценка удовлетворенности жителей Ставрополя работой МО в условиях реализации проекта «Бережливая поликлиника.

На основании исследования было установлено, что жители Ставрополя в основном поддерживают проект «Бережливая поликлиника», который осуществляется в МО, возлагают на него надежды и ожидают улучшения медицинской помощи, что подтверждается позитивными ответами в 88,3% случаев. Негативное отношение к проекту как очередной кампании высказали только 7,1% всех опрошенных и воздержались от ответа 4,5% респондентов (Рисунок 4.3).

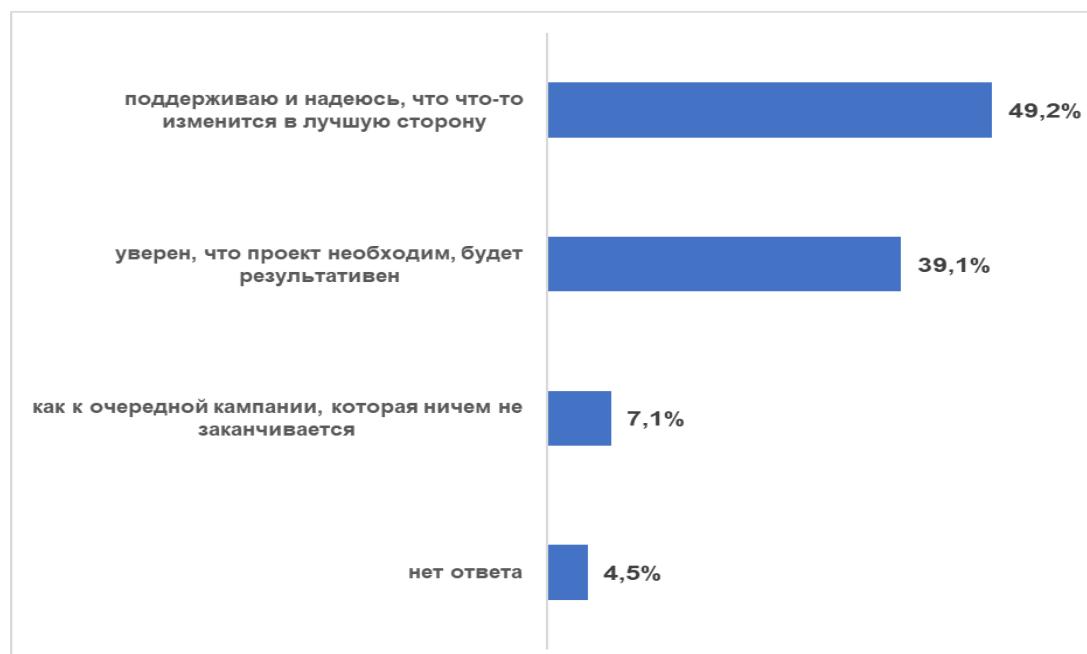


Рисунок 4.3Отношение жителей Ставрополя к проекту «Бережливая поликлиника» (%)

Оценка удовлетворенности медицинской помощью проводилась по комплексу показателей, структурированных в 6 блоков [59]. Анализ ответов респондентов проводился по количеству ответивших в процентном соотношении к числу опрошенных, использовался также расчётный метод, сравнение средневзвешенной оценки показателей удовлетворенности по пятибалльной шкале. Расчет производился как в целом – в качестве среднего показателя по всему объему полученных данных по каждому из исследуемых

показателей, так и в контексте каждого признака [59] и каждого из шести блоков. В результате использования такого метода все признаки в каждом блоке были отранжированы по значимости.

Каждому из направлений работы МО соответствовал определенный функциональный блок. Средние значения по каждому параметру сравнивались со средними данными по каждому из блоков или в целом по всему массиву данных. Таким образом определялись «зоны» низкой удовлетворенности пациентов работой МО [59]. «Область» наиболее высокой удовлетворенности была установлена таким же способом [59].

Усреднённый показатель удовлетворенности пациентов медицинской помощью в целом по всем направлениям составил 4,669 баллов. При этом средние ранговые оценки в баллах по каждому из них имели значения от минимального 4,588 (для блока «Условия пребывания пациента в МО») до максимального 4,739 (для блока «Отношение медицинского персонала к проблемам пациентов») и представлены на Рисунке 4.4. [59].



Рисунок 4.4. Средние показатели рангов удовлетворенности пациентов медицинской помощью по всем блокам анкеты (по отдельным направлениям) [59].

На ранговых местах выше среднего находятся такие Блоки, как «Отношение медицинского персонала к пациентам», «Оценка результативности полученной помощи», «Организация работы МО». Блоки: «Оценка состояния и деятельности МО», «Доступность медицинской помощи», «Условия пребывания пациентов в МО» имеют ранг удовлетворенности ниже среднего значения [59].

A. «Отношение медицинского персонала к проблемам пациентов»

Первый блок «Отношение медицинского персонала к проблемам пациентов» [59] включает 10 информативных показателей, которые с помощью расчета средних были проранжированы в соответствии с показателями удовлетворенности пациентов, которые отражены на Рисунке 4.5.



Рисунок 4.5. Ранжирование показателей удовлетворенности по блоку, характеризующему отношение к пациентам в МО (оценка в баллах).

Структуризация используемых в исследовании параметров деятельности МО в целях оценки уровней удовлетворенности населения по каждому из них показало, что шесть параметров могут быть отнесены к вопросам взаимодействия пациентов и персонала на принципах этики и включают информирование пациентов и родственников, внимательное отношение к просьбам, пожеланиям, проблемам пациента, его психологическому состоянию. Остальные четыре признака отражают оценку параметров, проявляющихся во взаимодействии персонала с пациентами, но относящихся к характеристике трудовых аспектов медицинского персонала, в выполнении им функциональных обязанностей, наличии заинтересованности в результатах труда, обеспечении культуры обслуживания и доверия к врачу.

Наиболее высокие оценки работы у показателей «Отношение персонала к проблемам пациентов» (91,4%), «Отношение к пациентам среднего медицинского персонала» - 90,5%, «Внимание персонала к просьбам и пожеланиям пациентов» - 89,3% высоких оценок. Относительно меньшие показатели удовлетворенности пациентов обусловлены общением персонала с родственниками - 86,0% высоких и хороших оценок, недостаточным вниманием к психологическому состоянию пациентов (87,9% отличных и высоких оценок) [59], а также предоставлением необходимого объема информации (88,5% удовлетворенности).

Что касается оценки пациентами труда персонала, то показатели удовлетворенности по всем параметрам приближаются к 90% и статистически значимых различий между ними не выявлено.

Б. «Результативность полученной медицинской помощи»

Второй блок - «Эффективность (результативность) полученной медицинской помощи» оценивался пациентами по параметрам, характеризующим изменения в состоянии здоровья, реализации ожиданий, связанных с медицинской помощью и лекарственным обеспечением [59], а также на основании оценки профилактической работы МО и решения социальных проблем [59].

По средней оценке удовлетворенности пациентов результативностью медицинской помощи приоритет отдан решению конкретной проблемы пациента, связанной со здоровьем, а также улучшению состояния здоровья и позитивным изменениям в самочувствии. Наименьший средний показатель удовлетворенности пациентов связан с лекарственным обеспечением, социальной, а также правовой и психологической помощью, с тем, что реально полученная медицинская помощь не соответствовала их ожиданиям. Все показатели в соответствии со своими рангами показаны на Рисунке 4.6.



Рисунок 4.6. Оценка удовлетворенности пациентов результативностью медицинской помощи (средний балл).

Для этой группы признаков также характерным является высокий показатель удовлетворенности пациентов, находящийся в пределах 80,9 - 89,1%, в результате частота удовлетворительных оценок составила от 1,2 до 2,8%, плохих оценок 0,2 - 1,6% при 8,9 - 15% отказавшихся от ответа.

B. «Организация работы медицинской организации»

Третий блок - «Организация работы медицинской организации», включает 16 параметров, отражающих различные виды организации работы МО первичного звена здравоохранения. Средний балл в целом по третьему

блоку составил 4,684. Оценки в баллах, полученные по исследуемым параметрам, а также их ранговые места показаны на рисунке 4.7.

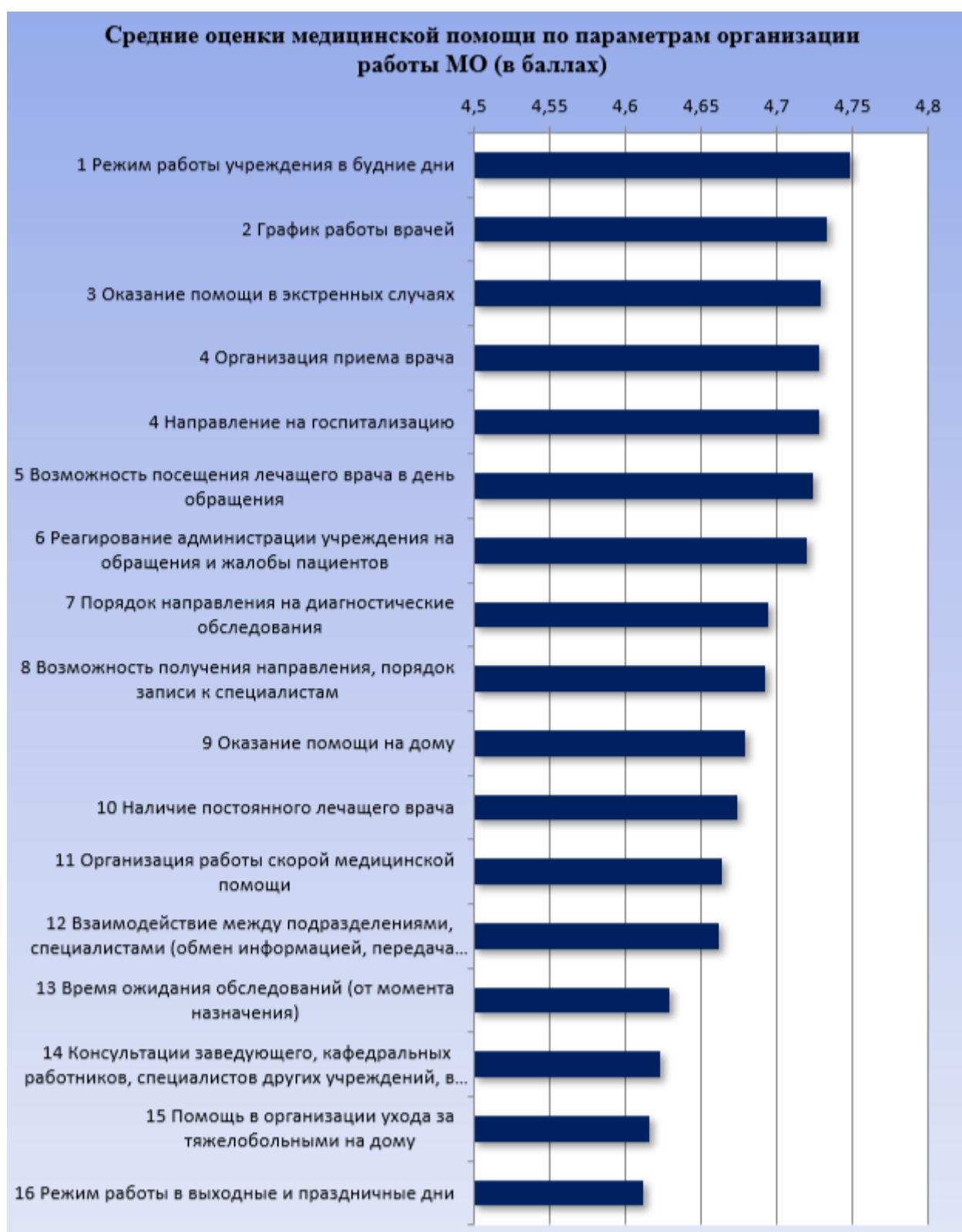


Рисунок 4.7. Средние оценки медицинской помощи по параметрам организации работы МО (в баллах)

Судя по представленному перечню параметров, характеризующих организацию работы медицинского учреждения, наиболее благоприятно, с точки зрения пациентов, решены следующие вопросы: «режим работы учреждения в будние дни», «график работы врачей», «оказание помощи в экстренных случаях», «организация приема врача», «возможность посещения лечащего врача в день обращения».

Пациентами были даны низшие оценки по следующим параметрам: «режим работы в выходные и праздничные дни», «помощь в организации ухода за тяжелобольными на дому», «консультации заведующего, кафедральных работников, специалистов других учреждений, в т.ч. юристов» [59], «время ожидания обследований (от момента назначения)», «взаимодействие между подразделениями, специалистами (обмен информацией, передача амбулаторных карт и т.д.)» [59].

Анализ удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью как суммы отличных и хороших оценок позволил получить количественные характеристики удовлетворенности в соответствии с установленными признаками, которые по блоку составили от 80,0% до 89,5% при значительном превалировании отличных оценок (от 57,7% до 69,7%). На долю хороших оценок приходилось 18,2% до 27,3%. удовлетворительных – от 1,4%, до 3%, плохих – от 0,2%, до 1,0%.

Г. «Обеспеченность МО ресурсами и качественные параметры работы».

Средняя балльная оценка по четвёртому блоку составила 4,654. Ранжирование параметров по величине средних балльных оценок позволило выявить параметры с наивысшей удовлетворенностью пациентов и отличающиеся самыми низкими показателями. К группе с наиболее высокими средними оценками удовлетворенности относятся: «качество медикаментозного лечения», «профессионализм врачей», «организация работы персонала (четкость, оперативность, слаженность)» [59], «качество

лечения (без осложнений, ухудшений)», «работа по формированию здорового образа жизни и профилактике вредных привычек» [59].

Следующие параметры получили более низкие оценки и заняли ранговые места в конце списка: «обеспеченность МО лекарственными и фармпрепаратами», «диапазон предоставляемых услуг», «обеспеченность врачами», «техническая оснащенность МО» (Рисунок 4.8.) [59].

Обеспеченность МО ресурсами и качественные параметры работы оцениваются пациентами достаточно высоко (свыше 80% отличных и хороших оценок) при низком показателе удовлетворительных и плохих оценок. Самая высокая отличная оценка поставлена профессионализму врачей (67,4%), самая высокая хорошая – диапазону предоставляемых услуг. Обеспеченность лекарственными препаратами и техническая оснащенность получили наиболее высокую частоту удовлетворительных оценок, а обеспеченность врачами – плохие оценки с большей частотой, чем остальные параметры.

Средние балльные оценки удовлетворенности по группе параметров, характеризующих обеспеченность МО ресурсами и качественные параметры работы

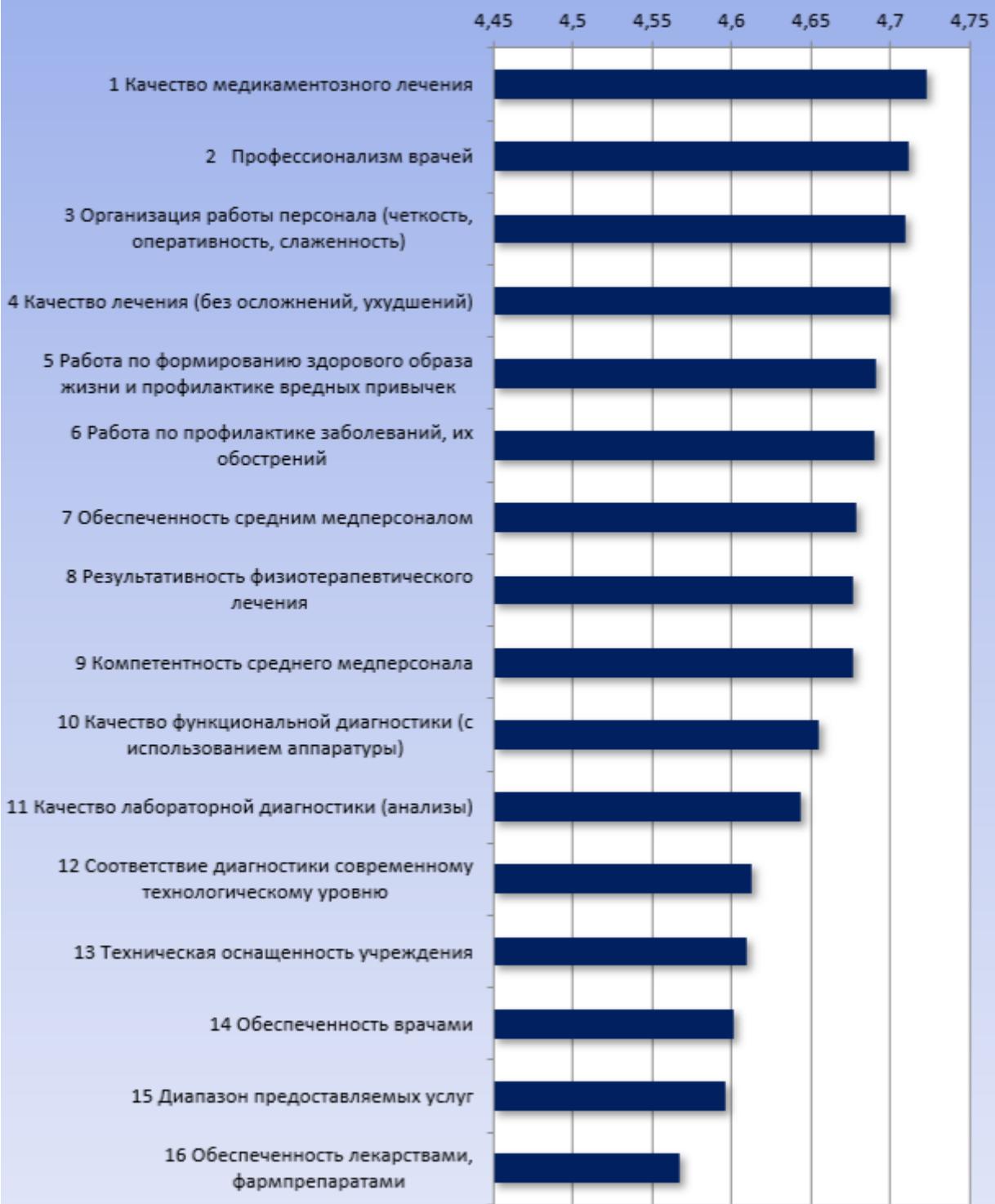


Рисунок 4.8. Средние балльные оценки удовлетворенности по группе параметров, характеризующих обеспеченность МО ресурсами и качественные параметры работы (в баллах) [59].

Д. «Доступность медицинской помощи».

Пятый блок - «Доступность медицинской помощи» оценивался пациентами по 13 параметрам. Средний оценочный балл по блоку составил 4,654.

Ранжирование параметров удовлетворенности пациентов позволило выделить те из них, которые получили наиболее высокие балльные оценки и заняли первые ранговые места – «право свободного обращения к врачам – специалистам», «организация предварительной записи на прием к врачу» [59], «порядок получения больничного листа» [59].

Наиболее низкие показатели удовлетворенности имели место при вынужденности нелегальных доплат с целью стимулирования персонала, навязывании медицинским персоналом платных услуг, наличия ограниченных возможностей для приобретения лекарственных препаратов (Рисунок 4.9).

Доказательством достаточно высокой удовлетворенности пациентов является приоритет отличных и хороших оценок по всем параметрам, на долю которых в большинстве случаев приходится свыше 88% ответов. Вместе с тем, доступность лекарств, физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, массажа оценена существенно ниже (73,3% и 78,6% соответственно). Менее всего пациенты удовлетворены необходимостью дополнительной оплаты труда и материального стимулирования персонала, доля отличных и хороших оценок незначительно превысила 55%. Довольно высоко распространены среди опрашиваемого контингента низкие оценки удовлетворенности (7,7% и 8,9% соответственно), которые связаны с вынужденными платежами.



Рисунок 4.9. Балльная оценка удовлетворенности пациентов доступностью медицинской помощи. Оценка в баллах

E. «Условия пребывания пациента в МО».

Шестой блок - «Условия пребывания пациента в МО» оценивались пациентами по следующим параметрам [59]: соблюдение персоналом санитарно-гигиенических норм, наличие комфортных условий при ожидании приема, достаточность пространства, оптимальность микроклимата, обеспечение порядка на территории МО, оптимальность работы технических средств.

Расчет средних значений показателей удовлетворенности по каждому из рассматриваемых параметров позволил выявить те из них, которые получили

наивысшие оценки пациентов (заняли первые три ранговых места в перечне параметров). Первое ранговое место отведено соблюдению персоналом индивидуальных санитарно-гигиенических норм, второе место принадлежало состоянию территории вокруг учреждения, третье – освещенности помещений. При этом наибольшие нарекания поступили в адрес наличия и работы лифтов, достаточности имеющегося пространства и микроклимата, комфортности условий ожидания приемов (Рисунок 4.10).



Рисунок 4.10. Оценка удовлетворенности пациентов условиями пребывания в МО (в баллах).

Отличные оценки в наибольшем числе случаев получило соблюдение персоналом норм индивидуальной гигиены (мытье рук, использование перчаток, одноразового инструмента, бумажных пеленок и т.п.). Хорошие оценки удовлетворенности пациентов в большей степени имели место по параметру наличия площадей и оценке микроклимата кабинетов, обеспечению

комфортных условий ожидания приема, а также эстетики помещений. Несмотря на высокие оценки параметров для них также свойственны и самые высокие показатели удовлетворительных оценок, в частности площадей МО и микроклимата кабинетов, условий ожидания очереди на прием, обеспечения санитарно-гигиенических условий в МО.

4.3. Области высокой и низкой удовлетворенности пациентов работой МО

Наибольший уровень удовлетворенности по мнению пациентов [59], в первую очередь, касается таких параметров, как «отношение к пациентам среднего медперсонала», «решение конкретных проблем, связанных со здоровьем», «изменения в состоянии здоровья» и «изменения в самочувствии». Также важной была организация работы персонала - право свободного обращения к врачу-специалисту, предварительная запись на приём, режим работы в будние дни. (Таблица 4.2) [59].

Таблица 4.2.
Виды деятельности МО, определяющие наиболее высокие уровни удовлетворенности пациентов [59]

Параметры оценки	Оценка в баллах	Ранг
Отношение к пациентам среднего медицинского персонала	4,957	1
Решение конкретной проблемы, связанной со здоровьем	4,818	2
Изменения в состоянии здоровья	4,785	3
Изменение в самочувствии	4,778	4
Право свободного обращения к врачу - специалисту (невропатологу, окулисту, ЛОР и др.)	4,771	5
Предварительная запись на прием к врачу	4,756	6
Режим работы учреждения в будние дни	4,748	7
Добросовестное выполнение функциональных обязанностей	4,745	8
Культура обслуживания	4,743	9
Соблюдение персоналом, гигиенических, норм (мытье рук до проведения процедуры, пользование перчатками, одноразовым инструментарием, бумажными пеленками и т.п.)	4,741	10

Порядок получение больничного листа	4,741	10
График работы врачей	4,733	11
Оказание помощи в экстренных случаях	4,729	12
Качество медикаментозного лечения	4,723	13
Профессионализм врачей	4,712	14
Организация работы персонала (четкость, оперативность, слаженность)	4,710	15
Состояние территории вокруг учреждения	4,703	16
Освещенность помещений	4,698	17

Примечание: составлено автором. Данные опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Францева В.О., Danaev A.B., Михайлов А.Ю. Оценка пациентами качества медицинской помощи в медицинских организациях первичного звена здравоохранения г. Ставрополя. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022 [59]; 68(1):6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1340/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-1-6»

Благодаря исследованию [59] по удовлетворенности пациентов медицинской помощью были определены показатели деятельности МО с наименьшей степенью потребительской ценности и сформированы в рамках проекта «Бережливая поликлиника» проблемные зоны, которые требуют пристального внимания [59].

Основой причины наиболее низких оценок в исследуемом перечне параметров были определенные финансовые взаимоотношения с медицинским персоналом (1, 3 ранговые места). Техническое состояние зданий МО (работа лифтов, достаточность площадей, оптимальность микроклимата, наличие комфортных условий при ожидании приема) и обеспеченность лекарственными препаратами также оказали влияние на невысокие оценки [59].

Согласно мнению пациентов, для повышения результативности деятельности МО требуется расширение перечня оказываемых медицинских услуг, следует повышение заинтересованности персонала в результатах работы, совершенствование консультативной помощи, увеличение эффективности диспансеризации, усиление социальной поддержки, а также

усиление внимания к пациентам [59], состоянию их здоровья, проблемам (Таблица 4.3).

Полученные в результате исследования оценки удовлетворенности подтверждают накопленные за длительное время проблемы в МО первичного сектора, что наглядно показано в Таблице 4.3.

Таблица 4.3.

Перечень проблемных показателей деятельности МО, нуждающихся в коррекции (в баллах) [59].

Параметры оценки	Оценка	Ранг
Вынужденность нелегальных доплат, стимулирования персонала	4,220	1
Наличие и работа лифтов	4,227	2
Навязывание платных услуг	4,248	3
Площадь, микроклимат, кабинетов	4,462	4
Условия ожидания очереди на прием, процедуру (достаточность необходимой мебели, свобода пространства, воздух)	4,496	5
Реализация ожиданий, связанных с лекарственным обеспечением	4,539	6
Получение консультации по вопросам социального обеспечения, психологического состояния, правовому аспекту и пр	4,561	7
Возможность приобретения лекарств	4,584	8
Обеспеченность лекарствами, фармпрепаратами	4,567	9
Диапазон предоставляемых услуг	4,596	10
Обеспеченность врачами	4,601	11
Режим работы в выходные и праздничные дни	4,612	12
Помощь в организации ухода за тяжелобольными на дому	4,616	13
Консультации заведующего, кафедральных работников, специалистов других учреждений, в т.ч. юристов	4,623	14
Внимание к психологическому состоянию пациентов	4,659	15
Внимание к просьбам и пожеланиям пациентов	4,690	16
Реализация ожиданий, связанных с медицинской помощью	4,712	17
Заинтересованность персонала в результатах работы	4,714	18

Примечание: составлено автором. Данные опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Францева В.О., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Оценка

пациентами качества медицинской помощи в медицинских организациях первичного звена здравоохранения г. Ставрополя. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022 [59]; 68(1):6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1340/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-1-6»

4.4. Удовлетворённость населением Ставропольского края полученными медицинскими услугами в 2020 году (второе исследование).

4.4.1. Особенности медицинского обслуживания жителей Ставрополя

В целях получения сравнимых данных, полученных на территории Ставропольского края с общероссийскими показателями в 2020 году, было проведено исследование среди 537 человек (96 мужчин и 441 женщин).

Структура полученной медицинской помощи отражена в таблице 4.4. Как видно, 78,4 % опрошенных лиц получали различные виды медицинской помощи, 19,9% в медицинские организации и к частнопрактикующим специалистам не обращались, 1,7% затруднились ответить на этот вопрос.

Таблица 4.4.

**Виды медицинской помощи, полученной респондентами
(количество ответов)**

Виды медицинской помощи	Абсолютное число	На 100 опрошенных
В медицинские учреждения не обращался	107	19,9
Посещал врача в амбулаторно-поликлиническом учреждении	314	74,6
Вызывал скорую медицинскую помощь	36	8,5
Лечился в больнице	84	19,9
Получил помощь в межрайонном центре	-	-
Получил помощь в медицинском центре (крупной больнице) регионального,	20	4,7

межрегионального, федерального уровня			
Посещал центр здоровья	15		3,6
Обращался в частный кабинет, частную клинику	59		14,0
Обращался к знахарям, экстрасенсам и т.п. специалистам	2		0,5
Затрудняюсь ответить	9	1,7	
Всего	646		125,8

Говоря о необходимости получения медицинской помощи в течение года, предусматривали возможность обращения за различными двумя или тремя видами помощи, что привело к учету обращений на 100 опрошенных. В среднем на 100 человек, обращавшихся за получением медицинской помощи, приходилось 125,8 обращений [45, 59, 78].

Более 74,5% респондентов (341 человек) из тех, которые получали медицинскую помощь (421 человек) в течение последнего года получали медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях по месту жительства, лечились в стационаре 19,9% опрошенных, в частных медицинских учреждениях 14,0%. Роль остальных видов помощи существенно менее значима. На другие типы медицинских учреждений в сумме приходилось 17,3 ответов в расчете на 100 опрошенных. Таким образом, личный опыт взаимодействия с современной системой оказания медицинской помощи в городе приобретался респондентами преимущественно в первичном звене здравоохранения. Мужчины достоверно чаще, чем женщины, не обращались за медицинской помощью, но чаще получали стационарную и высокотехнологичную помощь в медицинских центрах различного уровня. Женщины более часто обращались к врачам МО по месту жительства, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, а также - в платные кабинеты и частные клиники (Рисунок 4.11).



Рисунок 4.11. Виды медицинской помощи, получаемой мужчинами и женщинами на протяжении последнего года (количество ответов на 100 опрошенных).

Возраст также оказывал влияние на частоту обращения населения города в различные МО. Каждый пятый среди лиц до 50 лет не обращался за медицинской помощью. В группе 50 лет и старше на их долю приходилось только 8,1%.

4.4.2. Удовлетворенность жителей Ставрополя состоянием и развитием здравоохранения.

Результаты второго проведённого в 2020 году исследования по степени удовлетворённости населением Ставропольского края полученной медицинской услуги в абсолютных и относительных показателях отражены в Таблице 4.5 и на Рисунке 4.12.

Таблица 4.5.
Удовлетворённость полученной медицинской услугой. В Ставропольском крае в 2020 году.

		количество, чел			количество, %		
		все	муж	жен	все	муж	жен
1	В полной мере	287	46	241	53,4%	47,9%	54,6%
2	Скорее удовлетворен	157	32	125	29,2%	33,3%	28,3%
3	Ни то ни другое	33	7	26	6,1%	7,3%	5,9%

	Больше не удовлетворён	14	2	12	2,6%	2,1%	2,7%
4	Полностью не удовлетворен	9	4	5	1,7%	4,2%	1,1%
5	Нет ответа	37	5	32	6,9%	5,2%	7,3%
	ИТОГО	537	96	441	100%	100%	100%

Как видно из диаграммы большая часть населения высказала положительную оценку полученной медицинской помощью – 81,2 % у мужчин и 82,9% у женщин. Неудовлетворительные оценки у мужчин выше, чем у женщин и составляют 6,3% и 3,8% соответственно, но в обоих случаях значительно ниже, чем по результатам опроса в 2017 году (20,3% и 19,8% соответственно).

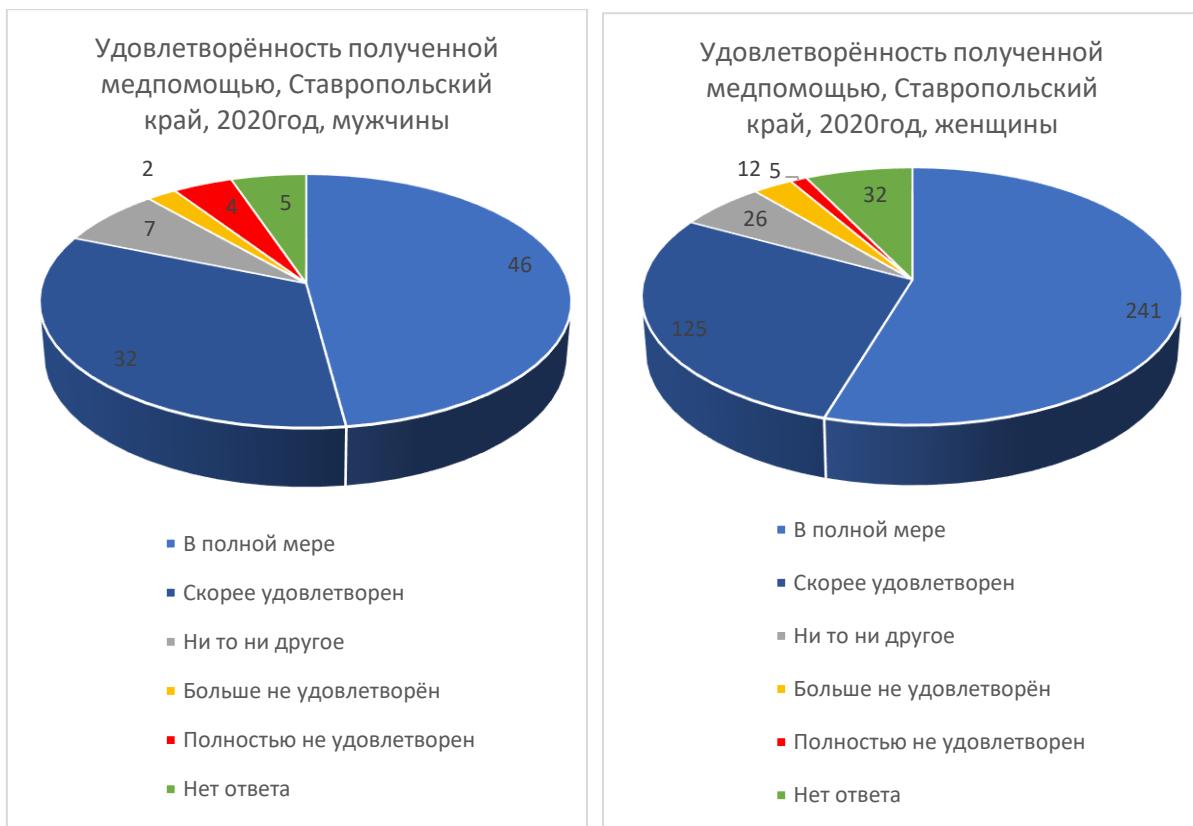


Рисунок 4.12. Удовлетворённость населением Ставропольского края полученной медицинской услугой в 2020г.

С учётом более существенного несоответствия структуры опрошенного в Ставропольском крае населения в 2020 году половозрастной структуре

населения края была проведена корректировка полученных данных. Результаты представлены на Рисунке 4.13.

Полученные данные у мужчин почти точно соответствуют скорректированным с точностью 3%, тогда как скорректированные данные у женщин отличаются от относительных данных опроса более существенно. Основные изменения связаны с уменьшением оценки «Полностью удовлетворён» на 11% и увеличением оценки «Скорее удовлетворён» на 12%. При этом совокупное значение положительных оценок практически не изменилось 83% и 84% соответственно. Остальные изменения в результате корректировки не существенны.

Сравнительные данные по скорректированным значениям удовлетворённости полученной медицинской помощью среди мужского и женского населения Ставропольского края отражены на Рисунке 4.13. Как и в 2017 году женские оценки чуть более консервативны, чем мужские, которые отличаются большей долей полярных значений. В целом половые различия на наш взгляд не носят существенного значения.

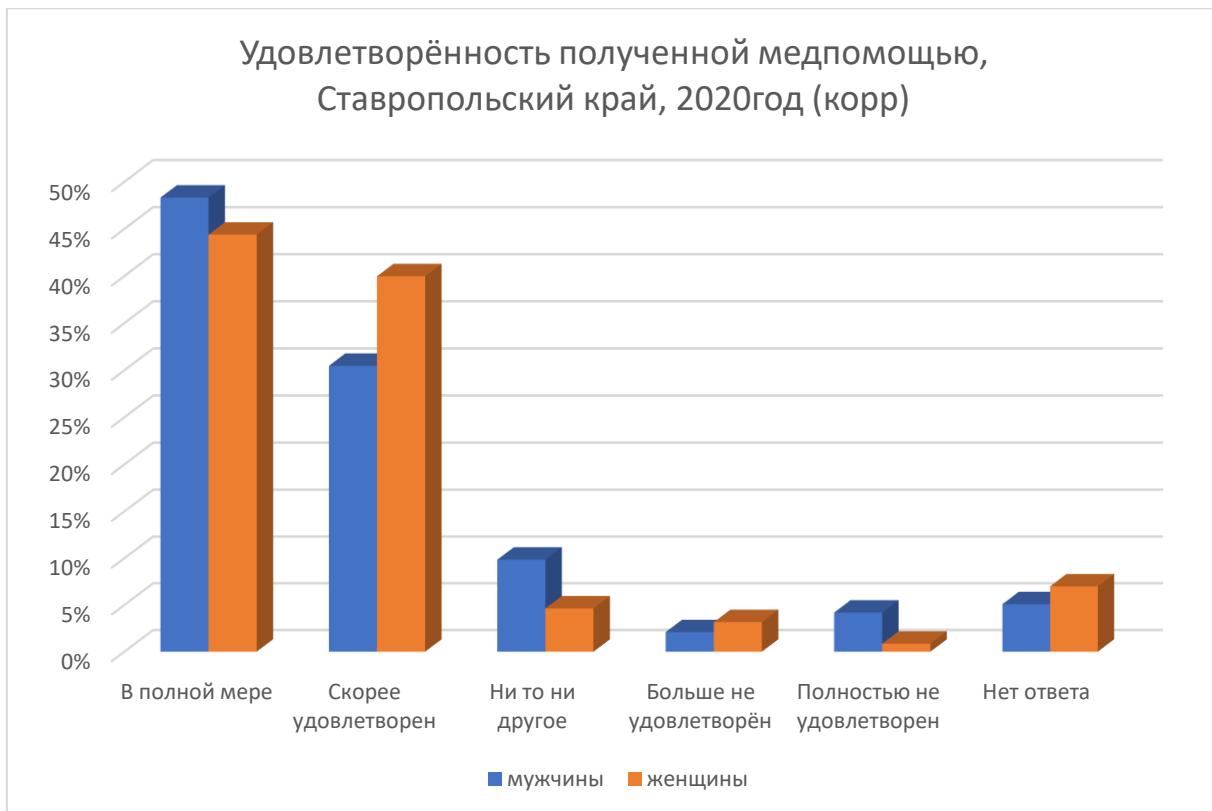


Рисунок 4.13. Скорректированные значения удовлетворённости полученной медпомощью в Ставропольском крае, 2020год

Уровень удовлетворенности жителей Ставрополя медицинской помощью составил 82,6% (в полной мере - 53,4%, больше удовлетворен, чем не удовлетворен – 29,2%). Не удовлетворены в разной степени 4,3% опрошенных при удовлетворительной оценке в 6,1% случаев.

Высокая степень удовлетворенности помощью, полученной в медицинских организациях Ставрополя, сочетается с более низкими оценками удовлетворенности состоянием здравоохранения края, страны в целом – 55,8% положительных оценок, 35,4% -удовлетворительных и 3,8% - плохих оценок (Таблица 4.6).

Таблица 4.6.
Удовлетворенность населения медицинской помощью на различных уровнях оказания.

Содержание вопроса	Положительная оценка		Средняя		Низкая		Нет ответа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Насколько Вы были удовлетворены	444	82,6	33	6,1	23	4,3	37	6,9

полученной медицинской помощью								
Как Вы в целом оцениваете состояние здравоохранения в Ставропольском крае, стране	300	55,8	190	35,4	20	3,8	27	5,0

Возможно, позитивную роль в оценке удовлетворенности играет личный опыт респондентов и их впечатления от работы первичного звена здравоохранении, в то время как оценка состояния здравоохранения в крае и стране формируется в основном на основании средств массовой информации, часто изобилующих негативной информацией.

4.4.3. Удовлетворенность жителей Ставрополя переменами, происходящими в состоянии медицинской помощи

Существенную роль в оценке удовлетворенности играет не только статическое состояние системы на момент проведения исследования, но также ее возможности к динамическому развитию, оцениваемые с позиции улучшения медицинского обслуживания пациентов. Положительная оценка процессов улучшения находится в диапазоне 55% - 67,1% и существенно превалирует над средними (1,3% - 1,7%) и низкими оценками (1,3% -3,5%) (Таблица 4.7).

Таблица 4.7.

Удовлетворенность жителей Ставрополя переменами, происходящими в состоянии медицинской помощи (% к числу ответивших) Оценка изменений, произошедших в работе медицинских учреждений за последние 3-5 лет в плане повышения их результативности

Показатель	Положительная		Средняя		Низкая		Нет ответа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Доступность первичной врачебной помощи	360	67,1	9	1,7	12	2,2	156	29,0
Возможность получения помощи специалистов – невропатолога, окулиста, и др.	345	64,2	7	1,3	10	1,9	175	32,6

Получение помощи кардиолога, эндокринолога, ортопеда, и др. узких специалистов	312	58,1	8	1,5	16	3,0	201	37,4
Получение профилактической помощи	321	59,8	9	1,7	10	1,8	197	36,7
Возможности диагностического обследования	311	57,9	9	1,7	13		204	38,0
Оказание помощи на дому	331	61,7	8		11		187	34,8
Доступность и работа скорой медицинской помощи	314	58,5	9	1,7	18		196	36,5
Получение направления на стационарное лечение	317	59,0	11	2,0	11		198	37,0
Возможность получения высокотехнологичной помощи	295	55,0	9	1,7	1,7		214	39,8
Организация работы медицинских учреждений	305	56,8	12	2,2	2,2		213	39,7
Качество медицинской помощи	323	60,2	11	2,0	9		194	36,1
Отношение персонала к пациентам	331	61,6	8	1,7	1,5		191	35,6
Санитарно-гигиенические условия и комфортность пребывания в МО	317	59,0	9	2,0	9		202	37,6

Наиболее высоко оценены результаты улучшения медицинской помощи в первичном звене здравоохранения: рейтинговый список пяти наиболее высоких и пяти наиболее низких результатов улучшения медицинской помощи показан в таблице 4.8.

Таблица 4.8.
Рейтинговые оценки удовлетворенности жителей Ставрополя динамикой улучшения медицинского обслуживания пациентов.

Параметры	Ранг	Параметры	Ранг
Доступность первичной врачебной помощи (участкового)	1	Возможность получения высокотехнологичной помощи	12

врача, врача общей практики)		(высококвалифицированной помощи в медицинских центрах)	
Возможность получения помощи специалистов первичного звена	2	Получение помощи кардиолога, эндокринолога, ортопеда, и др. узких специалистов	11
Оказание помощи на дому	3	. Возможности для диагностического обследования	10
Отношение персонала к пациентам	4	Доступность и работа скорой медицинской помощи	9
Качество медицинской помощи	5	Организация работы медицинских учреждений (запись на прием, очереди в поликлиниках, длительность пребывания в приемных покоях стационаров, консультативной помощи специалистов)	8

Были оценены высоко такие параметры, как доступность первичной врачебной помощи, помощи специалистов первичного звена, оказание помощи на дому, отношение персонала к пациентам, качество медицинской помощи. При этом фиксировалась низкие показатели удовлетворенности организации ПМСП, которые выражалась в «записи на прием», «длительностью пребывания в приемных отделениях», «ожиданием консультативной помощи» [45, 59, 78].

4.4.4. Проблемы и сложности в получении медицинской помощи в МО г. Ставрополя.

Менеджмент медицинских организаций и в целом отрасли здравоохранения должен пациент-ориентировано решать возникающие проблемы, чтобы в дальнейшем не сталкиваться с ними. Важно отметить, что при опросе получен высокий показатель отсутствия проблем и сложностей в получении помощи, составивший 61,8%. Роль остальных факторов оценивается в пределах от 1,7% до 6,1% (Таблица 4.9)

Таблица 4.9.

Состав и ранжирование имеющихся проблем в получении медицинской помощи в Ставрополе,

	Количество ответов	%	Ранг
Все было в порядке, никаких сложностей не было	406	61,8	-
Отсутствие необходимого врача в поликлинике	14	2,1	8
Сложность в записи на прием к лечащему врачу	22	3,3	4
Ограничения в диагностических исследованиях	40	6,1	2
Сложности с выпиской льготных лекарств у врача	11	1,7	9
Отсутствие лекарственных средств, выписываемых по льготным рецептам	24	3,6	3
Формальное отношение персонала к пациенту	11	1,7	9
Низкая эффективность лечения	14	2,1	7
Необходимость оплачивать дополнительные исследования, расходные материалы и пр.	55	8,4	1
Отказ или длительное ожидание госпитализации	13	2,0	8
Длительное ожидание скорой помощи и неполучение помощи в ожидаемом объеме	21	3,2	5
Невнимательное отношение персонала к просьбам и обращениям пациентов	15	2,3	6
Другое	11	1,7	9

Среди проблем, с которыми наиболее часто сталкиваются жители Ставрополя, выделяются: необходимость оплачивать дополнительные исследования, расходные материалы и пр., а также ограничения в диагностическом обследовании, невозможность получить лекарственные средства, выписываемые по льготным рецептам, по причине их отсутствия, проблемы с записью на прием к лечащему врачу, долгое ожидание скорой медицинской помощи и отсутствие помощи в нужном объеме - т.е. те

хронические недочеты формирующие стереотипы об отрасли здравоохранения и оказывают существенное влияние на оценку удовлетворенности населения [59].

4.4.5. Сравнительный анализ изменений в удовлетворённости населением полученными медицинскими услугами до и после проведения мероприятий по созданию и тиражированию «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» на территории Ставропольского края в 2020 году

Сравнительный анализ результатов второго социологического исследования проведенного в Ставропольском крае в 2020 гг. осуществлялся с аналогичным исследованием в девяти регионах Российской Федерации (Московская, Псковская, Новосибирская, Иркутская и Томская области, Республики Татарстан, Марий Эл, Башкирия, Бурятия) [58] в 2017 году среди 1457 человек (929 женщин и 528 мужчин) в возрасте от 18 и старше лет. Из них 651 человек (454 женщины и 197 мужчин) получали первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП) в фельдшерско-амбулаторных пунктах (далее – ФАП) или в амбулаторно-поликлинических учреждениях (далее АПУ, совместно - МО ПМСП).

Сравнительные данные (скорректированные относительные значения) по опросам в 2017 году и 2020 году отражены на Диаграммах на Рисунках 4.14 и 4.15 для мужчин и женщин соответственно.

Как видно из Диаграммы на рисунке 4.14 количество максимальных положительных оценок («Полностью удовлетворен») у мужчин увеличилось почти в два раза – с 26% до 48 %, а общее количество негативных оценок уменьшилось более чем в три раза – с 20% до 6%. Аналогичная картина у женщин. Двукратное (с 22% до 44%) увеличение превосходных оценок («Полностью удовлетворён») и более чем пятикратное уменьшение совокупного количества негативных отзывов – с 21% до 4%. Эти данные позволяют сделать уверенные выводы о положительных сдвигах оценки

населением Ставропольского края качеством полученных медицинских услуг за период с 2017 по 2020 годы после проведения мероприятий по созданию и тиражированию «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» на территории Ставропольского края **в 2020 году.**



Рисунок 4.14. Сравнение уровня удовлетворённости полученной медицинской услугой в 2017 и 2020 гг., мужчины.



Рисунок 4.15. Сравнение уровня удовлетворённости полученной медицинской услугой в 2017 и 2020 гг., женщины

4.5. Анализ влияния различных факторов на удовлетворённость пациентами полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края.

Для оценки формирования медико-социологического мониторинга деятельности медицинской организации необходимо определить не только качественную, но и по возможности количественную зависимость влияния на удовлетворённость пациентами полученной медицинской помощи факторов, от медицинской организации независящих, в том числе:

- возраст пациента;
- оценка пациентом своего материального положения;
- самооценка состояния своего здоровья;
- ответственность пациента о собственном здоровье.

В 2020 г. на территории Ставропольского края осуществлено социологическое исследование. Всего было опрошено 2170 респондентов, из которых 59% (1274 респондента) составили женщины и 41% (896 респондентов) – мужчины. Большинство (58%) опрошенных (1249 респондентов) находятся в возрасте от 30 до 59 лет [56].

Около половины участвовавших в опросе респондентов (48%, 1033 человека) обращались за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения. Приблизительно равное число пациентов – 463 и 476 респондентов соответственно прибегли к услугам скорой медицинской помощи или стационарам местного уровня. Примерно такое же количество человек (459) воспользовались медицинскими услугами. Места обращения за медицинской помощью отражены на Рисунке 4.16. [56]



Рисунок 4.16. Место обращения за медицинской помощью.

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022 [56]; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9»

4.5.1. Удовлетворённость полученной медицинской помощью.

Один из основных показателей эффективности работы органов государственной власти, согласно авторам статьи, «удовлетворённость населением полученной той или иной государственной услуги на всех уровнях». Это актуально, безусловно, и для системы здравоохранения [56], в том числе на региональном уровне.

Неудовлетворёнными полученной медицинской помощью оказалось 376 человек (17% опрошенных), что более, чем в три раза меньше в той или иной степени удовлетворённых (1151 человек или 53 %опрошенных). Результаты данного параметра отражены на Рисунке 4.17. Также был более глубоко была проанализирована степень удовлетворённости полученной медицинской

помощью во взаимосвязи с иными показателями исследования. В частности, было изучено влияние самооценки респондентами своего здоровья на удовлетворённость полученными ими медицинскими услугами в амбулаторно-поликлинических учреждениях [56].



Рисунок 4.17. Удовлетворённость населением полученной медицинской помощью в медицинских организациях, осуществляющих ПМСП [56].

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

4.5.2. Влияние самооценки здоровья на удовлетворённость полученной медицинской помощи.

Самооценка собственного здоровья носит субъективный характер, на который в свою очередь влияют различные показатели, не связанные с системой здравоохранения вообще. Это, в частности, материальное положение опрашиваемых, их пол и возраст, но она оказывает большое влияние на оценку качества и удовлетворённость полученными медицинскими услугами. В действительности это значит, что удовлетворённость пациента во многом

обусловлена не объективным качеством оказанной медицинской услуги, а факторами, на которые система здравоохранения влиять не может. Таким образом, для получения сравнимых результатов (например, до и после внедрения тех или иных организационных технологий) необходимо приведение полученных результатов в сопоставимый вид.

Исходя из Рисунка 4.18. 57% опрошенных (1240 респондентов) в целом положительно – хорошо или отлично - оценивают своё здоровье. Гораздо меньше - 40% (877 опрошенных) оценивают его негативно – средне или плохо. В дальнейшем мы проведём более глубокий анализ этого показателя [56].

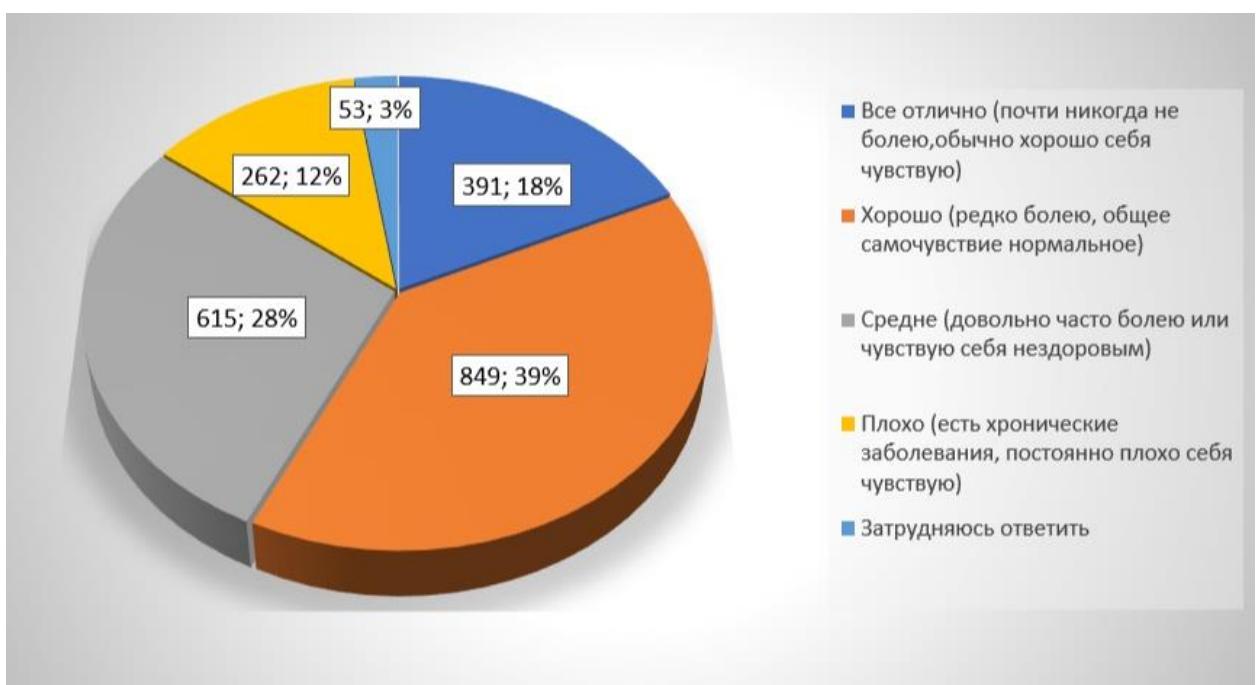


Рисунок 4.18. Самооценка состояния своего здоровья респондентов.

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

Анализ ответов различных по состоянию здоровья когорт респондентов [56] показал, что оценка пациентами качества оказываемых медицинских услуг в меньшей степени зависит от объективных показателей,

характеризующих деятельность ЛПУ, нежели от самооценки состояния здоровья.

Так, например, количество тех, кто посетил амбулаторно-поликлинические учреждения и настроен наиболее радикально (как в сторону положительной оценки изменений, так и отрицательной), оказалось с точностью до погрешности одинаковым (79 и 78 респондентов из 1033 соответственно). Рисунок 4.19. отражает принципиальное различие в структуре обеих групп, если говорить о самооценке состояния здоровья – очень негативно оценивают перемены люди с низкой самооценкой своего здоровья и наоборот. Всего лишь два процента лиц с плохой самооценкой своего здоровья видят улучшения в работе МО, тогда как среди лиц с хорошей самооценкой таких 17%.

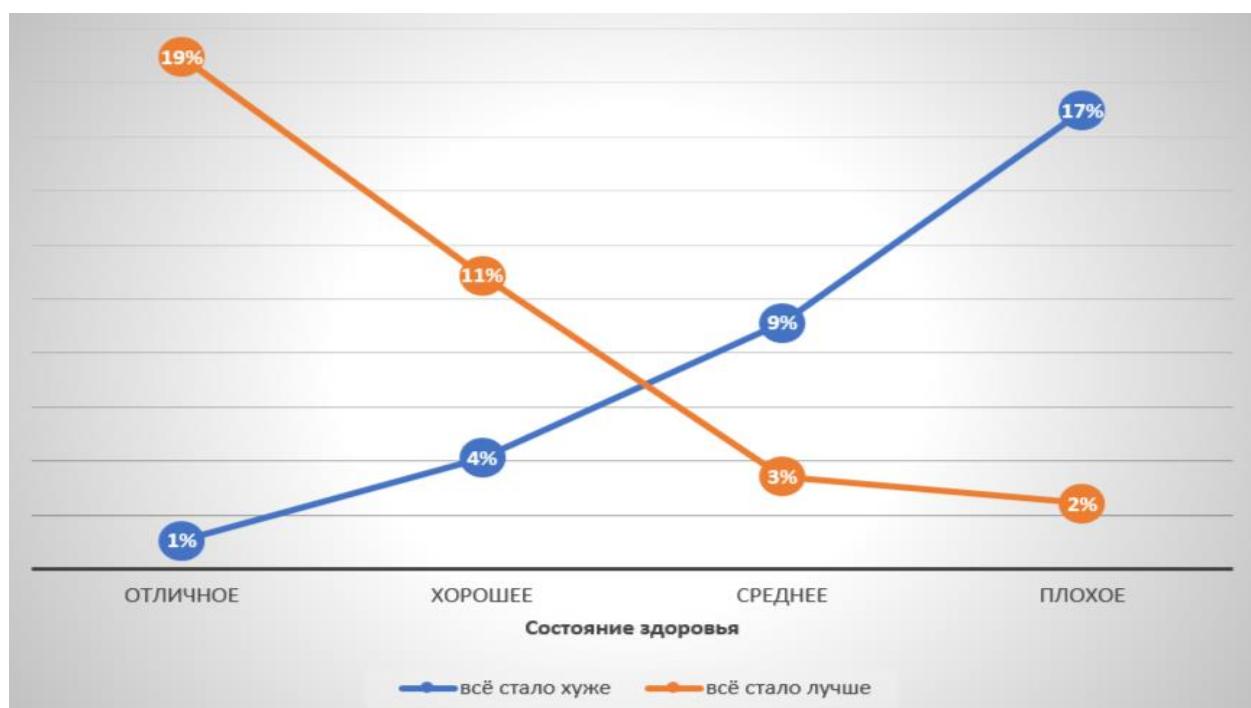


Рисунок 4.19. Доля лиц, высказавших полярные в зависимости от самооценки состояния своего здоровья.

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

Согласно выводам исследования [56], объективные показатели работы медучреждения в меньшей степени влияют на «...общую удовлетворённость от полученной медицинской помощи», которая в большей степени зависит от субъективной оценки состояния собственного здоровья. Показатели пациентов Ставропольского края, посетивших амбулаторно-поликлинические учреждения, распределённые в зависимости от самооценки состояния здоровья, отражены в Таблице 4.10. Из неё следует, что число пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений с положительной самооценкой своего здоровья («хорошее» или «отличное» здоровье) примерно соответствует количеству респондентов лиц, отрицательно оценивающих состояние своего здоровья («среднее» или «плохое») - 509 человек или 49 % и 516 человек или 50% соответственно [56].

Таблица 4.10.
Удовлетворённость полученной медицинской помощью групп с различной самооценкой состояния здоровья [56].

Состояние здоровья	В т.ч.	Удовлетворённость полученной медпомощью						
		Всего	ПМСП	Полн	Скорее удовл	Ни то, ни сё	Скорее неуд	Неуд
Отлично	391	95	48	28	11	6	0	2
Хорошо	849	414	91	176	92	39	14	2
Средне	615	351	26	94	129	77	21	4
Плохо	262	165	8	26	51	50	28	2
Затрудняюсь ответить	53	8	4	2		1		1
	2170	1033	177	326	283	173	63	11

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

В то же время для каждой из групп характерна различная структура удовлетворённости полученной первичной медицинской помощью. Эти данные относительных показателей отражены в Таблице 4.11. [56]

Таблица 4.11.

Структура удовлетворённости полученной медицинской помощью по каждой группе самооценки здоровья опрошенных [56].

	Удовлетворённость полученной медпомощью						Итого
	Полн	Скорее удовл	Средне	Скорее неудовл	Неудовл	Не знаю	
Отлично	51%	29%	12%	6%	0%	2%	100%
Хорошо	22%	43%	22%	9%	3%	0%	100%
Средне	7%	27%	37%	22%	6%	1%	100%
Плохо	5%	16%	31%	30%	17%	1%	100%
Затрудн яюсь ответить	50%	25%	0%	13%	0%	13%	100%

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

Проведённые исследования показали, что доля удовлетворенных медицинской помощью пациентов, которые оценили состояние своего здоровья как плохое, в десять раз (!) меньше, чем представлено в данных Таблицы 4.11, доля лиц с отличным состоянием здоровья - 5% против 51%. Интересно, что среди лиц с плохой самооценкой своего здоровья недовольных почти половина (47% опрошенных с оценкой удовлетворённости «неудовлетворительно» или «скорее неудовлетворительно»), тогда как среди «здоровых» таких всего 6%. Среди лиц со средним состоянием здоровья максимальная доля (37%) оценила полученные медицинские услуги «средне». Лица же, оценивающие своё здоровье как хорошее по большей части (43%), также хорошо оценили («скорее удовлетворены») и полученную медицинскую услугу [56].

A. Доступность фельдшерской и первичной врачебной помощи.

В исследовании была также отражена зависимость оценки пациентами доступности фельдшерской и первичной врачебной помощи (участкового

врача, врача общей практики) от самооценки их состояния здоровья. В результате анализа данных была отмечена отчетливая положительная корреляция самооценки здоровья опрошенных и положительной/отрицательной динамики этого показателя. И у тех, кто не обращался в медицинские организации амбулаторно-поликлинического профиля, эта зависимость также выявляется [56].

Анализ результатов социологического опроса убедительно показал, что респонденты при положительной оценке ими своего здоровья лучше воспринимают изменения, связанные с доступностью первичной медико-санитарной помощью в Ставропольском крае [56].

На Рисунке 4.20 отражены результаты исследования по параметру «Доступность фельдшерской и первичной врачебной помощи (участкового врача, врача общей практики)» [56] с точки зрения показателя самооценки состояния своего здоровья среди посетителей амбулаторно-поликлинических учреждений (амбулатории, поликлинике по месту жительства) Ставропольского края [56].

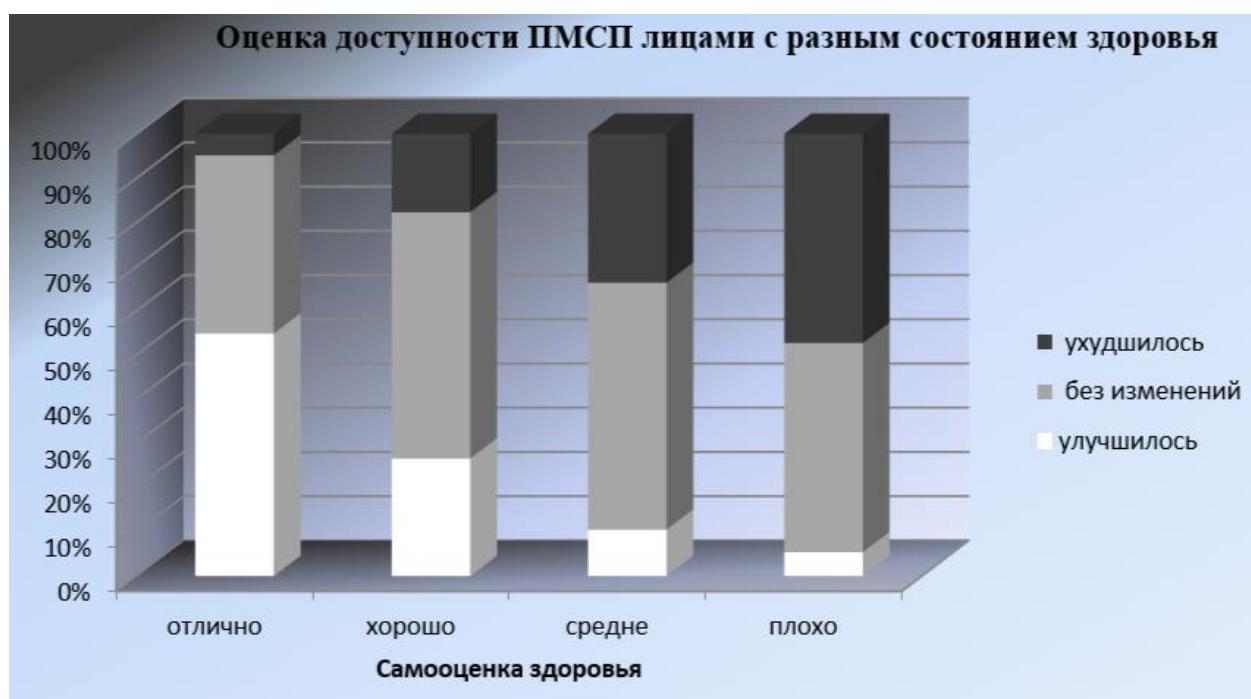


Рисунок 4.20. Оценка доступности фельдшерской и первичной врачебной помощи посетителями, дифференцированными по самооценке своего здоровья [56].

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

Б. Возможность получения помощи специалистов.

В результате проведённого опроса была выявлена парадоксальная оценка населением возможности получения помощи наиболее востребованных специалистов - окулиста, хирурга, невропатолога, оториноларинголога, акушера-гинеколога [56] и других. Известно, что лицам с плохим состоянием здоровья более доступно получение специализированной врачебной помощи, нежели более здоровым пациентам. Однако в этом случае также оказалось, что чем хуже оценивали состояние своего здоровья респонденты, тем более негативно они отзывались об изменениях по возможности получения помощи специалистов. Самооценка здоровья опрошенных снова напрямую повлияла на положительную/отрицательную оценку динамики этого параметра [56].

Результаты по структуре оценки изменения доступности получения помощи специалистов (невропатолога, окулиста, оториноларинголога, хирурга, акушер-гинеколога) посетителей амбулаторно-поликлинических учреждений (амбулатории, поликлиника по месту жительства) [56] в разрезе групп самооценки здоровья представлены в Таблице 4.12. [56].

Таблица 4.12.
Изменения в доступности специалистов дифференцированные по самооценке состояния своего здоровья [56].

Самооценка состояния здоровья	Доступность специалистов				ИТОГО
	Стало лучше	Без изменений	Стало хуже	Без оценки	
Отлично	39	21	10	25	95
Хорошо	105	161	71	77	414

Средне	36	161	120	34	351
Плохо	10	62	79	14	165
Затрудняюсь ответить	1	3	2	2	8
ИТОГО	191	408	282	152	1033

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

Структура по параметру показателя самооценки состояния здоровья оценки респондентами изменения доступности оказания помощи специалистами представлена на Рисунке 4.21.

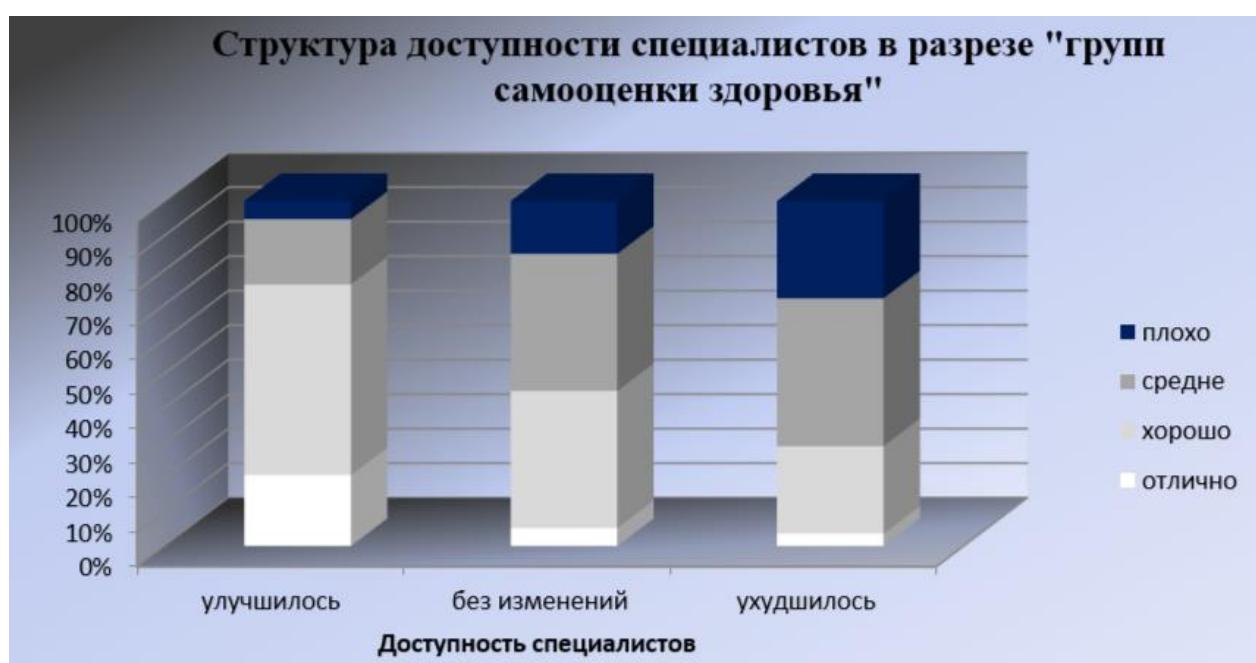


Рисунок 4.21. Структура по группам самооценки здоровья показателя изменения доступности получения помощи специалистов (%) [56].

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

В. Доступность и работа скорой медицинской помощи.

Как показал проведённый социологический опрос, из 2170 человек услугами Скорой медицинской помощи пользовались чуть более одной пятой (21% или 461 человек) опрошенных. Из них 18% (82 респондента) отметили улучшения в работе службы, а 26% (122 человека) считают, что доступность и работа скорой медицинской помощи за последние годы ухудшилась



Рисунок 4.22. Доля представителей различных групп самооценки здоровья, обращавшихся в скорую медицинскую помощь [56].

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

Доля представителей различных групп самооценки здоровья обращавшихся в скорую медицинскую помощь представлена на диаграмме на Рисунке 4.22. Полученные данные свидетельствуют о двойном негативно направленном влияющем факторе – приведенная в таблице доля лиц, оценивающих свое состояние здоровья как плохое, по рассматриваемому параметру максимально высокая, при том, что именно эта группа негативно

воспринимает любые элементы системы здравоохранения. Таким образом, не стоит приходить к однозначному выводу об ухудшении работы скорой медицинской помощи за рассматриваемый период. При построении модели, корректирующей только фактор увеличения частоты получения услуг скорой медицинской помощи лицами из категории плохой самооценки своего здоровья [56], число довольных и недовольных изменениями практически выравнивается (число довольных даже немного опережает - 27% против 25% опрошенных).

Структура по параметру показателя самооценки состояния здоровья оценки респондентами изменения доступности скорой медицинской помощи представлена на диаграмме на Рисунке 4.23.

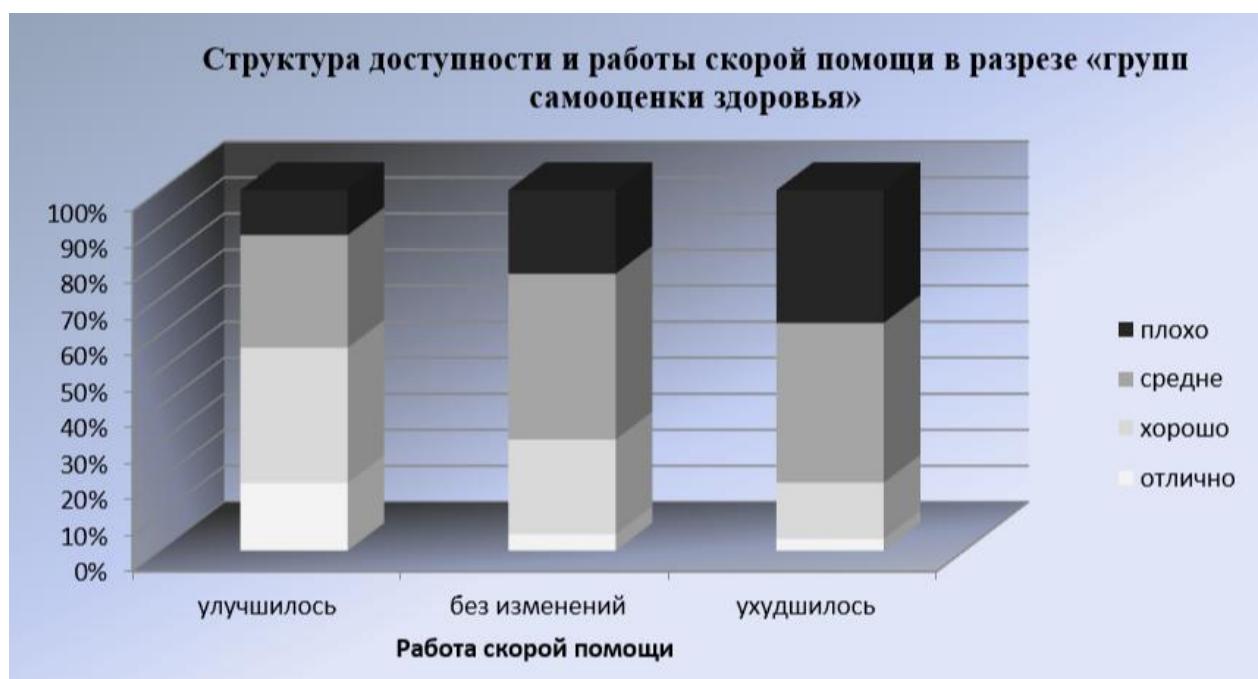


Рисунок 4.23. Структура доступности и работы скорой помощи в разрезе показателя самооценки своего здоровья [56].

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

4.5.3. Взаимосвязь самооценки материального благополучия респондентов и самооценки ими состояния своего здоровья

Так как, согласно исследованиям, самооценка состояния собственного здоровья оказывает значительное влияние на показатели удовлетворённости населением доступностью и качеством получаемых медицинских услуг [56], но для независимого заключения, было проанализировано влияние уровня доходов на показатель самооценки здоровья.

Оказалось, что существует соотношение между самооценкой собственного здоровья и самооценкой собственного материального состояния [56].

Структура различных групп дифференцированных по уровню доходов в разрезе самооценки состояний для всех значимых ответов (2082 респондентов) здоровья представлена на диаграмме [56] на Рисунке 4.24. Большинство (69 % опрошенных) считают своё здоровье хорошим (838) или средним (607). При этом, как видно из диаграммы подавляющее большинство респондентов с отличным и хорошим состоянием здоровья находится в группах с «очень хорошим» или «хорошим» уровнем доходов. Лица со средней и плохой самооценкой своего здоровья составляют большинство в группах с «плохим» и «очень плохим» уровнем материального благополучия.

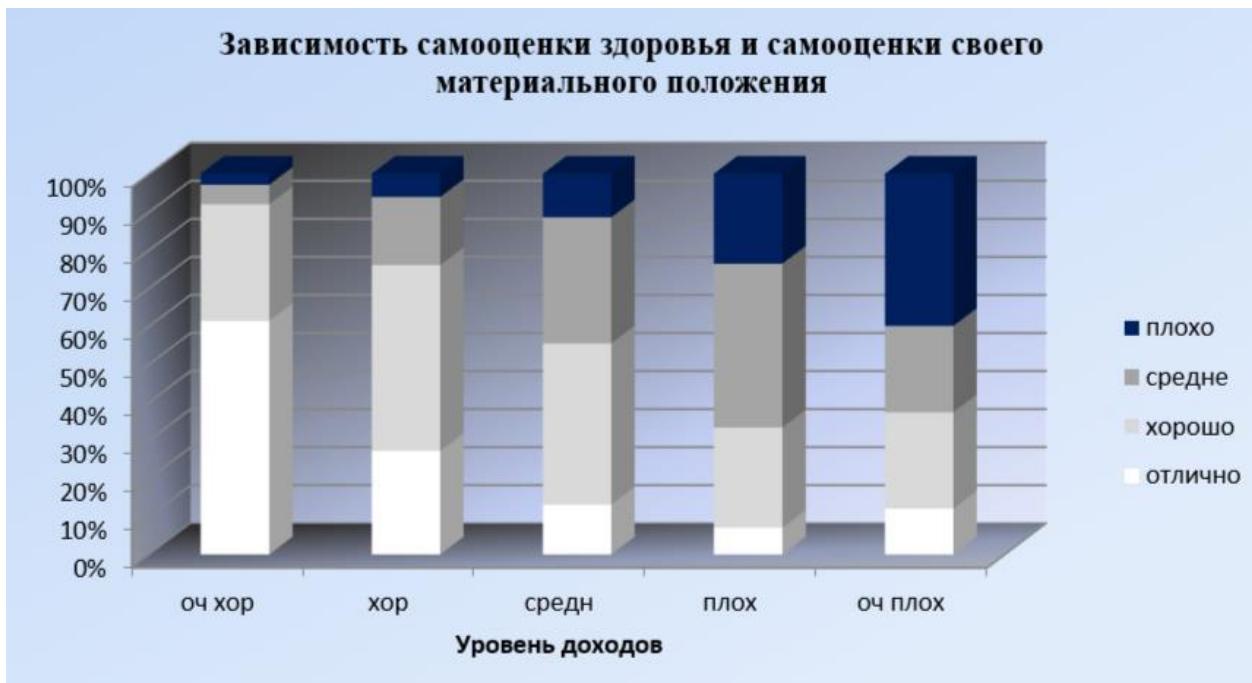


Рисунок 4.24. Структура различных по уровню доходов групп респондентов в разрезе их самооценки здоровья, % [56].

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

При этом более половины всех респондентов не склонны к крайним оценкам своего материального благополучия и определяют свой доход как средний [56]. Этот показатель не зависит от их самооценки собственного здоровья. При этом, закономерно некоторое смещение оценок своего здоровья как «отличного» у лиц с высоким доходом (22%), так и более высокий показатель очень плохого уровня доходов у лиц с плохой самооценкой своего здоровья (12% против 2-3% у остальных) – Рисунок 4.25.

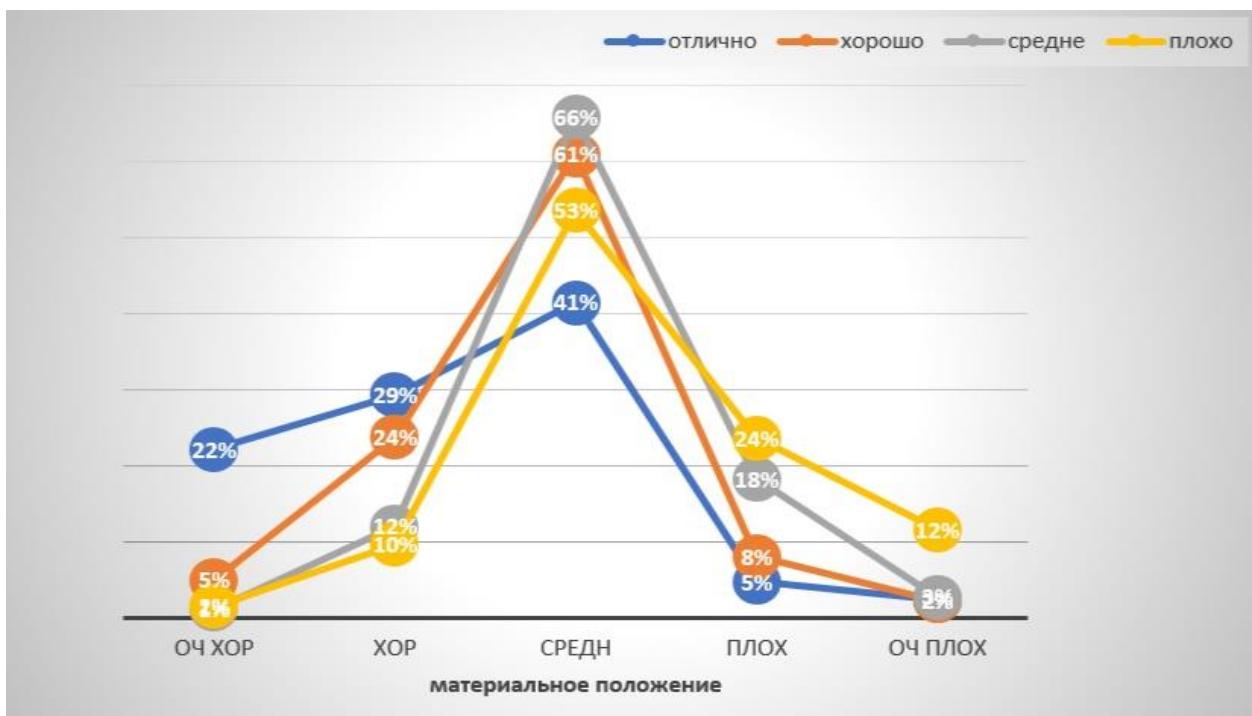


Рисунок 4.25. Структура состояния здоровья у групп с различным уровнем доходов, %.

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

Более подробно эти данные представлены в Таблице 4.13. Только 8% респондентов с очень высоким уровнем доходов оценили своё здоровье как среднее [56] (5%) или плохое (3%), в то время как лица с отличной (61%) или хорошей самооценкой своего здоровья составили подавляющее большинство (92%) самых богатых респондентов. Очевидно, что большинство (63%) представителей беднейших слоёв населения негативно оценивают и собственное здоровье - как плохое здоровье и среднее (40% и 23% соответственно). Как отличное оценили своё здоровье только 12% самых бедных респондентов, а 25% как хорошее [56].

Таблица 4.13.

Структура самооценки состояния здоровья групп с различным уровнем доходов, % [56]

Здоровье	Уровень доходов					Всего
	Очень хороший	Скорее хороший	Средний	Скорее плохой	Очень плохой	
Отлично	61%	27%	13%	7%	12%	18%
Хорошо	31%	49%	42%	26%	25%	40%
Средне	5%	18%	33%	43%	23%	29%
Плохо	3%	6%	11%	24%	40%	12%
Итого	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Примечание: составлено автором. Результаты опубликованы в статье: «Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5):9. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-5-9» [56]

Заключение по главе

Оценка уровня удовлетворенности пациентов шести направлений функционирования МО, оказывающих ПМСП в Ставропольском крае позволила выделить те направления, которые в большей степени соответствуют интересам пациентов. В их число вошли «Отношение медицинского персонала к пациентам», «Оценка результативности полученной помощи», «Организация работы медицинских организаций» [56, 59]. Ниже среднего уровня были оценены направления: «Обеспеченность медицинских организаций ресурсами и качественные параметры работы», «Доступность медицинской помощи», «Условия пребывания пациентов в медицинских организациях» [59].

Пациенты МО, участвующих в реализации проекта «Бережливая поликлиника» и оказывающих ПСМП, по результатам проведённого социологического исследования, дали очень высокую оценку качества полученной медицинской помощи [59] – 84,4%.

Вместе с тем определены 17 основных показателей работы амбулаторных медицинских организаций, которым необходимо уделить особое внимание с целью повышения удовлетворённости населением получаемых медицинских услуг. В частности, к таким направлениям, по мнению опрошенных респондентов, относятся платные услуги населению, льготное лекарственное обеспечение, техническое состояние зданий, недостаточная номенклатура медицинских услуг, особенно в части ухода за тяжелобольными, эффективность проведения диспансеризаций, оптимизация консультативной помощи, социальной поддержки, заинтересованность персонала в результатах работы.

В целях повышения уровня удовлетворенности пациентами качеством и доступностью получаемых медицинских услуг и решения важных организационных вопросов необходима поддержка осуществляемых реформ на уровне выбранных перспективных направлений в отношении дальнейшего развития медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Анализ проведённых исследований показал, что самооценка своего здоровья существенно влияет на все показатели удовлетворённости населения независимо от объективных качественных и количественных показателей работы МО. Учёт этого фактора позволяет улучшить верификацию результатов социологических опросов; совершенствует научную интерпретацию показателей удовлетворённости населения качеством и доступностью медицинской помощи на региональном и на федеральном уровне всей системы здравоохранения [56].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приоритетная роль первичной медико-санитарной помощи, как ключевого фактора для защиты и укрепления здоровья для всех, определена в Алма-Атинской декларации 1978 года и подтверждена через 40 лет в новой Астанинской декларации с учетом новых вызовов для системы здравоохранения.

Возрастающая роль ПМСП в системе здравоохранения в настоящее время обусловлена новыми вызовами здоровью населения, демографическими сдвигами, связанными со старением населения, ростом нагрузки на систему здравоохранения.

Многоплановость проблемы организации ПМСП в рамках общественного здоровья и здравоохранения с позиции стратегических направлений развития первичного сектора здравоохранения диктует необходимость поиска эффективных мероприятий его оптимизации на системных принципах как методологической базы. Такой подход, во-первых, повышает значимость динамического анализа и оценки результативности работы МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с использованием интегральных показателей, характеризующих деятельность МО, а во-вторых, является объективной базой информирования населения о происходящих изменениях в отрасли.

Развитие отечественной практики оценки качества, доступности и безопасности медицинской помощи населению РФ на законодательном уровне регламентировано статьей 79.1 Федерального закона [20] № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.

В целях совершенствования государственной социальной политики Указом Президента РФ от 07.05.2012 № 597 Правительству Российской Федерации было рекомендовано совместно с общественными организациями до 1 апреля 2013 г. разработать и внедрить объективный механизм мониторинга результативности организаций, оказывающих социальные

услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и запуск общедоступной информации к динамическим рейтингам организаций на соответствие установленным нормам [4, 10, 20, 24, 55].

В рамках реализации инициатив, направленных на повышение прозрачности деятельности социально ориентированных учреждений, до 1 апреля 2013 года совместно с некоммерческими объединениями и профильными НКО предписывается разработать и внедрить объективный механизм мониторинга результативности организаций, предоставляющих услуги в социальной сфере. Ключевыми этапами станут утверждение стандартизованных показателей для анализа эффективности их работы, отражающими уровень удовлетворённости благополучателей и соответствие учреждений установленным нормам. Данная система призвана обеспечить открытость информации для граждан и стимулировать совершенствование качества услуг через конкурентные принципы.

В соответствии с задачами программных политических решений развития здравоохранения в РФ, их реализация в рамках приоритетных проектов на региональном и муниципальном уровнях свидетельствуют, что проблемы повышения результативности и эффективности в первичном звене здравоохранения остаются актуальными, приоритетно значимыми, что находит подтверждение результатами социологических опросов по оценке населением различных аспектов функционирования системы организации здоровья, в т.ч. при оказании ПМСП.

Для решения многоаспектных проблем в организации ПМСП в стране с 2016 года в работу организации ПМСП внедряются бережливые технологии, которые стали основным инструментом ряда проектов, имеющих федеральное администрирование [59].

Важную роль в повышении эффективности утвержденных приоритетных проектов и своевременного внесения коррекции при их реализации, является динамическое проведение анализа качества и

доступности ПМСП, социальной удовлетворенности населения организацией медицинской помощи, что диктует целесообразность формирования системы медико-социологического мониторирования и оценки результатов на всех этапах реализации приоритетных проектов по развитию ПМСП.

Принятые и действующие в РФ нормативно-правовые документы направлены на обеспечение потребителей услуг в сфере здравоохранения дополнительной информацией о качестве организации работы медицинской организации, в целях реализации принадлежащего потребителям права выбора конкретной медицинской организации для получения услуг в сфере здравоохранения; определение результативности деятельности медицинской организации и принятие своевременных мер по повышению эффективности или по оптимизации ее деятельности; своевременное выявление негативных факторов, влияющих на качество предоставления услуг в сфере здравоохранения, и устранение их причин путем реализации планов мероприятий, а также осуществление стимулирования руководителей и работников медицинских организаций [20].

Анализ литературных источников, социологических исследований, международных подходов и национальных нормативно-правовых аспектов показал, что многочисленные исследования в области организации ПМСП посвящены совершенствованию организационных и лечебно-профилактических технологий оказания ПМСП различным группам населения (городское, сельское, взрослое, детское, трудоспособного и старше трудоспособного возраста), исследование социально-экономических, географических, этнических особенностей, транспортной доступности и других факторов на организацию ПМСП, что несомненно, способствует повышению качества ПМСП.

Важно отметить, что ключевым принципом стратегического управления в любых системах является мониторирование и оценка изменений в процессе проводимых преобразований. В системе здравоохранения это формирование медико-социологического мониторинга и оценки доступности медицинской

помощи и качества медицинских услуг. В проведенном исследовании это имеет отношение к научному обоснованию и совершенствованию организации ПМСП путем динамически многомерного анализа качества и доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

В принятых в период 2012-2015 гг. ведомственных нормативных документах, были отражены алгоритмы проведения независимой оценки качества деятельности МО. Однако, как показал контент-анализ, директивно закрепленные показатели оценки качества работы МО относились только к анализу условий оказания медицинской помощи и ни в какой мере не затрагивали главные аспекты работы медицинских организаций – оценку их результативности, удовлетворенности пациентами качества и доступности ПМСП. Такой подход в оценке результативности деятельности амбулаторных МО является односторонним. В результате, предлагаемый пациент-ориентированный подход не может создать tandem с нормативно-правовой базой.

Многоплановость проблемы организации ПМСП определяет ее актуальность и диктует необходимость использования инновационных методов и технологий к ее решению через оценку результативности деятельности амбулаторных медицинских организаций.

Для решения этой проблемы в соответствии с Соглашением между Минздравом России и ЦНИИОИЗ МЗ РФ (Соглашение № 001/ НПЗ -2013-1300/124 от «28» июня 2013 г.), в период 2013-2017 гг. проведено масштабное исследование по разработке системы мониторинга и оценки доступности медицинской помощи и качества медицинских услуг в медицинских организациях, оказывающих населению амбулаторную медицинскую помощь и имеющих прикрепленное население на основе разработанных экспертным [57] методом интегральных показателей, с весовым значением каждого показателя [53, 54, 55].

Важную роль в разработке методологии, методик и алгоритмов проведения оценки качества и доступности ПМСП играли Ставропольский

край [55] (как pilotная территория), Ставропольский государственный медицинский университет, сотрудники которого явились экспертами.

В то же время необходимо отметить, что методологические исследования и расчет интегральных показателей проводились в период, предшествующий значительным структурным и организационным преобразованиям в здравоохранении, в т.ч. в его первичном секторе и не могли учитывать будущие изменения форм федерального статистического учета. В связи с чем проведение сравнительного анализа при оценке результативности МО в динамике оказалось труднореализуемым, а по большей части и невозможным. Кроме того, ранее одновременно не проводилась оценка населением, пациентами качества и доступности ПМСП, что не соответствовало принятым пациент-ориентированным принципам реформирования первичного звена системы здравоохранения.

Все вышеизложенное послужило обоснованием проведения данного диссертационного исследования в рамках общественного здоровья и организации здравоохранения.

Диссертационное исследование посвящено разработке научно-обоснованных предложений по совершенствованию ПМСП путем проведения многомерного анализа и оценки качества и доступности медицинской помощи в медицинских организациях, оказываемой в амбулаторных условиях, разработке и внедрению в практическое здравоохранение медико-социологического мониторинга результативности проводимых преобразований на региональном уровне [55, 56, 59].

Значимо, что в условиях внедрения технологий бережливого производства [55], результаты диссертационного исследования совершенствуют механизм научно-аналитического сопровождения оптимизации ПМСП на региональном уровне [55, 56, 59].

Исследование проводилось во всех государственных медицинских организациях Ставропольского края, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепленное население с учетом

изменений [55, 56, 59] в системе отрасли здравоохранения, вызванных оптимизацией муниципального здравоохранения: сокращением числа локальных медицинских учреждений с перераспределением их полномочий в пользу центральных районных больниц [55].

После совершенствования методологии анализа и оценки, адаптации формирования информационной базы к структурным и статистическим изменениям в первичном звене здравоохранения, изменениям типологического распределения МО проведен комплексный анализ и оценка доступности медицинской помощи и качества медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных медицинских организациях Ставропольского края, имеющих прикрепленное население за период 2019 и 2020 годы, с последующим сравнительным анализом результатов за период 2014-2020гг.

Методология и организация проведения комплексного анализа на новой информационной основе и результаты оценки результативности деятельности амбулаторных МО Ставропольского края автором ранее были освещены в научных публикациях [55, 56, 59].

С целью проведения сопоставительного анализа был выполнен полный пересмотр и пересчет суммарных интегральных показателей за 2014, 2016, 2017, 2019, 2020 годы в соответствии с сопоставимым набором индикаторов, которые присутствуют в данных за все годы. Для оценки тенденций качества и доступности ПМСП в Ставропольском крае были использованы результаты проведенной независимой оценки результативности и эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в 2014-2017 годах [55, 56].

Для проведения комплексного анализа была применена усовершенствованная автором методика, использующая группу из нескольких взаимосвязанных критериев в качестве единого многомерного показателя. Показатели оценки были сгруппированы по 5 разделам: ресурсы кадровые; ресурсы материальные и информационные; профилактическая работа; процессы диагностики и лечения; результативность [55,56].

Анализ данных по оценке результативности работы медицинских организаций (юридических лиц), оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Ставропольского края, в динамике по сопоставимому набору индикаторов выявил улучшение значения адаптированных индексов благополучия показателей у 71,1% медицинских организаций, включенных в исследование (32 из 45 МО) в сравнении со среднегодовым значением за 2015-2017 годы в 2019 году. В то же время развитие пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 повлияло на снижение показателей, отражающих работу МО по проведению профилактических мероприятий, и привело к росту показателей смертности населения трудоспособного возраста на дому, что привело к снижению индекса благополучия показателей исследуемых медицинских организаций. В то же время установлено, что проводимые целевые организационные мероприятия в рамках внедрения принципов «бережливого производства» позволили сохранить достигнутые результаты, и в 2020 году в сравнении со среднегодовым значением за 2014-2017 годы значение адаптированных индексов благополучия сохранилось у 43,7% амбулаторных медицинских организаций края, включенных в исследование (21 из 45 МО) [55].

В период развития пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 в Ставропольском крае позитивная тенденция показателей результативности деятельности исследуемых МО приобрела разнонаправленный характер, что вызвало необходимость проведения дополнительного дифференцированного анализа и оценки полученных результатов по каждому разделу (блоку) единого многомерного показателя [55].

По блоку «Кадровые ресурсы» установлено, что в группе А Многопрофильные больницы и центральные городские больницы, имеющие прикреплённое население, в сравнении со среднегодовым значением за 2014-2017 годы наблюдается улучшение показателя в 2019 и 2020 годах на 11,6% и 6,7% соответственно. В группе Б Самостоятельные поликлиники в 2019 году наблюдается рост на 2,6%. В результате анализа было выявлено отсутствие

снижения кадрового обеспечения в секторе первичного здравоохранения в этот период [55].

Анализ и оценка показателей блока «Процессы диагностики и лечения» выявили снижение индекса благополучия: доля злокачественных новообразований I-II стадии заболевания; охват больных диспансерным наблюдением; охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов. Особенно снизился на 6,9% в группе Б «Самостоятельные поликлиники» индекс благополучия в блоке процессов диагностики и лечения [55].

В рассматриваемый период МО амбулаторного профиля были перепрофилированы на диагностику коронавирусной инфекции COVID-19, из-за чего неизбежно уменьшилось количество плановых мероприятий в рамках диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, кроме того, в этот период по эпидемиологическим показаниям (локдаун) наблюдалось резкое снижение обращаемости, особенно среди населения пожилого возраста в медицинские организации, что привело к увеличению нагрузки на скорую медицинскую помощь [55].

В блоке «Результативность» для оценки деятельности амбулаторных МО исследованы интегрированные показатели, оцененные экспертами, с наибольшими весовыми значениями: число умерших на дому лиц трудоспособного возраста, число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет. Снижение индекса благополучия показателей установлено в группе А. «Многопрофильные больницы и центральные городские больницы», имеющие прикреплённое население и в группе Б «Самостоятельные поликлиники» и в 2019 и 2020 годах. В то же время в группе В, включающей районные больницы и центральные районные больницы, отмечался рост индекса и в 2019 и 2020 году на 8,8% и 6,7% соответственно [55].

Анализ результатов итоговой комплексной оценки деятельности МО первичного сектора в 2019-2020гг. выявил связь установленных негативных параметров с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19 и перепрофилированием в центры по оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19 [55].

«Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста» (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1000 прикрепленного населения экспертами был определен как наиболее значимый интегральный показатель с весовым значением для многопрофильных больниц и ЦРБ (9,150), самостоятельных поликлиник (8,950), районных больниц (9,150). Среднее значение числа умерших на дому лиц трудоспособного возраста [55] в Ставропольском крае составляет $2,4 \pm 0,8$, что совпадает со значением в целом по Российской Федерации ($2,5 \pm 0,4$).

Полученное распределение по 9 кластерам МО свидетельствует о существенно лучшей ситуации поданному показателю в самостоятельных поликлиниках, чем в многопрофильных и центральных городских больницах. Наихудшая ситуация по данному показателю установлена в районных и центральных районных больницах, обслуживающих смешанное население.

При сравнительном анализе была выдвинута гипотеза, что найденные диапазоны значений анализируемого показателя являются адекватными для характеристики вариации качества оказываемой медицинской помощи в организациях всех групп. С этой целью для каждого кластера был задан количественный балл (пропорционально росту качества медицинской помощи, начиная с нуля для катастрофически плохого до 8 для отсутствия случаев смерти), получена средняя оценка величины, характеризующей качество медицинской помощи в организациях разных групп. Эта величина была названа «оценкой предотвращения смерти на дому лиц трудоспособного возраста», ее расчет позволил объективизировать сравнительный анализ приведенных выше распределений.

Наивысшая «оценка предотвращения смерти лиц трудоспособного возраста на дому» получена для самостоятельных поликлиник, обслуживающих взрослое население. Для поликлиник, обслуживающих смешанное население, эта оценка лишь несколько ниже. Для многопрофильных и центральных городских больниц четко прослеживается позитивная тенденция величины данного показателя. Наименьший средний оценочный балл получен для центральных районных больниц, обслуживающих смешанное население.

Вторым по значимости в оценке результативности амбулаторных МО экспертами определен интегральный показатель «Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста» для анализа различий в качестве медицинской помощи в медицинских организациях Ставропольского края [55].

Как и для всех умерших на дому лиц трудоспособного возраста, мода распределения [55] в этой группе находится в нуле. Среднее значение числа умерших составляет $0,647 \pm 0,014$, дисперсия значений составляет 0,605, медиана значений составляет 0,522.

В распределении медицинских организаций внутри их разных групп по 7 кластерам, характеризующимся разной частотой преждевременной смерти от инсульта и инфаркта миокарда, в отличие от кластеров, характеризующихся числом умерших на дому лиц трудоспособного возраста [55], прослеживаются закономерности изменения анализируемой структуры. Для каждого кластера был задан балл пропорционально снижению частоты и смерти, начиная с нуля для очень плохого, среднюю оценку величины на основе указанных баллов мы назвали «оценкой предотвращения преждевременной смерти от инсультов и инфарктов миокарда». Наименьший средний балл получен для районных и центральных районных больниц.

Пациент-ориентированный подход преобразований в организации ПМСП рассматривает повышение уровня удовлетворенности населения

полученной медицинской помощью как одного из ключевых индикаторов результативности отрасли здравоохранения [141].

Система здравоохранения будет прогрессировать при условии активного включения пациентов в оценку работы медицинских организаций [141]. Анализ результатов проводимых в стране социологических опросов населения показал лишь общую основную характеристику оценки населением качества медицинской помощи без учета факторов, влияющих на объективность индивидуальной оценки [56, 59]. Такое понимание не соответствует реальной картине качества и доступности медицинской помощи, искажая её, так как индивидуальная субъективная самооценка здоровья (вне зависимости от объективного состояния здоровья) и материальное благополучие значительно влияют на удовлетворенность полученной медицинской услугой и системой здравоохранения в целом [56], что было ранее представлено автором в публикациях.

В настоящем исследовании оценка удовлетворенности медицинской помощью проводилась по комплексу показателей, структурированных в блоки, проранжированы признаки по значимости в каждом блоке, что отразило определенное направление работы МО и удалось выделить набор ключевых показателей, позволивших определить «зоны» низкой удовлетворенности пациентов работой МО [59] и «области» наиболее высокой удовлетворенности.

Информированность населения о проекте «Бережливая поликлиника» оказывает существенное влияние на его отношение к системе здравоохранения Ставропольского края и в целом Российской Федерации, а также позволяет получать более взвешенную оценку проводимых реформ в данной области. Результаты социологического исследования показали, что подробно знакомы с проектом 42,1% респондентов, знали о проекте из СМИ 22,1% и местной печати - еще 3,6%, что-то слышали, но конкретно не знали 15,6%, узнали только при заполнении анкеты 11,9%. Исключение составили

27,5% опрошенных, что-то слышавших о проекте, а также узнавших о нем только при анкетировании.

Жители города Ставрополя поддерживают реализуемый в МО проект «Бережливая поликлиника», так как подавляющая часть респондентов (88,3%) видит в проекте потенциал для позитивных изменений в системе здравоохранения. Негативную оценку, связанную с недоверием к подобным программам, высказали только 7,1%, а 4,5% граждан не смогли определить свою позицию в отношении нововведений.

В период внедрения ПП выделены три индикатора удовлетворенности пациентов с наиболее высокими оценками работы МО: «отношение персонала к проблемам пациентов» (91,4%), «отношение к пациентам среднего медицинского персонала» - 90,5%, «внимание персонала к просьбам и пожеланиям пациентов» - 89,3% высоких оценок.

Проведённое социологическое исследование выявило ключевые недостатки в системе оказания ПМСП, требующие разработки целевых пациент-ориентированных решений в рамках проекта по внедрению бережливых технологий [56].

Существенную роль в оценке удовлетворенности населения полученной медицинской помощи играет не только статическое состояние системы здравоохранения на момент проведения исследования, но также ее возможности к диническому развитию, оцениваемые с позиции улучшения медицинского обслуживания пациентов. Положительная оценка процессов улучшения находится в диапазоне 55% - 67,1% и существенно превалирует над средними (1,3% - 1,7%) и низкими оценками (1,3% - 3,5%).

Наиболее высоко оценены результаты улучшения медицинской помощи в первичном звене здравоохранения. Высокие ранговые места получили: доступность первичной врачебной помощи, помощь специалистов первичного звена, оказание помощи на дому, отношение персонала к пациентам, качество медицинской помощи. Наименьшие ранговые места заняли: получение высокотехнологичной помощи, медицинская помощь узких специалистов,

возможности диагностического обследования, доступность и работа скорой медицинской помощи [8].

Сравнительный анализ изменений в уровне удовлетворённости населением полученными медицинскими услугами до и после проведения мероприятий по внедрению технологий бережливого производства в работу медицинских организаций [125, 136], оказывающих ПМСП на территории Ставропольского края, является весомо значимым. Таким образом количество максимальных положительных оценок («Полностью удовлетворен») у мужчин увеличилось почти в два раза – с 26% до 48 %, а общее количество негативных оценок уменьшилось более чем в три раза – с 20% до 6%. Аналогичная картина у женщин. Двукратное (с 22% до 44%) увеличение превосходных оценок («Полностью удовлетворён») и более чем пятикратное уменьшение совокупного количества негативных отзывов – с 21% до 4%.

Полученные данные позволяют сделать уверенные выводы о положительных сдвигах оценки населением Ставропольского края качества полученных медицинских услуг за период с 2017 по 2020 годы в период внедрения технологий бережливого производства в работу медицинских организаций, оказывающих ПМСП на территории Ставропольского края [56].

Согласно данным исследования, доля пациентов, положительно оценивших качество медицинской помощи, превышает количество недовольных более чем втрое. В частности, был проведён всесторонний анализ среди лиц, которые получали медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических учреждениях сопоставив их оценки качества полученной медицинской услуги с субъективным восприятием собственного здоровья [56].

Социологическое исследование показало, что уровень удовлетворенности граждан качеством медицинской помощи в первую очередь связан с личным восприятием пациентами своего самочувствия. При этом фактические параметры работы медицинских организаций, такие как техническая оснащенность или статистика оказанных услуг, оказывают

значительно меньшее влияние на оценку населением эффективности здравоохранения. Таким образом полученные данные свидетельствуют о преобладании субъективного компонента в формировании мнения о системе здравоохранения над объективными критериями ее функционирования [56]. Число лиц, посетивших амбулаторно-поликлинические учреждения и оценивающих своё здоровье, как хорошее или отличное, совпадает с учётом погрешности с количеством лиц, оценивающих состояние своего здоровья как среднее или плохое. При этом более половины лиц с отличным состоянием здоровья полностью удовлетворены полученной медицинской помощью. Среди пациентов с самооценкой состояния здоровья как плохое удовлетворены медицинской помощью только 5 % [56,59].

Проведённое исследование [56] также выявило устойчивую неопровергимую взаимосвязь между самооценкой собственного здоровья и уровнем доходов.

Респонденты (92%) с очень высоким уровнем доходов оценили своё здоровье как отличное или хорошее. В то время как всего 8% самых богатых респондентов оценили среднее и плохое здоровье [56, 59]. Предсказуемо, абсолютно противоположная картина представлена в другой группе респондентов. Только 37% респондентов с самым низким уровнем доходов оценили своё здоровье как отличное или хорошее, а среднее и плохое здоровье оказалось у 63% самых бедных респондентов [56].

Результаты социологического исследования [56] показали, что важным методом мониторинга здоровья населения является самооценка индивидуального здоровья; она повышает объективность результатов социологических опросов; позволяет углубить научное понимание показателя удовлетворённости населения качеством и доступностью медицинской помощи и всей системы охраны здоровья в целом. Самооценка населением собственного здоровья значительно влияет на его удовлетворённость полученными медицинскими услугами вне зависимости от качества оказания этих услуг [59].

Социологическое исследование с широким охватом жителей Ставропольского края выявило специфические барьеры в восприятии цифровизации здравоохранения среди отдельных групп населения. Так, респонденты старших возрастных групп, и жители, проживающие в сельской местности, выразили опасения, связанные с страхом замены очных консультаций на автоматизированные алгоритмы; отсутствием навыков работы с автоматизированными сервисами и ограниченным доступом к техническим устройствам в удалённых районах. Таким образом выявлена корреляция не только с возрастными особенностями (консервативность, низкая адаптивность к инновациям), но и с инфраструктурными пробелами [56].

Результаты комплексного анализа результативности деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепленное население и результаты анализа уровня удовлетворенности пациентов и оценки качества медицинских услуг и доступности ПМСП [55, 56, 59], явились доказательной базой для формирования в Ставропольском крае медико-социологического мониторинга реализации ПП «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Высокий уровень поддержки населением Ставропольского края внедрения принципов «бережливого производства» в организацию оказания ПМСП, свидетельствует об эффективности выбранных стратегических направлениях развития ПМСП.

ВЫВОДЫ

1. Анализ действующего нормативно-правового регламента, методического, информационного обеспечения анализа и оценки организации оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях определил необходимость их совершенствования с учетом проводимых структурных преобразований в первичном звене здравоохранения, в т.ч. внедрения

принципов «бережливого производства», утверждения новых форм федерального статистического наблюдения и региональных особенностей.

2. Сформированная информационная база проведения комплексного анализа и оценки результативности деятельности МО Ставропольского края, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях базируется на определении и расчете интегральных показателей с определением их весовой значимости и ранжированием в соответствии с новой типологией амбулаторных МО и новыми федеральными формами статистического наблюдения.

3. Сравнительный анализ интегральных показателей, обобщенного критерия индекса благополучия показателей за период 2015-2018 гг., выявил значительный рост значений интегральных показателей по всем направлениям деятельности амбулаторных МО. За период 2019-2020 гг. при развитии пандемии Covid-19, произошло снижение значений интегральных показателей, характеризующих профилактическую работу, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов с хроническими НИЗ, выявлены негативные значения наиболее значимых результирующих показателей работы МО: рост числа умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет; число умерших на дому лиц трудоспособного возраста.

4. Результаты проведенного социологического исследования показали, что внедрение принципов «бережливого производства» в Ставропольском крае существенно повысило удовлетворенность населения результативностью их деятельности по всем направлениям функционирования амбулаторных МО. Жители Ставрополья в 88,3% случаев поддерживают проводимый проект «Бережливая поликлиника», 49,2% респондентов надеются на перемены к лучшему, а 39,1% уверены в результативности проекта. Качество медицинских услуг в МО, участвующих в реализации технологий «бережливого производства», оценена пациентами – участниками опроса достаточно высоко – 84,4%. За время внедрения принципа «Бережливой поликлиники» количество максимальных положительных оценок у мужчин

увеличилось почти в два раза – с 26% до 48 %, а общее количество негативных оценок уменьшилось более чем в три раза – с 20% до 6%. Двукратное (с 22% до 44%) увеличение превосходных оценок у женщин («Полностью удовлетворён») и более чем пятикратное уменьшение совокупного количества негативных отзывов – с 21% до 4%.

5. Оценка главных направлений деятельности МО, с позиции удовлетворённости пациентов, установила параметры, в большей степени соответствующие интересам пациентов «отношение медицинского персонала к пациентам», «результаты полученной помощи», «организация работы МО». В перечень параметров, определяющих наиболее низкую удовлетворенность пациентов, требующих безотлагательной коррекции с учетом приоритетности имеющихся проблем вошли: «вынужденность нелегальных доплат»; «условия оказания медицинской помощи»; «льготное лекарственное обеспечение»; «психологическая помощь и правовые аспекты»; «обеспеченность врачами и организация работы в выходные и праздничные дни». Учет самооценки индивидуального здоровья повышает объективность результатов социологических опросов; позволяет углубить научное понимание показателя удовлетворённости населения качеством и доступностью медицинской помощи и всей системы охраны здоровья в целом.

6. Разработанная система комплексного анализа и оценки, отражающая результативность организации медицинской помощи в амбулаторных условиях, анализ уровня удовлетворенности населения медицинскими услугами и доступностью ПМСП, явилось научно обоснованной организационной платформой формирования медико-социологического мониторинга для совершенствования управления деятельностью первичного сектора здравоохранения на региональном уровне; актуализировали необходимость разработки целевых образовательных программ и проведения обучения руководителей и медицинских работников первичного сектора здравоохранения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На федеральном уровне:

— Для совершенствования организации ПМСП в условиях реализации НП «Здравоохранение», в части ПП «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», имеется необходимость формирования системной нормативно-правовой документации, регламентирующей проведение контроля качества и доступности медицинской помощи в амбулаторных МО и оценки уровня удовлетворённости населения полученными медицинскими услугами.

На региональном уровне:

— В системе организации региональной системы контроля качества и доступности ПМСП, повысить значимость проведения независимой оценки уровня удовлетворенности населением организацией ПМСП на принципах формирования медико-социологического мониторинга.

— Проводить социальные замеры по общественной оценке населением качества и доступности медицинских услуг на всех уровнях и этапах оказания медицинской помощи с учетом факторов, влияющих на уровень удовлетворенности населения.

— При оценке эффективности качества управления амбулаторными МО использовать результаты оценки населением качества и доступности ПМСП и оценки эффективности профессиональной деятельности руководителей МО.

На уровне медицинских организаций:

— Использовать результаты проведенного комплексного анализа результативности деятельности МО, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, для выработки и принятия решений по повышению качества амбулаторной медицинской помощи и уровня удовлетворенности пациентов качеством полученных медицинских услуг.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авксентьева, М.В. Комплексная оценка клинической и экономической эффективности медицинских вмешательств как один из подходов к управлению качеством процесса оказания медицинской помощи. / М.В.Авксентьева, П.А.Воробьев // ГлавВрач. – 2004. - №6. – С.108-111.
2. Алма-Атинская декларация: Первая медико-санитарная помощь. Отчет о Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6-12 сентября 1978 г. – Всемирная организация здравоохранения. 1978 г. – 106 стр.: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9244541351.pdf>
3. Антонова Н.Л. Факторы доступности медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / Н.Л. Антонова // Вестник Поволжского института управления. – 2008. №4. – С. 141-148.
4. Артюхов, И.П. Результаты изучения оценки качества медицинской помощи и влияющих на нее факторов. / И.П.Артюхов, А.Ю.Сенченко, Е.Д.Смоленская, А.А.Мелехов // Социология медицины. – 2003.-№2.–С.41-47.
5. Баврина, А.П. Основные понятия статистики / А.П. Баврина // Медицинский альманах. – 2020. - №3. – С. 101-111.
6. Бережливая поликлиника: первые результаты и основные критерии работы // ТАСС. 27 марта 2019 г. URL: <https://tass.ru/obschestvo/6262769>
7. Бойко А.Ю. Оценка качества и доступности амбулаторно-поликлинической помощи в г. Москве и отдельных регионах Российской Федерации / Бойко А.Ю., Петросян К.М., Щербин А.В. // Медицинский вестник МВД. – 2020. - №3. – С. 7-14.
8. Бойков, Вадим Андреевич, Научное обоснование мероприятий по совершенствованию медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на основе технологий бережливого производства:дис. ... доктор мед. наук: 14.02.03 / ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт

организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации», Москва, 2021.

9. Бударин Сергей Сергеевич, Эльбек Юлия Викторовна / Влияние качества управления ресурсами на доступность медицинской помощи // Вестник Казанского государственного аграрного университета. – 2020. - №3. – С.88-93.

10. Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Чухриенко И.Ю., Бузина Т.С., Шикина И.Б., Михайлов А.Ю. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006—2019): обзор социологических исследований. Профилактическая медицина. 2020;23(3):42-47.

11. Бузина Т.С., Бузин В.Н. Социально-психологические аспекты лечебного процесса. Профилактическая медицина. 2018;21(4):20-24.

12. Бурыкин И.М. Повышение эффективности менеджмента учреждений здравоохранения в современных условиях на основе принципов бережливого производства / Бурыкин И.М., Вафин А.Ю., Хафизьянова Р.Х. // Фундаментальные исследования. – 2013. - №7. – С. 523-529.

13. Вергазова Э.К., Бережливые поликлиники. От pilotного проекта к приоритетному. Презентация PowerPoint [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://share.google/QjEkOkgIDqLmZ6us1>.

14. Воробьев, П.А. Клинико-экономический анализ. / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура. – М.: «Ньюдиамед», 2004. – 404 с.

15. Вошев Дмитрий Васильевич. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи с использованием цифровых технологий: автореф. дис. ... доктор мед. наук: 14.02.03 / ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва 2025. С. 47

16. Гандурова, Е.Г. Первый опыт реализации проекта «Бережливое производство» в условиях городской поликлиники / Е.Г. Гандурова, О.А.

Димова, В.Н. Кораблев // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2018. – №3. – С. 21–24.

17. Глобальная стратегия достижения здоровья для всех к 2000 году. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1981.0000000

18. ГОСТ Р 56407-2015. Бережливое производство. Основные методы и инструменты. М.: Стандартинформ, 2020. – 40 с.

19. ГОСТ Р 56908-2016. Бережливое производство. Стандартизация работы. М.: Стандартинформ, 2020. – 14 с.

20. Грачева Т.Ю., Пучкова В.В., Корнеева О.В., Вахрушева Ю.Н. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". - Специально для системы ГАРАНТ, 2014 г.

21. Григорович, М.С. Опыт оптимизации работы городской поликлиники, основанной на принципах бережливого производства и информатизации / М.С. Григорович, А.В. Стариков, С.Н. Войтко // Российский семейный врач. – 2018. – №22. – С. 19–24.

22. Гриднев, Олег Владимирович. Научное обоснование повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве дис. ... доктор мед. наук: 14.02.03 / ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», Москва, 2015.

23. Danaev A. B. Оценка эффективности внедрения инструмента 5С в работу медицинских работников, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в 12 месяцев / Danaev A. B. // Научно – практический журнал «Вестник молодого ученого» Том 9. 2020. – С. 142-144.

24. Деев, И.А. Декларация о пациент-ориентированном здравоохранении Томской области / И.А. Деев, С.В. Барановская, В.А. Бойков, В.Н. Грахов, А.П. Кравченко, О.С. Кобякова, С.В. Малахова, А.А. Таранов, И.П. Шибалков //Бюллетень сибирской медицины. – 2019. – Т. 18. – № 2. – С. 175–180.

25. Евдаков, В.А. Совершенствование деятельности городской поликлиники на основе бережливых технологий / В.А. Евдаков, А.М. Алленов, Г.Б. Артемьева и др. // Наука молодых. – 2020. – №4. – С. 481–484.
26. Ерохин, Е.А. Появление и сущность концепции бережливого производства [Электронный ресурс] / Е.А. Ерохин. URL: <http://www.ekportal.ru>
27. Ефименко, С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента. / С.А. Ефименко // Социология медицины. – 2006. - №1(8). – С.9-14.
28. Жабина, У.В. Совершенствование управления доступности и качества медицинской помощи как приоритетное направление модернизации системы здравоохранения / У.В. Жабина, Ю.В. Агафонова, В.В. Деменкова [и др.] // Медицина и физическая культура: наука и практика. – 2019. – №3. – С. 51–59.
29. Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи. Всероссийское социологическое исследование. М.: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, 2009.
30. Калашников, К.Н. «Вектор доступности» медицинской помощи: концептуализация и практика измерений / К.Н. Калашников // Научный результат. Социальные и гуманитарные исследования. – 2018. – №3. – С. 4–20.
31. Карпова, Н.П. Российский путь бережливого производства / Н.П. Карпова, С.А. Горбачева // Экономика и современный менеджмент: теория и практика. – 2015. – №2 (46). – С. 85–90
32. Кобякова О.С., Деев И.А., Бойков В.А., Шибалков И.П., Барановская С.В. Стандартизация медицинской помощи – инструмент бережливого производства и основа системных улучшений. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2020; 66 (3):2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1162/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-3-1.
33. Кобякова, О.С. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфилин, Е.С. Куликов,

Н.А. Табакаев, О.О. Воробьева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016 – №3 [Электронный ресурс] – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/753/30/> lang,ru/

34. Кондратова, Н.В. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов в медицинской организации / М.А. Кондратова // В мире научных открытий. – 2016. – №5. – С. 23–37

35. Коновалов О.Е., Зудин А.Б., Позднякова М.А., Серов Д.В., Васильева Т.П. Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи и профилактики хронических неинфекционных заболеваний у взрослого населения мегаполиса. Нижний Новгород: «Издательский салон» ИП Гладкова О.В., 2022. 156 с.

36. Косолапова Н.В. Медицинское право России. Учебник. М., «Юстиция», 2021, 244 с.

37. Кравченко С.А. Новации в социологическом знании: по итогам XIII конференции ЕСА. Социологические исследования, 2018; 2:18-24.

38. Красильников, А.В. Анкетирование пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги. / А.В.Красильников // Пробл.управления здравоохранением. – 2005. - №1. – Т.20. – С.34-39.

39. Курмангулов А.А., Danaev A.B., Решетникова Ю.С. Эффективные информационные решения навигационных систем медицинских организаций // Вестник ИвГМА. 2021. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnye-informatsionnye-resheniya-navigatsionnyh-sistem-meditsinskih-organizatsiy>.

40. Курмангулов, А. А. Восприятие населением Российской Федерации современных атрибутов медицинских систем визуализации / А. А. Курмангулов, Т. А. Жеребцова, А. Б. Danaev // Университетская медицина Урала. – 2021. – Т. 7, № 4(27). – С. 63-65. – EDN NVPKQC.

41. Лапина, Лариса Михайловна, Совершенствование информационного обеспечения управления качеством организации медицинской помощи:дис. ... кандидата мед. наук: 14.02.03 / ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный

медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, 2018.

42. Ластовецкий, А.Г. Оценка принципов бережливого производства в медицинских учреждениях в перспективе и в настоящем / А.Г. Ластовецкий, И.Г. Титов, К.Ю. Китанина // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – №4. – С. 83–93.

43. Левадняя, М.О. Повышение доступности первичной медико-санитарной помощи для населения / М.О. Левадняя // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – №1. – С. 26–35. 51.

44. Лень, Л.С. Управление медицинским учреждением в современных условиях: проблемы и пути решения / Л.С. Лень, Т.Н. Никулина // Вестник АГТУ. Серия: Экономика. – 2016. – №2. – С. 73–79.

45. Малышева, С.А. Опыт внедрения принципов бережливого производства при оказании амбулаторной медицинской помощи населению в Нижегородской области. Малышева /С.А., Романова Т.Е., Мишанов В.Р// Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2017. – №6. – С.32-37.

46. Манерова О.А., Кубраков М.А, Касимовская Н.А., под ред. Кучеренко В.З. Организация амбулаторно-поликлинической помощи. Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова. М., 2012. URL:
<https://www.sechenov.ru/upload/iblock/0e3/0e31ccfa60dcc052f7cf87e4a49d5512.pdf>.

47. Меньшикова, Л.И. Удовлетворенность пациентов Архангельской области первичной медико-санитарной помощью / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, 258 А.М. Вязьмин и др. // Социальные аспекты здоровья. – 2013. – №5. [Электронный ресурс]. – URL:
http://vestnik.mednet.ru/content/view/509/27/lang_ru.html

48. Методические рекомендации (2-е издание с дополнениями и уточнениями) "Новая модель медицинской организации, оказывающей

первичную медико-санитарную помощь" (утв. Министерством здравоохранения РФ 30 июля 2019 г.) [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://base.garant.ru/72205018/>.

49. Министерство здравоохранения РФ. Критерии «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Методические рекомендации. М., 2019. URL: <https://docs.cntd.ru/document/560498624>.

50. Михайлов Илья Александрович. Совершенствование информационного обеспечения управления здравоохранением субъектов Российской Федерации на основе сравнительного анализа показателей их деятельности: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, 2023. С. 24

51. Михайлова Ю. В. Методологические подходы к оценке качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене / Ю. В. Михайлова, А. В. Поликарпов, Н. А. Голубев, В. И. Вечорко // Управление качеством в здравоохранении. – 2017. – № 1. – С. 3-9. – EDN YGATKP.

52. Михайлова Ю. В., Голубев Н. А., Сабгайда Т. П., Михайлов А. Ю. / Результативность медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, как фактор снижения смертности населения трудоспособного возраста // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65, № 2. – С. 1. – DOI 10.21045/2071-5021-2019-65-2-1. – EDN TLRSRJ.

53. Михайлова Ю. В., И. М. Сон, Н. А. Голубев [и др.] Инновационные технологии оценки результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь / Ю. В. Михайлова, И. М. Сон, Н. А. Голубев [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100. – № 5. – С. 810-815. – DOI 10.17816/KMJ2019-810. – EDN FZPOWB.

54. Михайлова Ю. В., Иванов И. В., Шикина И. Б. [и др.] / Экспертные методы при выборе показателей для независимой оценки качества

медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 4. – С. 74-77. – EDN WJDBDV.

55. Михайлова Ю.В., Голубев Н.А., Данаев А.Б., Францева В.О, Михайлов А.Ю. Комплексный анализ результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях реализации принципов бережливого производства в здравоохранении. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(3). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1371/30/lang,ru/>.

56. Михайлова Ю.В., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Муравьева А.А., Панкова Я.Ю. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(5). Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1419/30/lang,ru_ru.cp1251/

57. Михайлова Ю.В., Иванов И.В., Шикина И.Б., Поликарпов А.В., Вечорко В.И. Методологические аспекты проведения независимой оценки медицинских организаций субъектов РФ, оказывающих медицинскую помощь прикрепленному населению в амбулаторных условиях. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2016 49(3) URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/749/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2016-49-3-1

58. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Поликарпов А.В. и др. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2016; 51 (5):1. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/772/30/lang,ru/>.

59. Михайлова Ю.В., Францева В.О., Данаев А.Б., Михайлов А.Ю. Оценка пациентами качества медицинской помощи в медицинских организациях первичного звена здравоохранения г. Ставрополя. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(1):6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1340/30/lang.ru/> DOI: 10.21045/2071-50212022-68-1-6.

60. Наркевич, А.Н. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях / А.Н. Наркевич, К.А. Виноградов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – №6. [Электронный ресурс] – URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang_ru/

61. Николаева И. В., Жернакова Н. И., Османов Э. А., Лебедев Т. Ю., Маньяков Р. Р. Опыт реформирования первичного звена здравоохранения в условиях увеличения среднего возраста населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-reformirovaniya-pervichnogo-zvena-zdravoohraneniya-v-usloviyah-uvelicheniya-srednego-vозrasta-naseleniya>.

62. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации (2-е издание с дополнениями и уточнениями), утв. Министерством здравоохранения РФ 30 июля 2019 г. URL: <https://base.garant.ru/72205018/>

63. Новокрещенова, И.Г. Роль мониторинга удовлетворенности населения в управлении качеством первичной медико-санитарной помощи / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов // Бюллетень медицинских Интернетконференций. – 2014. – №10. – С. 1091–1094.

64. Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. М.: Минздрав России; 2015.

65. Операционный механизм первичной медико-санитарной помощи: воплощение концепции в жизнь. - Всемирная организация здравоохранения, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). 2021 г. – 133

стр.: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351738/9789240023420-rus.pdf>

66. Опрос показал удовлетворение трети россиян системой здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа:<https://www.rbc.ru/society/02/06/2020/5ed65fe59a7947fa3fb548da>.

67. Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы [Текст]: аналит. докл. / С.В. Шишкин, А.А. Алмазов, М.Н. Корнилов, В.И. Шевский, И.М. Шейман; отв. ред. С.В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2022. – 143, [1] с.

68. Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы / Под ред. Kringos, Dionne S, Boerma, Wienke G W, Hutchinson, Allen. et al. - Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2018 г. – 163 стр.

69. Организация процесса диспансеризации на принципах бережливого производства: методические рекомендации / Э.К.Вергазова, С.А. Бойцов, О.М. Драпкина и др. – Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2017. – 31 с.

70. Осипов Г.В. Логика социологического исследования. М.: Наука; 1987. 287 с.

71. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. – 2018 г. – 76 стр.:https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/384765/Astana_A40_Report_rus.pdf

72. Отслеживание достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: глобальный доклад о мониторинге, 2017 г. - Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2017 г.

73. Панова, Л.В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте / Л.В. Панова // Журнал исследований социальной политики. – 2019. – №2. – С. 177–190.

74. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/71735156/>.

75. Первая медико-санитарная помощь – Сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. - Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2008 г. – 125 стр.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87666/9789244563731_rus.pdf.

76. Первая медико-санитарная помощь на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения: доклад о мониторинге 2019 г. - Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2020 г. – 151 стр.: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328928/WHO-HIS-HGF-19.1-rus.pdf>

77. Петрова, Н.Г. О проблеме интегральной оценки качества медицинской помощи. / Н.Г.Петрова, Н.И.Вишняков, Э.С.Железняк, М.М.Мурзабекова // ГлавВрач. – 2003. - №8. – С.47-48.

78. Пешкова (Белогорцева) Х.В., Бондарева Э.С., Лысенко Т.И., Митричев И.А. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (издание второе, испр. и доп.). - Специально для системы ГАРАНТ, 2020 г.

79. Повышение подотчётности систем здравоохранения: межстрановое исследование в Европейском регионе ВОЗ. JuanTello и ClaudiaBaez-Camargo, редакторы. ВОЗ, 2018,- С. 56-60.

80. Постановление Правительства РФ от 29 июня 2021 г. № 1048 "Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности.

81. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике). – Москва: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы». – 2017. – 121 с.

82. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

83. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 г. № 787н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

84. Приказ от 15 мая 2012 года N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

85. Приказа Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

86. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов // Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. N 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»

87. Протасова Л.М., Масунов В.Н., Бойков В.А., Деев И.А., Кобякова О.С., Суворова Т.А., Шибалков И.П., Шнайдер Г.В. Опыт внедрения технологий бережливого производства в здравоохранении: обзор лучших практик. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2019; 65 (4). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1084/30/> lang,ru/.

88. Противостояние логик: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения. Сводный аналитический отчет. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [fhttp://www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/05/299_1-15_Svodnyj-analiticheskij-otchet.pdf](http://www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/05/299_1-15_Svodnyj-analiticheskij-otchet.pdf).

89. Реализация проектов по улучшению с использованием бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь: Методические рекомендации [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/561183959>

90. Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/ RES/70/1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 25 сентября 2015 г.:<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/92/pdf/N1529192.pdf>

91. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I Часть. Медицинские кадры: Статистический сборник. Москва: Минздрав России, 2019. – 232 с.

92. Решетников, А. В. Социология медицины / Решетников А. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-3067-5. - Текст: электронный // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430675.html>

93. Решетников, А.В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи. / А.В.Решетников, Л.М.Астафьев // Социология медицины. – 2005. - №1(6). – С.32-38.

94. РОМИР: удовлетворенность медицинскими услугами в России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: <https://mresearcher.com/2015/07/roctrlmir-udovletvorennost-medicinskimi-uslugami-v-rossii.html> <https://studfiles.net/preview/2491507/page:48/>

95. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Погонин А.В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2018; 64(6). URL:

96. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества: практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи. – Всемирная организация здравоохранения. 2018 г. – 86 стр.

97. Сабгайдат.П. Возрастные особенности предотвратимой смертности населения России Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2013; 33 (5). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/505/30/lang,ru/>.

98. Садовой, М.А. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? / М.А. Садовой, О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов, Н.А. Табакаев, Д.С. Тюфилин, О.О. Воробьева // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – Т. 16, №1. – С. 152–161.

99. Светличная Т.Г., Цыганова О. А. Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2019; 11 (3). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/304/30/lang.ru/>.

100. Сененко А.Ш., Сон И.М., Дзюба Н.А., Захарченко О.О., Терентьева Д.С., Шелгунов В.А. Технологии бережливого производства в реформировании медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Аналитический обзор. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2020 г.

101. Сергеева Н.М. О подходах к оценке эффективности функционирования медицинских организаций. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2017; (2): 72-76.

102. Сибурина, Т. А., Князев, А. А., Лохтина, Л. К., & Мирошникова, Ю. В. Базовая методология и практика рейтинговых оценок в здравоохранении. Социальные аспекты здоровья населения, (2012:27 (5), 1.

103. Соловьев А.А., Копысова Н.В. Удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг на разных этапах реализации проекта

«Бережливая поликлиника» в Томской области. Сибирский медицинский журнал 2018; 33 (4):154-157.

104. Сочкова, Л.В. Опыт реализации pilotного проекта «Бережливая поликлиника» в поликлинике крупного города / Л.В.Сочкова, М.М. Быкова, А.В. Ким, О.М. Носырева // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – №2. – С. 4–11.

105. Справка. Обобщённые результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:https://mzdrav.rk.gov.ru/rus/file/obobschennierezuljtatisotsiologicheskih_issledovaniyotnosheniyanaseleniya_k_sisteme_zdravooohraneniya.pdf.

106. Стандартизация в здравоохранении: учебное пособие / О.А. Игнатова, Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова. – Архангельск: Изд-во Северн. гос. мед. ун-та, 2018. – 146 с.

107. Стародубов В.Н., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. Москва: Медицина; 2007. 261 с.

108. Стародубов, В.И. Обоснование необходимости повышения структурной эффективности отрасли здравоохранения. / В.И.Стародубов, Р.А.Хальфин // Менеджер здравоохранения. – 2004. - №6. – С.4-9.

109. Суслин, С.А. Оценка пациентами качества медицинской помощи в сельской местности. / С.А.Суслин // ГлавВрач. – 2005. - №1. – С.29-33.

110. Татарников М.А. Управление качеством медицинской помощи / М.А. Татарников – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 – 304 с.

111. Туренко Татьяна Александровна Методические подходы к оценке результативности и эффективности здравоохранения на основе данных официальной статистики // Известия БГУ. 2013. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodicheskie-podhody-k-otsenke-rezultativnosti-i-effektivnosti-zdravooohraneniya-na-osnove-dannyh-ofitsialnoy-statistiki>.

112. Уйба, В.В. Общетеоретические основы управления качеством медицинской помощи. / В.В.Уйба // Пробл. управления здравоохранением. – 2005. – №3. - С.22-30.

113. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» в сфере охраны здоровья.

114. Ушаков, И.В. Организационная технология мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. / И.В.Ушаков, И.С.Кицул, Н.Ф.Князюк, О.А.Олейникова // Главврач. – 2006. - №1. – С.77-85.

115. Федеральный закон от 11 июня 2021 г. N 170-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации"

116. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://miac39.ru/upload/iblock/787/VKS-PMSP-Kamkin-EG-26.05.2020.pdf>.

117. Францева, В. О. Оценка эффективности обучения по формированию навыков проектного менеджмента в сфере охраны здоровья посредством "фабрики процессов" / В. О. Францева, А. Б. Данаев // Методология и технология непрерывного профессионального образования. – 2022. – № 2(10). – С. 51-55. – DOI 10.24075/MTCPE.2022.024. – EDN UJAAQG.

118. Харрингтон, Дж.Оптимизация бизнес-процессов. Документирование. Анализ. Управление. Оптимизация. / Дж.Харрингтон, К.С.Эссепинг, Ван Х.Гимвеген // Пер.с англ. – СПб.: Изд. «Азбука», 2002. – 317 с.

119. Холопов, А.В. Разработка и внедрение стандарта организации работы регистратур медицинских организаций: проект «Входная группа» / А.В. Холопов, В.А. Бойков, О.С. Кобякова, И.А. Деев // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 2. – С. 37-43.

120. Цыганова Ольга Альбертовна, Светличная Т. Г., Кудрявцев А. В. Детерминанты удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинической помощи // Экология человека. 2011. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/determinanty-udovletvorennosti-patsientov-kachestvom-ambulatorno-poliklinicheskoy-pomoschi>.
121. Шаповалова, М.А. Бережливая медицина как отраслевой вариант бережливого производства / М.А. Шаповалова, В.А. Бондарев, Л.Р. Корецкая // Главный врач: хозяйство и право. – 2015. – №5. – С. 24–29.
122. Шарапов И. В., Иванинский О. И., Кривушкина Е. В. Шаманская, Ю. А. Некоторые результаты социологического опроса пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по материалам Новосибирской области). Наука и образование в Сибири [электронный ресурс]. 2014;3. Режим доступа: <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/abauthors.php?id=1432>.
123. ШарафутдиноваН. Х. Анализ деятельности медицинских организаций оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению:учеб. пособие / Сост. : Н. Х. Шарафутдинова, М. А. Шарафутдинов, М. Ю. Павлова, Г. Т. Мустафина, М. В. Борисова, А. Б. Латыпов, И. Р. Валиев, Э. Ф. Киреева, Л. Р. Назмиева, Р. Ш. Азаматов – Уфа: ГАУН РБ «Башэнциклопедия», 2018. – 82 с.
124. Шевский В.И., Шейман Игорь Михайлович, Шишkin С.В. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-modeli-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-zarubezhnyy-opyt-i-rossiyskie-perspektivy>
125. Шейман, И.М. Приоритет первичной медико-санитарной помощи – декларация или реальность? [Электронный ресурс] / И.М. Шейман, В.И. Шевский, С.В. Сажина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – №65
126. Шнайдер, Г.В. Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью [Электронный ресурс] / Г.В. Шнайдер, И.А. Деев, О.С.

Кобякова, В.А. Бойков, С.В. Барановская, Л.М. Протасова, И.П. Шибалков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66. – № 4. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1180/27/lang,ru/>

127. Эффективность российского здравоохранения и система ОМС. М.: ВЦИОМ; 2017.

128. Эффективность системы здравоохранения: способы повысить значимость количественной оценки как инструмента для руководителей и разработчиков политики. JonatanCylus, IrenePapanicolas и Peter C. Smith, редакторы. Всемирная организация здравоохранения. Серия «Политика здравоохранения» № 46. 2018.

129. 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

130. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X;<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>).

131. Al-Balushi, M. Implementing Lean Management Techniques at a Radiation Oncology Department / M. Al-Balushi, Z. Al-Mandhari // Sultan Qaboos Univ Med J. – 2018. – No. 18 (3). – P. 362–366.

132. Anderson, R.T. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care / R.T. Anderson, F.T. Camacho, R. Balkrishnan // BMC Health Services Research. – 2007. – No. 7(1). [Электронный ресурс] – ISSN 1472-6963. – URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-31>

133. Aysola, J. Organizational Processes and Patient Experiences in the Patientcentered Medical Home / Aysola J., Schapira M.M., Huo H., Werner R.M. // Med Care. – 2018. – №56. –P.497–504.

134. Bahensky, J.A. Lean Sigma – Will It Work for Healthcare? / J.A. Bahensky, J. Roe, R. Bolton // Journal of Healthcare Information Management. – 2005. – No. 19(1). – P. 39–44.

135. Beck, M.J. Lean intervention improves patient discharge times, improves emergency department throughput and reduces congestion / M.J. Beck, D. Okerblom, A. Kumar, S. Bandyopadhyay, L.V. Scalzi // Hospital Practice. – 2016. – No. 44 (5). – P. 252–259.

136. Ben-Tovim, D. Lean thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Centre / D. Ben-Tovim, J. Bassham, D. Bolch, M. Martin, M. Dougherty, M. Szwarcbord // Australian Health Review. – 2007. – No. 31 (1). – P. 10–15

137. Chan, H. Lean techniques for the improvement of patients' flow in emergency department / H. Chan // World Journal of Emergency Medicine. – 2014. – No. 1. – P. 24–28.

138. Christine A. Sinsky, Thomas Bodenheimer / Powering-Up Primary Care Teams: Advanced Team Care With In-Room Support // The Annals of Family Medicine Jul 2019, 17 (4) 367-371; DOI: 10.1370/afm.2422

139. Common methods and instruments for health interview surveys in Europe: report of the WHO EUROHIS mid-term review, Copenhagen, Denmark, 2-4 November 2000. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108429>.

140. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.

141. De Souza, L. Trends and approaches in lean healthcare / L. De Souza // Leadership in Health Services. – 2009. – No. 22 (2). – P. 121–139.

142. Donabedian, A. The Seven Pillars of Quality. / A. Donabedian // Arch. Pathol. Lab. Med. – 1990. – Vol. 114. – P. 115–119.

143. Duvaufier, R. Process management in a radiology department. Impact on the quality system. / R. Duvaufier, S. Badonnel, Y. Vannoorenberghe // J. Radiol. – 2002. – Vol. 83. - №1. - P. 13–25.

144. Ellner AL, Phillips RS. The Coming Primary Care Revolution. *J Gen Intern Med.* 2017 Apr;32(4):380-386. doi: 10.1007/s11606-016-3944-3. Epub 2017 Feb 27. PMID: 28243869; PMCID: PMC5377886.

145. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. М.: «Права человека»; 2005. 193 с.

146. Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007

147. Fillingham, D. Can lean save lives? / D. Fillingham // Leadership in Health Services. – 2007. – No. 20 (4). – P. 231–241. 136. Freytag, P.V. Evidence of lean: a review of international peer-reviewed journal articles / P.V. Freytag, J.S. Arlbjørn // European Business Review. – 2013. – No. 25(2). – P. 174–205.

148. Gianfranco Damiani and others, The bigger, the better? A systematic review on the impact of mergers on primary care organizations, *European Journal of Public Health*, Volume 31, Issue 2, April 2021, Pages 244–252, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa248>

149. Godley, M. Decreasing Wait Times and Increasing Patient Satisfaction: A Lean Six Sigma Approach / M. Godley, J.B. Jenkins // *J Nurs Care Qual.* – 2019. – No. 34 (1). – P. 61–65.

150. Groenewegen P, Heinemann S, Greß S, Schäfer W. Primary care practice composition in 34 countries. *Health Policy.* 2015 Dec;119(12):1576-83. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.005.

151. Gupta, A. Utilizing Lean Principles to Improve Immunization Administration Efficiency in a Pediatric Mobile Clinic Program / A. Gupta, S.M. Misra, C. Garcia, M. Ugalde // *Pediatr Qual Saf.* – 2017. – No. 2 (5). [Электронный ресурс]. – ISSN 2472-0054 (Online) URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6132465/>

152. Habid, J. Quality management for health care in the Middle East and north Africa: professional cooperation as part of the peace process. / J.Habid, M.R.Massoud, M.Abulafia et al. // *Jt.Comm.J.Qual.Improv.* – 1997. – Vol.23. – P.65-68.

153. Hines, P. Learning to evolve: a review of contemporary lean thinking / P. Hines, M. Holweg, N. Rich // International Journal of Operations & Production Management. – 2004. – No. 24 (10). – P. 994–1011.
154. Hung, D., Scaling Lean in Primary Care: Impacts on System Performance / D. Hung, M. Harrison, M. Martinez, H. Luft // AJMC. – 2017. – Vol. 23.
155. Hupkens, C. (1997). Coverage of health topics by surveys in the European region. Eurostat Working Papers, Luxembourg.
156. Improving value in health care: measuring quality. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2010.
157. Joosten, T. Application of lean thinking to health care: issues and observations / T. Joosten, I. Bongers, R. Janssen // International Journal for Quality in Health Care. – 2009. – No. 21 (5). – P. 341–347.
158. Kenney, C. Transforming Health Care – Virginia Mason Medical Center’s Pursuit of the Perfect Patient Experience / C. Kenney. – CRC Press, New York (USA), 2011. – 223 p. – ISBN 1563273756.
159. Kringos, D.S. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. / Kringos D.S., Boerma W., van der Zee J., Groenewegen P.P. // Health Affairs. - 2013. - Vol. 32(4). – P.686-694.
160. Kringos, D.S. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. / Kringos D.S., Boerma W.G., van der Zee J., Groenewegen P.P. // Soc. Sci. Med. – 2013. - Vol.99. - P.9-17.
161. Lodge, A. New development: using lean techniques to reduce radiology waiting times / A. Lodge, D. Bamford // Public Money & Management. – 2008. – No. 28(1). – P. 49–52
162. Manos, A. Make healthcare lean / A. Manos, M. Sattler, G. Alukal // Quality Progress. – 2006. – Vol. 39, No. 7. – P. 24–30.
163. Miller, D. Going lean in health care / D. Miller. – Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. – 2005. – P. 20.

164. Millo, N.J. Clossary: Heathy public polici. / N.J.Millo // J.Epidemiol.and Community Health. – 2001. – Vol.55. - №9. – P.622-623.
165. Ng D. Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department / D. Ng, G. Vail, S. Thomas, N. Schmidt // CJEM. – 2010. – No. 12 (1). – P. 50–57
166. O'Donnell A, Kaner E, Shaw C, Hughton C. Primary care physicians' attitudes to the adoption of electronic medical records: a systematic review and evidence synthesis using the clinical adoption framework. BMC Med Inform DecisMak. 2018 Nov 13;18(1):101. DOI: 10.1186/s12911-018-0703-x. PMID: 30424758; PMCID: PMC6234586.
167. OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, URL: <https://doi.org/10.1787/a92adec4-en>.
168. OECD (2021), "Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic", OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, URL: <https://doi.org/10.1787/9a5ae6da-en>.
169. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. World Health Organization. Geneva. – 2019.
170. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006.
171. Radnor, Z. Lean in Public Services – Panacea or Paradox? / Z. Radnor, R. Boaden // Public Money and Management. –2008. – No. 28(1). – P. 3–7.
172. Radnor, Z. Lean: A Failed Theory for Public Services? / Z. Radnor, S.P. Osborne. // Public Management Review. – 2013. – No. 15 (2). – P. 265–287.
173. Report of the Global conference on primary health care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. - World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). 2019. – 48 p.: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330291/WHO-UHC-IHS-2019.62-eng.pdf>

174. Review of 40 years of primary health care implementation at country level. Report. – World Health Organization. Geneva. 2019. – 53 p.: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report.pdf>

175. Saltman R.B. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. / Saltman R.B., Rico A., Boerma W.G.W., editors. - European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead: Open University Press. 2006. – P. 22–47.

176. Sekiyama, M. Recommendations for making quality improvements in administration within local authorities. / M.Sekiyama // Nippon KoshuEiseiZasshi. - 2002. - Vol.49. - №5. – P.463-473.

177. Skeldon, S.C. Lean Methodology Improves Efficiency in Outpatient Academic Uro-oncology Clinics / S.C. Skeldon, A. Simmons, K. Hersey, A. Finelli, M.A. Jewett, A.R. Zlotta, N.E. Fleshner // Urology. – 2014. – No. 83 (5). – P. 992–997

178. Sustainable Development Goals: initial mapping of World Health Assembly and Regional Committee resolutions, strategies and action plans. - WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 2017. – 11 p.:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340346/WHO-EURO-2017-2239-41994-57721-eng.pdf>

179. Tracking primary health-care spending in selected countries. System of Health Accounts 2011 methodology. – WHO Regional office for Europe. Copenhagen. 2022. – 36 p.: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5173-44936-63926>.

180. Tucker, S.M. Patient care standards: collaborative practice planning guides, 6th ed. / S.M.Tucker, M.M.Canobbio, E.V.Paquette et al. – St.Louis: Mosby. – 1996. – P.1014.

181. Vermeulen, M.J. Evaluation of an Emergency Department Lean Process Improvement Program to Reduce Length of Stay / M.J. Vermeulen, T.A.

Stukel, A. Guttmann, B.H. Rowe, M. Zwarenstein, B. Golden // Annals of Emergency Medicine. – 2014. – No. 64 (5). – P. 427–438.

182. White, B.A. Applying Lean methodologies reduces ED laboratory turnaround times / B.A. White, J.M. Baron, A.S. Dighe, C.A. Camargo, D.F.M. Brown // The American Journal of Emergency Medicine. – 2015. – No. 33 (11). – P. 1572–1576.

183. WHO European Centre for Primary Health Care: annual report 2020–2021. - WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. - 2020. – 48 p.:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361713/WHO-EURO-2022-5652-45417-64995-eng.pdf>

184. WHO Global Observatory for eHealth. (2011). mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>

185. Young, T. Some challenges facing Lean Thinking in healthcare / T. Young, S. McClean // International Journal for Quality in Health Care. – 2009. – No. 21 (5). – P. 309–310.

186. Young, T.P. A critical look at Lean Thinking in healthcare / T.P. Young, S.I. McClean // Qual Safe Health Care. – 2008. – No. 17(5). – P. 382–386.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ВОЗ -Всемирная организация здравоохранения
- ВШЭ – Высшая школа экономики
- ГБУЗ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
- МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации
- МО – медицинская организация
- МП – медицинская помощь
- НП – национальный проект
- ОБУЗ – областное бюджетное учреждение здравоохранения
- ООН – Организация объединенных наций
- ОЭСР – организация экономического сотрудничества и развития
- ПК – повышение квалификации
- ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
- ПП – приоритетный проект
- РФ – Российская Федерация
- СК – Ставропольский край
- СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ
- ФГБУ – федеральное государственное бюджетное учреждение
- ФОМ – Фонд общественного мнения
- ЦНИИОИЗ МЗ РФ - Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава Российской Федерации
- ЦРБ – центральная районная больница

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Результат анкетирования медицинских организаций (юридических лиц), оказывающих первичную медико-санитарную помощь имеющих прикрепленное население за 2019 год.

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель	Мощность медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях;	1. Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы;	2. Коэффициент совместительства врачей;	3. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала;	4. Коэффициент совместительства врачей участковой службы;	5. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы;	6. Число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы;						
			Показатель	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы																
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	7,776	1100	2395,6	10,000	1,360	10,00	1,086	10,000	1,034	10,000	1,000	10,00	1,36	10,000
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	8,597	1547	2909,3	8,203	1,262	10,00	1,021	10,000	1,318	8,903	1,000	10,00	1,73	10,000
-																
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	7,268	765	3834,1	6,998	1,197	10,00	1,545	8,00	1,000	10,00	1,000	10,00	1,54	10,000
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	7,845	250	2010,0	8,331	1,146	10,00	1,219	10,00	1,059	10,00	1,469	7,75	0,94	8,076
-																
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	7,493	698	1306,1	9,50	0,484	4,835	0,284	2,836	1,190	9,972	1,096	10,000	1,17	10,00
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	7,304	176	2034,8	3,64	1,597	9,528	1,327	10,000	1,182	10,000	1,133	9,947	1,36	10,00
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	8,097	350	1053,2	10,00	1,681	8,979	1,827	6,590	1,211	9,796	0,909	9,091	1,16	10,00
Б. самостоятельные поликлиники																
ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	8,301	300	1331,5	7,640	0,891	8,911	1,039	10,000	0,943	9,432	0,847	8,472	0,82	7,699
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	8,044	779	1711,0	9,817	1,198	10,000	1,139	10,000	1,094	10,000	1,409	7,463	0,69	6,469

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель	Мощность медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях;	1. Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы;	2. Коэффициент совместительства врачей;	3. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала;	4. Коэффициент совместительства врачей участковой службы;	5. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы;	6. Число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы;						
			Показатель	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс			
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	7,525	375	1562,6	8,966	1,030	10,000	1,028	10,000	0,906	9,063	0,879	8,786	0,88	8,233
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	7,604	887	2249,9	9,438	1,004	10,000	0,995	9,951	0,827	8,274	1,046	10,000	0,64	6,049
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	смешанное	6,660	850	13809,9	0,000	1,055	10,000	1,033	10,000	1,438	7,205	1,313	8,322	1,50	10,000
<hr/>																
ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	взрослое	6,822	825	2793,0	9,673	1,768	5,21	2,052	2,412	1,543	6,082	1,543	6,552	1,00	9,954
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	взрослое	7,443	720	1664,3	7,521	1,169	10,00	1,291	8,929	0,864	8,644	1,186	9,663	0,93	9,280
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	взрослое	6,563	857	2041,5	9,226	0,947	9,47	0,979	9,794	0,895	8,952	4,382	0,000	0,61	6,101
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	взрослое	7,721	375	1441,7	6,515	1,138	10,00	1,218	9,560	0,793	7,931	0,963	9,625	0,69	6,865
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	взрослое	7,863	1270	3524,0	6,970	1,223	9,77	1,098	10,000	0,957	9,565	1,269	8,947	1,17	10,000
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	взрослое	7,650	180	3058,0	8,693	0,984	9,84	1,250	9,285	1,182	9,343	1,000	10,000	1,18	10,000
<hr/>																
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	детское	8,718	452	865,5	9,19	1,264	9,88	1,246	10,000	0,967	9,67	1,019	10,00	0,87	8,55
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	детское	8,021	457	885,0	9,39	0,960	9,60	1,039	10,000	1,154	9,27	1,357	7,68	0,81	7,97
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	детское	8,612	115	725,7	7,70	1,000	10,00	1,000	10,000	1,000	10,00	1,000	10,00	1,06	10,00

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель	Мощность медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях;	1. Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы;	2. Коэффициент совместительства врачей;	3. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала;	4. Коэффициент совместительства врачей участковой службы;	5. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы;	6. Число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы;				
				Показатель	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс

В. районные больницы и центральные районные больницы

ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлогорск	смешанное	8,082	1970	1598,5	9,504	1,654	8,05	6,167	0,000	1,033	10,00	1,167	8,628	0,93	7,934
ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	смешанное	7,546	670	1978,1	10,000	1,314	10,00	1,229	9,322	1,223	8,49	1,068	9,588	0,98	8,349
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	8,856	1315	2369,3	8,475	1,295	10,00	1,091	10,000	1,200	8,71	1,038	9,887	1,33	10,000
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	7,382	535	2460,4	8,031	1,172	10,00	1,019	10,000	1,300	7,77	1,167	8,628	1,20	10,000
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	7,270	1241	2995,7	5,428	1,620	8,30	8,444	0,000	1,750	3,53	1,444	5,920	1,35	10,000
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	8,412	531	1647,3	9,794	1,380	10,00	1,056	10,000	1,000	10,00	1,000	10,000	0,86	7,286
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	7,979	927	2600,4	7,350	1,289	10,00	0,968	9,680	1,817	2,91	1,000	10,000	2,07	10,000
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	8,054	450	1999,1	10,000	1,176	10,00	1,314	8,583	1,412	6,72	1,000	10,000	1,47	10,000
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	7,781	1000	1793,9	10,000	1,424	9,71	1,026	10,000	1,059	10,00	1,045	9,809	1,29	10,000
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	7,650	760	4187,4	0,000	1,618	8,31	1,340	8,355	1,196	8,74	1,405	6,307	1,50	10,000
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	8,188	2225	3277,2	4,058	1,761	7,28	1,270	8,967	1,336	7,43	0,930	9,303	1,74	10,000
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	8,148	1565	2997,6	5,418	1,414	9,78	1,118	10,000	1,068	9,95	0,896	8,962	1,61	10,000
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	7,409	1358	2037,6	10,000	1,403	9,87	1,152	9,989	1,071	9,92	1,162	8,671	1,32	10,000

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель	Мощность медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях;	1. Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы;	2. Коэффициент совместительства врачей;	3. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала;	4. Коэффициент совместительства врачей участковой службы;	5. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы;	6. Число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы;				
				Показатель	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	8,399	1409	2517,5	7,753	1,121	10,00	1,216	9,432	1,258	8,16	1,100	9,277
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	8,701	683	1760,7	10,000	1,286	10,00	0,709	7,090	1,107	9,58	1,095	9,324
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	8,017	1311	2353,8	8,550	1,672	7,92	1,037	10,000	1,672	4,27	1,037	9,891
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	8,031	2118	2219,1	9,205	1,589	8,52	1,400	7,836	1,327	7,51	1,200	8,303
ГБУЗ СК "Новосибирская РБ"	Новосибирское	смешанное	7,306	300	2202,4	9,286	1,316	10,00	1,076	10,000	0,833	8,33	0,875	8,750
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	8,375	600	1637,1	9,733	0,432	4,32	1,091	10,000	0,923	9,23	1,000	10,000
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	8,384	600	1537,8	9,143	1,174	10,00	1,167	9,863	1,043	10,00	1,034	9,920
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	8,479	1068	2230,3	9,151	1,171	10,00	1,158	9,937	0,996	9,96	1,063	9,634
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	8,053	683	2461,8	8,024	3,148	0,00	3,970	0,000	1,091	9,73	0,878	8,780
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	7,691	977	1838,1	10,000	1,233	10,00	1,047	10,000	1,071	9,92	0,833	8,333
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	8,313	660	1987,6	10,000	1,410	9,82	1,270	8,961	1,000	10,00	0,857	8,571
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	8,046	3137	2674,2	6,992	1,780	7,15	1,396	7,871	1,270	8,05	1,136	8,931
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	7,249	619	1157,2	6,880	1,433	9,65	1,267	8,992	0,558	5,58	0,993	9,931
													0,64	5,465

Продолжение

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	7. Коэффициент текучести врачебных кадров;		8. Фондово-оруженность на ед. персонала;		9. Фондово-оруженность акт. части на 1 врача;		10. Число обоснованных жалоб граждан на действия работников медицинской организации (амбулаторная помощь) (на 1 000 000 посещений);		11. Частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 прикрепленного населения)		12. Доля злокачественных новообразований III стадии заболевания	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы														
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	17,0	5,156	422,2	2,21	2547,7	9,905	0,00	10,000	318,1	-	51,7	6,921
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	1,6	9,532	323,4	1,70	1248,7	4,855	6,55	9,395	388,9	-	74,4	9,970
-														
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	13,2	5,668	7,6	0,066	109,9	0,400	37,11	3,797	-	-	56,2	7,446
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	4,7	8,458	2627,3	10,000	4055,8	10,000	13,19	7,795	8,8	-	43,2	5,725
-														
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	0,1	9,983	2,8	0,010	6,2	0,016	0,00	10,00	-	-	100,0	10,00
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	12,7	5,793	391,1	1,427	1671,3	4,204	8,69	7,87	-	-	0,0	0,00
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	0,0	10,000	186,3	0,679	498,1	1,253	15,93	6,09	-	-	100,0	10,00
Б. самостоятельные поликлиники														
ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	18,9	6,107	298,4	2,853	690,9	2,055	0,00	10,00	-	-	-	-
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	27,9	4,259	4645,4	10,000	14378,3	10,000	0,00	10,00	-	-	55,6	7,623
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	20,0	5,882	282,9	2,706	993,8	2,956	0,00	10,00	-	-	25,0	3,430
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	31,1	3,597	466,7	4,463	-	-	0,00	10,00	-	-	52,8	7,240

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	7. Коэффициент текучести врачебных кадров;		8. Фондово-оруженность на ед. персонала;		9. Фондово-оруженность акт. части на 1 врача;		10. Число обоснованных жалоб граждан на действия работников медицинской организации (амбулаторная помощь) (на 1 000 000 посещений);		11. Частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 прикрепленного населения)		12. Доля злокачественных новообразований III стадии заболевания	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	смешанное	19,6	5,955	641,9	6,138	3008,9	8,949	0,00	10,00	144,3	-	100,0	10,000
-														
ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	взрослое	29,6	0,000	334,4	4,304	1069,2	8,122	0,00	10,000	234,9	-	11,3	1,435
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	взрослое	16,6	3,819	73,6	0,947	215,8	1,639	3,29	9,439	--		100,0	10,000
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	взрослое	11,1	5,864	50,9	0,654	171,7	1,304	4,57	9,219	457,6	-	76,5	9,740
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	взрослое	4,2	8,445	511,8	6,586	1084,7	8,240	0,00	10,000	99,2	-	7,1	0,904
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	взрослое	13,7	4,889	100,6	1,295	427,5	3,247	0,00	10,000	--		60,8	7,750
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	взрослое	12,5	5,336	342,3	4,405	--	--	9,73	8,337	--		95,9	10,000
-														
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	детское	10,6	7,527	654,6	10,00	2126,2	10,000	9,09	8,836	--		100,0	10,000
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	детское	28,9	3,235	585,2	10,00	2233,3	10,000	0,00	10,000	--		0,0	0,000
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	детское	29,4	3,118	260,7	4,48	509,6	5,242	5,20	9,333	--		--	
В. районные больницы и центральные районные больницы														
ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	смешанное	8,8	7,30	1553,2	10,000	2830,6	10,000	0,00	10,00	232,7	8,847	74,9	10,000
ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	смешанное	9,1	7,20	36,3	0,412	202,3	0,775	0,00	10,00	229,6	8,728	10,5	1,489

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	7. Коэффициент текучести врачебных кадров;		8. Фондово-оруженность на ед. персонала;		9. Фондово-оруженность акт. части на 1 врача;		10. Число обоснованных жалоб граждан на действия работников медицинской организации (амбулаторная помощь) (на 1 000 000 посещений);		11. Частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 прикрепленного населения)		12. Доля злокачественных новообразований III стадии заболевания	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	19,9	3,92	1025,6	10,000	2635,0	10,000	0,00	10,00	294,5	10,000	56,5	8,008
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	34,4	0,00	72,1	0,819	114,1	0,437	4,68	9,47	293,2	10,000	53,2	7,538
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	1,2	9,63	130,6	1,482	1072,6	4,106	2,27	9,74	356,9	8,901	61,1	8,659
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	15,2	5,35	221,1	2,509	2028,0	7,764	0,00	10,00	298,2	10,000	76,2	10,000
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	15,0	5,40	251,4	2,853	2248,7	8,609	6,81	9,23	307,0	10,000	67,4	9,558
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	15,0	5,43	896,9	10,000	3148,9	10,000	0,00	10,00	175,4	6,666	84,1	10,000
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	19,6	3,99	467,6	5,307	4133,4	10,000	39,72	5,53	0,2	0,009	21,3	3,014
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	0,0	10,00	426,7	4,843	2831,3	10,000	0,00	10,00	427,6	6,701	21,0	2,971
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	14,5	5,55	2500,0	10,000	6279,3	10,000	--		338,3	9,478	--	--
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	12,6	6,14	410,7	4,661	3264,2	10,000	0,00	10,00	336,1	9,547	69,1	9,798
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	8,9	7,28	385,2	4,371	1800,0	6,891	9,33	8,95	217,7	8,275	43,5	6,170
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	10,7	6,74	705,0	8,001	2471,0	9,460	1,79	9,80	388,6	7,914	--	--
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	3,7	8,88	1063,4	10,000	2966,9	10,000	0,00	10,00	297,8	10,000	63,3	8,968

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	7. Коэффициент текучести врачебных кадров;		8. Фондово-оруженность на ед. персонала;		9. Фондово-оруженность акт. части на 1 врача;		10. Число обоснованных жалоб граждан на действия работников медицинской организации (амбулаторная помощь) (на 1 000 000 посещений);		11. Частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 прикрепленного населения)		12. Доля злокачественных новообразований III стадии заболевания	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	23,1	2,95	6610,4	10,000	10264,7	10,000	2,81	9,68	347,0	9,208	57,9	8,208
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	13,5	5,88	7520,4	10,000	22294,6	10,000	12,03	8,65	391,7	7,816	55,8	7,917
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	смешанное	21,1	3,56	414,8	4,707	1931,2	7,393	0,00	10,00	263,6	10,000	27,2	3,851
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	4,9	8,51	--	--	--	--	4,50	9,49	329,3	9,757	44,1	6,255
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	10,2	6,87	1687,7	10,000	6328,9	10,000	0,00	10,00	263,9	10,000	63,8	9,040
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	--	--	--	--	--	--	0,00	10,00	262,6	9,983	58,2	8,256
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	0,0	10,00	1008,7	10,000	4330,0	10,000	0,00	10,00	211,6	8,043	56,4	8,000
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	2,0	9,39	234,3	2,658	1930,5	7,391	5,49	9,38	260,3	9,893	45,0	6,380
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	8,2	7,49	385,2	4,371	2828,7	10,000	0,00	10,00	322,7	9,965	23,3	3,305
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	10,0	6,94	368,3	4,180	2302,1	8,813	0,00	10,00	371,2	8,454	61,3	8,693
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	5,2	8,40	70,1	0,795	597,6	2,288	18,69	7,90	273,2	10,000	70,9	10,000

Продолжение

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	13. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 1854 года, мужчины 1859 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	15. Число умерших на дому детей 017 лет на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;			
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы								
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	14,147	0,000	0,557	6,256	0,183	8,243
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	0,437	9,247	0,164	8,900	0,000	10,000
-								
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	0,886	7,858	0,081	9,620	-	-
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	1,110	7,319	0,046	9,783	-	-
-								
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	-	-	-	-	0,026	9,030
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	-	-	-	-	0,045	8,359
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	-	-	-	-	0,050	8,165
Б. самостоятельные поликлиники								
ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	0,000	10,000	0,118	8,996	0,000	10,000
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	0,229	9,367	0,000	10,000	0,000	10,000
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	0,214	9,407	-	-	0,000	10,000
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	2,071	4,273	1,135	0,359	0,000	10,000
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	смешанное	3,062	1,532	2,788	0,000	0,000	10,000

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	13. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 1854 года, мужчины 1859 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;		14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;		15. Число умерших на дому детей 017 лет на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
-								
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	взрослое	0,455	8,473	2,686	0,00	-	-
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	взрослое	0,260	9,129	-	-	-	-
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	взрослое	0,170	9,430	0,000	10,00	-	-
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	взрослое	2,010	3,253	0,289	7,14	-	-
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	взрослое	0,193	9,353	0,000	10,00	-	-
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	взрослое	1,759	4,096	0,000	10,00	-	-
-								
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	детское	-	-	-	-	0,000	10,000
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	детское	-	-	-	-	0,000	10,000
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	детское	-	-	-	-	0,000	10,000
В. районные больницы и центральные районные больницы								
ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	смешанное	1,654	7,450	0,371	7,968	0,387	6,27
ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	смешанное	1,674	7,418	0,120	9,341	0,244	7,65
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	2,022	6,883	0,166	9,088	0,121	8,83

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	13. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 1854 года, мужчины 1859 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;		14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;		15. Число умерших на дому детей 017 лет на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	1,748	7,305	0,253	8,613	0,707	3,17
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	2,786	5,704	0,218	8,804	0,207	8,00
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	1,249	8,075	0,363	8,008	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	2,704	5,830	0,364	8,003	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	2,879	5,561	0,194	8,935	0,136	8,69
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	3,148	5,146	0,197	8,918	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	1,913	7,050	0,656	6,404	0,141	8,64
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	-	-	0,564	6,905	0,154	8,51
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	2,310	6,438	0,103	9,434	0,059	9,43
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	4,350	3,293	1,900	0,000	0,098	9,05
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	0,101	9,844	0,021	9,887	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	-	-	0,067	9,633	0,000	10,00
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	1,314	7,974	1,034	4,331	0,128	8,77
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	2,140	6,700	0,840	5,391	0,037	9,64

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	13. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 1854 года, мужчины 1859 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;		14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;		15. Число умерших на дому детей 017 лет на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	смешанное	-	-	0,048	9,737	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	1,068	8,353	0,162	9,112	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	2,539	6,085	0,204	8,881	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	1,335	7,942	-	-	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	2,044	6,848	0,275	8,493	0,143	8,62
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	1,260	8,058	0,638	6,499	0,119	8,85
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	1,727	7,338	0,749	5,891	0,000	10,00
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	1,470	7,734	0,284	8,441	0,242	7,66
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	3,089	5,237	0,262	8,562	0,135	8,70

Продолжение

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслужива-емого населения:	19. Доля активных амбулаторных посещений от общего числа посещений по заболеванию;	20. Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений;	21. Охват больных диспансерным наблюдением;	22. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году;	23. Доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией;	24. Охват обследованием на туберкулез методом туберкулиновидиагностики детей в возрасте 014 лет;				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы												
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	0,0	0,000	49,1	10,00	72,4	10,00	92,5	9,254	25,8	5,562
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	6,2	10,000	50,4	10,00	51,4	10,00	131,3	10,000	29,3	6,324
-												
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	0,9	4,67	28,9	10,000	22,5	5,472	100,0	10,000	43,0	10,000
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	0,0	0,00	25,6	10,000	20,8	5,070	100,0	10,000	4,0	0,920
-												
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	12,9	10,000	65,1	10,00	10,1	4,26	-	-	-	85,4
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	2,2	4,112	52,1	10,00	26,3	10,00	-	-	-	90,3
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	5,3	9,738	65,7	10,00	24,8	10,00	-	-	100,0	-
Б. самостоятельные поликлиники												
ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	13,6	10,000	41,9	10,000	9,6	2,36	100,0	10,00	88,4	10,000
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	3,7	10,000	28,0	8,900	23,5	5,77	100,0	10,00	3,5	0,724
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	-	-	20,1	6,368	15,0	3,69	100,0	10,00	1,2	0,248
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	12,7	10,000	38,3	10,000	43,9	10,00	100,0	10,00	2,8	0,581
-												

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	19. Доля активных амбулаторных посещений от общего числа посещений по заболеванию;	20. Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений;	21. Охват больных диспансерным наблюдением;	22. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году;	23. Доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией;	24. Охват обследованием на туберкулез методом туберкулиодиагностики детей в возрасте 014 лет;					
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	смешанное	0,7	2,183	62,5	10,000	35,7	8,77	103,3	10,00	48,3	10,000	
-													
ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	взрослое	1,3	5,519	48,5	10,00	52,9	10,000	100,0	10,00	52,7	10,000	
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	взрослое	4,6	10,000	41,3	10,00	27,3	6,476	100,0	10,00	6,2	1,408	
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	взрослое	0,4	1,624	25,0	10,00	25,2	5,979	100,4	10,00	0,9	0,193	
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	взрослое	1,6	7,107	42,1	10,00	33,0	7,811	118,1	10,00	95,3	10,000	
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	взрослое	4,9	10,000	38,9	10,00	30,0	7,115	97,5	9,75	22,1	5,013	
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	взрослое	15,8	10,000	37,8	10,00	19,2	4,557	99,1	9,91	2,0	0,455	
-													
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	детское	9,8	10,00	46,9	9,95	9,4	4,397	-	-	-	90,7	9,072
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	детское	3,1	5,15	61,0	10,00	15,3	7,187	-	-	-	65,8	6,577
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	детское	5,8	9,67	53,6	10,00	34,3	10,000	-	-	-	100,1	10,000
В. районные больницы и центральные районные больницы													
ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	смешанное	4,0	10,000	34,4	9,149	14,9	3,481	100,0	10,000	41,0	6,319	
ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	смешанное	0,6	1,992	26,9	7,165	14,2	3,306	100,0	10,000	85,4	10,000	
											83,7	8,37	

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	19. Доля активных амбулаторных посещений от общего числа посещений по заболеванию;	20. Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений;	21. Охват больных диспансерным наблюдением;	22. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году;	23. Доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией;	24. Охват обследованием на туберкулез методом туберкулиодиагностики детей в возрасте 014 лет;				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	9,2	10,000	323,8	10,000	42,2	9,861	99,3	9,927	100,0	10,000
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	82,5	10,000	41,0	10,000	44,8	10,000	100,0	10,000	28,6	4,413
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	2,7	8,695	46,3	10,000	41,5	9,687	72,4	7,241	5,3	0,820
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	0,0	0,000	52,4	10,000	52,9	10,000	100,0	10,000	100,0	10,000
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	0,7	2,172	45,3	10,000	45,5	10,000	100,0	10,000	20,4	3,154
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	0,3	1,025	42,3	10,000	30,5	7,119	100,0	10,000	42,2	6,504
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	16,9	10,000	45,4	10,000	42,7	9,965	93,6	9,362	6,1	0,939
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	0,0	0,000	41,3	10,000	90,4	10,000	100,0	10,000	33,3	5,138
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	2,7	8,421	--	--	--	--	100,0	10,000	66,0	10,000
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	0,0	0,000	34,0	9,061	23,5	5,494	100,0	10,000	10,2	1,576
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	3,8	10,000	0,3	0,076	90,8	10,000	100,0	10,000	57,7	8,897
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	2,7	8,624	29,3	7,792	17,1	4,003	--	--	100,0	10,000
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	2,1	6,704	43,4	10,000	34,4	8,038	100,0	10,000	26,3	4,050
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	1,0	3,296	42,4	10,000	30,4	7,108	97,1	9,707	51,7	7,975
											64,2	6,42

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслужива-емого населения:	19. Доля активных амбулаторных посещений от общего числа посещений по заболеванию;	20. Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений;	21. Охват больных диспансерным наблюдением;	22. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году;	23. Доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией;	24. Охват обследованием на туберкулез методом туберкулиодиагностики детей в возрасте 014 лет;				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	1,0	3,208	34,4	9,161	25,9	6,048	100,0	10,000	1,9	0,293
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	смешанное	0,2	0,750	9,0	2,405	121,3	10,000	100,0	10,000	32,0	4,944
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	6,7	10,000	36,5	9,709	33,1	7,730	100,0	10,000	16,0	2,474
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	1,0	3,016	41,7	10,000	31,4	7,323	99,6	9,963	14,4	2,225
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	5,2	10,000	41,6	10,000	42,4	9,901	100,0	10,000	26,6	4,099
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	18,0	10,000	42,9	10,000	41,8	9,754	100,0	10,000	10,1	1,560
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	0,4	1,221	42,2	10,000	19,9	4,644	98,2	9,824	9,9	1,521
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	4,3	10,000	37,8	10,000	98,8	10,000	100,0	10,000	11,9	1,835
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	5,6	10,000	43,6	10,000	28,5	6,661	86,5	8,653	9,4	1,446
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	90,4	10,000	38,6	10,000	16,8	3,916	100,0	10,000	5,4	0,829

Продолжение

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслужива-емого населения:	25. Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки;	26. Охват населения вакцинированием против гриппа;	27. Охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции;	28. Полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации	29. Наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг			
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы										
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	89,2	8,916	49,0	7,771	1,7	4,371	1,0	10,00
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	80,9	8,092	65,2	10,000	1,3	3,363	1,0	10,00
-										
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	73,9	7,391	54,1	9,452	0,1	0,599	1,0	10,00
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	85,0	8,503	48,0	8,376	0,2	0,979	1,0	10,00
-										
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	91,7	-	52,4	6,056	14,4	7,129	1,0	10,00
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	0,0	-	47,1	5,444	4,5	2,225	1,0	10,00
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	98,6	-	47,6	5,502	9,8	4,832	1,0	10,00
Б. самостоятельные поликлиники										
ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	94,6	9,458	38,5	6,317	1,3	3,395	1,0	10,00
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	10,7	1,071	33,6	5,507	0,2	0,655	1,0	10,00
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	71,5	7,152	47,3	7,763	2,4	6,264	1,0	10,00
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	97,1	9,714	28,8	4,718	0,3	0,810	1,0	10,00

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	25. Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки;	26. Охват населения вакцинированием против гриппа;	27. Охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции;	28. Полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации	29. Наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг			
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	смешанное	48,2	4,825	21,2	3,475	0,0	0,000	1,0	10,00
-										
ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	взрослое	78,3	7,828	47,9	8,268	0,3	1,040	1,0	10,00
-										
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	взрослое	87,2	8,715	46,4	8,008	0,1	0,261	0,9	9,00
-										
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	взрослое	67,0	6,698	24,9	4,305	0,1	0,183	1,0	10,00
-										
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	взрослое	85,7	8,567	47,7	8,233	0,1	0,302	1,0	10,00
-										
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	взрослое	88,0	8,796	46,5	8,036	0,1	0,468	0,9	9,00
-										
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	взрослое	88,6	8,861	49,8	8,596	0,1	0,537	1,0	10,00
-										
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	детское	66,7	-	51,0	6,191	4,0	2,622	1,0	10,00
-										
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	детское	99,7	-	42,0	5,098	--	--	1,0	10,00
-										
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	детское	0,0	-	55,6	6,746	12,0	7,817	0,9	9,00
В. районные больницы и центральные районные больницы										
ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	смешанное	76,3	7,629	48,9	8,170	1,1	2,076	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	смешанное	100,1	10,000	49,4	8,243	2,2	4,383	1,0	10,000
-										

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	25. Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки;		26. Охват населения вакцинированием против гриппа;		27. Охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции;		28. Полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации		29. Наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	80,2	8,015	47,4	7,919	2,1	4,114	1,0	10,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	81,5	8,153	48,5	8,103	1,3	2,556	0,9	9,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	83,1	8,310	48,9	8,165	1,1	2,145	1,0	10,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	83,9	8,394	49,1	8,196	2,1	4,192	1,0	10,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	75,5	7,554	57,7	9,636	0,8	1,632	0,9	9,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	81,4	8,141	48,2	8,050	0,8	1,613	1,0	10,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	57,3	5,734	48,1	8,037	1,2	2,416	1,0	10,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	81,2	8,121	46,5	7,767	3,6	6,999	1,0	10,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	81,2	8,124	36,9	6,169	0,2	0,360	1,0	10,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	78,7	7,871	47,6	7,943	1,9	3,784	1,0	10,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	54,2	5,425	46,2	7,719	1,2	2,315	1,0	10,000	0,0	0,000
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	86,9	8,694	48,1	8,038	2,8	5,485	1,0	10,000	2,0	10,000
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	83,3	8,328	45,2	7,540	2,3	4,443	1,0	10,000	2,0	10,000

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	25. Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки;	26. Охват населения вакцинированием против гриппа;	27. Охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции;	28. Полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации	29. Наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг			
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	82,6	8,264	50,1	8,373	0,1	0,261	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	98,9	9,894	57,0	9,524	0,6	1,180	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	смешанное	58,9	5,894	48,2	8,055	2,6	5,116	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	86,3	8,626	42,2	7,053	2,3	4,552	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	86,0	8,601	43,1	7,194	2,3	4,489	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	77,1	7,708	45,6	7,613	1,4	2,818	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	88,3	8,829	46,7	7,793	2,1	4,122	0,9	9,000
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	72,0	7,195	47,8	7,973	1,2	2,309	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	81,4	8,140	43,0	7,180	1,1	2,185	1,0	10,000
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	81,7	8,166	48,3	8,066	1,0	1,877	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	82,1	8,212	38,3	6,395	0,0	0,067	1,0	10,000

Приложение 2.

Результат анкетирования медицинских организаций (юридических лиц), оказывающих первичную медико-санитарную помощь имеющих прикрепленное население за 2020 год.

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслужива-емого населения:	Адаптиро-ванный суммарный интегральный показатель	Мощность медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях;	1. Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы;	2. Коэффициент совместительства врачей;	3. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала;	4. Коэффициент совместительства врачей участковой службы;	5. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы;
				Показатель	Пок-ль Индекс	Пок-ль Индекс	Пок-ль Индекс	Пок-ль Индекс	Пок-ль Индекс
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы									
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	7,462	1200	2344,6 10,000	1,414 10,00	1,159 10,000	1,228 9,665	0,992 9,92
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	7,953	1547	2761,6 8,799	1,076 10,00	1,255 9,810	1,338 8,739	1,075 10,00
-									
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	6,316	765	4984,3 3,136	1,037 10,00	1,388 9,22	1,000 10,00	1,000 10,00
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	7,843	250	2447,4 10,000	1,162 10,00	1,435 8,86	1,179 10,00	1,808 4,94
-									
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	7,189	698	1229,9 10,00	0,588 5,884	0,268 2,679	1,017 10,000	1,045 10,000
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	7,795	176	2093,8 3,17	1,721 8,641	1,282 10,000	1,091 10,000	1,125 10,000
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	8,234	350	1053,3 10,00	1,069 10,000	1,827 6,587	1,158 10,000	1,023 10,000
Б. самостоятельные поликлиники									
ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	8,241	300	1309,1 7,461	0,912 9,115	1,014 10,000	0,967 9,674	0,917 9,167
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	8,219	684	1845,4 10,000	1,060 10,000	1,112 10,000	0,943 9,429	1,202 9,324

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель	Мощность медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях;	1. Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы;	2. Коэффициент совместительства врачей;		3. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала;		4. Коэффициент совместительства врачей участковой службы;		5. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы;		
			Показатель	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	7,155	375	1706,2	9,725	1,023	10,000	1,227	9,730	0,908	9,079	0,963	9,630
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	7,393	887	2633,2	7,721	1,079	10,000	1,072	10,000	1,029	10,000	1,488	6,779
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	смешанное	6,608	850	14132,0	0,000	1,053	10,000	1,038	10,000	1,188	9,423	1,250	8,894
<hr/>														
ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	взрослое	7,551	825	2470,7	10,000	1,483	7,60	1,363	8,316	1,154	9,592	1,154	9,925
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	взрослое	7,264	720	1686,4	7,634	1,154	10,00	1,318	8,699	0,836	8,361	1,125	10,000
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	взрослое	7,155	857	2027,5	9,178	1,024	10,00	1,104	10,000	0,903	9,032	1,267	8,940
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	взрослое	7,133	375	1360,0	6,157	1,188	10,00	1,229	9,460	0,800	8,000	1,048	10,000
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	взрослое	7,027	1270	5062,5	1,249	1,171	10,00	1,138	10,000	1,234	8,865	1,337	8,326
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	взрослое	7,488	180	3058,0	8,674	1,155	10,00	1,283	9,002	1,182	9,339	1,083	10,000
<hr/>														
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	детское	8,870	685	927,5	9,85	1,225	10,00	1,240	10,000	0,950	9,50	1,083	10,00
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	детское	8,196	457	781,9	8,30	0,957	9,57	1,192	10,000	0,968	9,68	1,357	7,68
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	детское	8,575	115	642,1	6,82	1,000	10,00	1,000	10,000	1,000	10,00	1,000	10,00
В. районные больницы и центральные районные больницы														
ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	смешанное	8,079	1970	1653,1	9,816	1,740	7,43	1,202	9,498	1,081	9,82	1,091	9,389
ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	смешанное	7,502	670	1968,9	10,000	1,291	10,00	1,183	9,660	1,134	9,33	1,118	9,126
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	8,457	1315	2147,9	9,565	1,045	10,00	0,951	9,507	1,015	10,00	1,053	9,761
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	7,395	535	1872,1	10,000	0,975	9,75	0,957	9,569	0,885	8,85	1,000	10,000

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель	Мощность медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях;	1. Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы;	2. Коэффициент совместительства врачей;		3. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала;		4. Коэффициент совместительства врачей участковой службы;		5. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы;		
			Показатель	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	7,060	1241	3476,9	3,108	1,716	7,60	0,991	9,914	1,824	2,83	1,079	9,505
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	8,008	531	1637,0	9,720	1,495	9,20	1,067	10,000	1,000	10,00	1,286	7,494
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	7,642	927	2028,3	10,000	1,174	10,00	0,708	7,080	1,592	5,01	4,217	0,000
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	7,744	450	2247,9	9,079	1,170	10,00	1,508	6,828	0,800	8,00	1,080	9,495
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	7,635	1000	1999,7	10,000	1,367	10,00	1,046	10,000	1,000	10,00	1,043	9,850
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	7,388	760	3859,5	1,249	1,774	7,18	1,341	8,287	1,267	8,08	1,405	6,336
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	7,506	2225	3100,0	4,939	1,714	7,62	1,291	8,716	1,291	7,85	1,104	9,260
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	7,696	1565	3092,6	4,975	1,406	9,84	1,311	8,548	1,320	7,57	0,931	9,314
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	7,981	1358	2247,9	9,079	1,348	10,00	1,201	9,506	1,200	8,70	1,075	9,543
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	8,324	1539	3109,5	4,893	1,034	10,00	1,192	9,586	1,375	7,06	1,100	9,300
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	8,487	683	1848,7	10,000	1,314	10,00	1,368	8,049	1,250	8,23	1,136	8,946
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	7,572	1315	2438,9	8,151	1,750	7,36	1,152	9,936	1,750	3,53	1,152	8,796
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	7,607	2118	2649,0	7,130	1,558	8,74	1,464	7,209	1,489	5,98	1,259	7,757
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	смешанное	7,214	360	2453,6	8,080	1,292	10,00	1,123	10,000	0,818	8,18	0,875	8,750
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	8,348	600	1926,7	10,000	1,043	10,00	1,000	10,000	1,091	9,73	1,000	10,000
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	7,962	600	1565,4	9,295	1,212	10,00	1,274	8,867	1,000	10,00	1,091	9,389
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	7,866	1058	2758,9	6,597	1,235	10,00	0,605	6,046	0,736	7,36	0,918	9,179

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслужива-емого населения:	Адаптиро-ванный суммарный интегральный показатель	Мощность медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях;	1. Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы;	2. Коэффициент совместительства врачей;		3. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала;		4. Коэффициент совместительства врачей участковой службы;		5. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы;		
			Показатель	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	7,757	683	2455,1	8,073	3,205	0,00	3,951	0,000	1,091	9,73	0,878	8,780
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	8,161	977	1884,5	10,000	1,390	9,96	1,067	10,000	1,044	10,00	0,851	8,511
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	8,598	660	2075,9	9,914	1,461	9,44	1,370	8,034	1,000	10,00	1,026	10,000
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	7,330	3137	3288,7	4,023	1,959	5,85	1,461	7,234	1,580	5,13	1,287	7,480
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	6,956	619	2564,0	7,543	1,498	9,18	1,374	7,991	1,180	8,89	1,088	9,418

Продолжение

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	6. Число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы;	7. Коэффициент текучести врачебных кадров;	8. Фондовооруженность на ед. персонала;	9. Фондовооруженность акт. части на 1 врача;	10. Число обоснованных жалоб граждан на действия работников медицинской организации (амбулаторная помощь) (на 1 000 000 посещений);	11. Частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 прикрепленного населения)				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы												
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	1,35	10,000	25,2	2,821	472,4	2,48	2918,2	10,000	0,00	10,000
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	1,56	10,000	12,1	6,557	405,1	2,12	1617,1	6,287	3,68	9,660
-												
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	1,30	10,000	17,7	4,200	24,4	0,214	367,9	1,341	101,18	0,000
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	0,93	7,975	12,1	6,021	3102,1	10,000	5335,6	10,000	9,12	8,475
-												
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	1,10	9,91	13,2	5,640	484,0	1,765	1144,5	2,903	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	1,45	10,00	9,6	6,834	405,2	1,478	1807,1	4,584	4,87	8,80
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	1,16	10,00	0,0	10,000	196,4	0,716	519,1	1,317	17,67	5,67
Б. самостоятельные поликлиники												
ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	0,91	8,588	19,4	6,010	332,4	3,558	717,5	2,134	0,00	10,00
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	0,89	8,331	40,0	1,757	3336,8	10,000	10417,2	10,000	0,00	10,00
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	0,71	6,683	19,0	6,091	332,7	3,561	1174,8	3,494	3,34	9,62
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	0,60	5,644	19,0	6,086	572,1	6,124	--	--	0,00	10,00

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	6. Число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы;	7. Коэффициент текучести врачебных кадров;	8. Фондово-оруженность на ед. персонала;	9. Фондово-оруженность акт. части на 1 врача;	10. Число обоснованных жалоб граждан на действия работников медицинской организации (амбулаторная помощь) (на 1 000 000 посещений);	11. Частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 прикрепленного населения)				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	1,15	9,777	15,1	5,40	1175,0	10,000	3351,7	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	1,00	8,490	20,0	3,89	80,3	0,891	151,9	0,570	0,00	10,00
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	2,24	10,000	3,6	8,90	138,6	1,539	1076,0	4,035	0,30	9,97
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	1,00	8,490	18,2	4,44	287,7	3,194	2740,5	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	2,37	10,000	14,3	5,63	520,7	5,781	2632,2	9,872	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	1,67	10,000	20,6	3,71	1003,6	10,000	3479,0	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	1,53	10,000	13,8	5,78	513,8	5,705	4456,1	10,000	44,22	5,02
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	1,40	10,000	0,0	10,00	474,3	5,266	3171,3	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	1,62	10,000	12,6	6,14	2600,5	10,000	6798,0	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	1,59	10,000	12,4	6,20	596,8	6,625	4418,2	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	1,60	10,000	14,9	5,45	427,3	4,744	2285,4	8,571	19,35	7,82
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	1,67	10,000	7,8	7,60	794,4	8,820	3021,9	10,000	1,82	9,79
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	1,10	9,339	5,6	8,30	1112,7	10,000	2998,8	10,000	3,49	9,61

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	6. Число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы;	7. Коэффициент текучести врачебных кадров;	8. Фондово-оруженность на ед. персонала;	9. Фондово-оруженность акт. части на 1 врача;	10. Число обоснованных жалоб граждан на действия работников медицинской организации (амбулаторная помощь) (на 1 000 000 посещений);	11. Частота вызовов скорой медицинской помощи (на 1000 прикрепленного населения)				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	1,87	10,000	7,1	7,82	7632,2	10,000	12450,8	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	1,29	10,000	13,2	5,95	9103,4	10,000	27551,2	10,000	12,84	8,55
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	смешанное	1,45	10,000	21,1	3,56	849,8	9,435	2524,2	9,466	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	1,18	10,000	20,0	3,89	--	--	--	--	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	1,05	8,895	12,1	6,31	1669,6	10,000	6466,9	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	1,24	10,000	--	--	--	--	--	--	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	1,86	10,000	3,1	9,04	1253,2	10,000	5856,2	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	1,38	10,000	12,9	6,06	808,5	8,976	3290,6	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	1,06	8,962	5,2	8,42	461,9	5,128	3320,7	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	1,48	10,000	17,2	4,74	415,7	4,615	2803,4	10,000	0,00	10,00
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	1,48	10,000	7,0	7,87	61,8	0,686	434,5	1,630	17,41	8,04
											279,5	10,000

Продолжение

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	13. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 1854 года, мужчины 1859 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	15. Число умерших на дому детей 017 лет на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс

А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы

ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	17,996	0,000	0,149	8,996	0,088	9,152
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	0,818	8,592	0,144	9,030	0,043	9,586
<hr/>								
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	0,710	8,284	0,059	9,721	--	--
<hr/>								
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	0,697	8,316	0,043	9,796	--	--
<hr/>								
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	--	--	--	--	0,000	10,000
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	--	--	--	--	0,087	6,811
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	--	--	--	--	0,000	10,000

Б. самостоятельные поликлиники

ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	0,000	10,000	0,059	9,535	0,000	10,000
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	0,198	9,452	0,000	10,000	0,000	10,000
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	0,446	8,766	--	--	0,000	10,000
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	2,098	4,197	1,274	0,000	0,000	10,000

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	13. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 1854 года, мужчины 1859 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	15. Число умерших на дому детей 017 лет на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;			
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	смешанное	0,957	7,353	2,875	0,000	0,000	10,000
<hr/>								
ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	взрослое	0,591	8,015	2,265	0,00	--	--
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	взрослое	0,272	9,088	--	--	--	--
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	взрослое	0,219	9,265	0,000	10,00	--	--
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	взрослое	2,662	1,061	0,236	7,63	--	--
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	взрослое	0,366	8,773	0,000	10,00	--	--
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	взрослое	1,776	4,038	0,000	10,00	--	--
<hr/>								
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	детское	--	--	--	--	0,000	10,000
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	детское	--	--	--	--	0,000	10,000
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	детское	--	--	--	--	0,000	10,000
<hr/> В. районные больницы и центральные районные больницы								
ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	смешанное	2,811	5,724	0,347	8,097	0,213	7,94
ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	смешанное	1,833	7,213	0,159	9,130	0,046	9,55

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	13. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 1854 года, мужчины 1859 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;		14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;		15. Число умерших на дому детей 017 лет на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	2,572	6,089	0,214	8,824	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	2,534	6,146	0,316	8,266	0,000	10,00
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	2,310	6,486	0,055	9,696	0,209	7,98
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	2,069	6,853	0,223	8,778	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	2,495	6,205	0,364	8,003	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	2,175	6,692	1,446	2,069	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	3,148	5,211	0,150	9,179	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	2,260	6,563	0,365	7,998	0,000	10,00
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	1,525	7,681	0,463	7,462	0,193	8,14
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	2,585	6,068	0,173	9,053	0,297	7,13
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	0,410	9,377	1,118	3,868	0,000	10,00
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	0,313	9,524	0,000	10,000	0,000	10,00

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	13. Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 1854 года, мужчины 1859 лет) на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	14. Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;	15. Число умерших на дому детей 017 лет на 1000 прикрепленного населения соответствующего возраста;			
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	12,964	0,000	0,085	9,533	0,140	8,64
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	1,014	8,457	1,639	1,012	0,387	6,26
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	2,181	6,683	0,632	6,534	0,074	9,29
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	смешанное	7,156	0,000	0,202	8,890	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	0,633	9,038	0,082	9,549	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	2,088	6,824	0,157	9,137	0,122	8,82
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	1,650	7,490	-	-	0,061	9,42
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	1,806	7,254	0,193	8,944	0,000	10,00
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	1,592	7,579	0,555	6,958	0,060	9,42
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	1,658	7,478	0,000	10,000	0,000	10,00
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	2,164	6,708	0,340	8,137	0,061	9,41
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	3,577	4,560	0,177	9,030	0,276	7,34

Продолжение

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслужива-емого населения:	18. Доля детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании не менее 3х месяцев;	19. Доля активных амбулаторных посещений от общего числа посещений по заболеванию;	20. Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений;	21. Охват больных диспансерным наблюдением;	22. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году;	23. Доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией;				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс

А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы

ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	55,8	6,57	0,0	0,000	49,4	10,00	75,4	10,00	19,4	1,938	38,6	8,346
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	48,0	5,65	6,4	10,000	37,5	10,00	47,1	10,00	36,4	3,644	7,7	1,665
<hr/>														
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	-	-	0,6	3,02	19,3	8,816	40,7	9,888	23,4	2,344	0,8	0,210
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	-	-	0,0	0,00	29,0	10,000	34,1	8,275	55,7	5,568	2,2	0,556
<hr/>														
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	49,0	5,61	15,6	10,000	59,1	10,00	10,0	4,21	-	-	-	-
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	78,6	9,01	3,5	6,289	58,5	10,00	30,5	10,00	-	-	-	-
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	72,0	8,26	5,0	9,144	56,0	10,00	27,1	10,00	-	-	69,4	-

Б. самостоятельные поликлиники

ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	90,4	10,000	8,8	10,000	15,1	4,794	42,9	10,00	27,9	2,79	65,1	10,000
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	58,6	6,719	3,5	10,000	24,0	7,637	39,2	9,54	100,0	10,00	1,7	0,364
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	77,0	8,822	-	-	7,2	2,302	13,7	3,33	19,9	1,99	0,4	0,089
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	-	-	2,2	7,409	41,3	10,000	45,4	10,00	100,0	10,00	0,2	0,052

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	18. Доля детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании не менее 3х месяцев;	19. Доля активных амбулаторных посещений от общего числа посещений по заболеванию;	20. Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений;	21. Охват больных диспансерным наблюдением;	22. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году;	23. Доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией;				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы												
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	смешанное	- -	1,2 3,940	55,8 10,000	61,4 10,00	17,3 1,73	93,9 10,000				
-												
ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1 " города-курорта Кисловодска	Кисловодск	взрослое	- -	1,3 5,701	41,4 10,00	93,2 10,000	100,0 10,00	31,2 7,076				
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	взрослое	- -	3,0 10,000	52,3 10,00	33,3 7,862	100,0 10,00	2,6 0,584				
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	взрослое	- -	1,1 4,644	26,2 10,00	80,5 10,000	30,2 3,02	83,6 10,000				
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	взрослое	- -	2,4 10,000	34,6 10,00	31,4 7,425	33,9 3,39	78,5 10,000				
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	взрослое	- -	1,4 6,120	23,7 10,00	41,6 9,821	21,9 2,19	17,2 3,889				
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	взрослое	- -	22,9 10,000	28,1 10,00	36,7 8,683	31,2 3,12	3,5 0,792				
-												
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	детское	66,4 7,70	9,9 10,00	47,5 10,00	11,2 5,247	- -	- -				
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	детское	83,4 9,67	10,8 10,00	75,0 10,00	13,2 6,174	- -	- -				
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	детское	67,5 7,83	1,3 2,09	47,5 10,00	36,6 10,000	- -	- -				
В. районные больницы и центральные районные больницы												
ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	смешанное	63,3 7,659	9,2 10,000	42,5 10,000	16,4 3,826	26,5 2,651	40,0 6,167				

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	18. Доля детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании не менее 3х месяцев;	19. Доля активных амбулаторных посещений от общего числа посещений по заболеванию;	20. Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений;	21. Охват больных диспансерным наблюдением;	22. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году;	23. Доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией;				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс

А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы

ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	смешанное	86,8	10,000	0,6	2,036	27,6	7,338	18,7	4,371	36,3	3,630	100,0	10,000
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	61,1	7,394	1,7	5,480	36,8	9,787	53,7	10,000	23,6	2,361	100,0	10,000
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	57,6	6,962	86,2	10,000	49,3	10,000	47,8	10,000	30,8	3,078	1,0	0,150
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	69,2	8,373	5,2	10,000	3,7	0,998	42,3	9,854	43,9	4,386	1,7	0,261
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	42,3	5,110	--		49,1	10,000	58,8	10,000	30,8	3,075	33,9	5,234
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	53,3	6,448	0,4	1,335	45,4	10,000	46,9	10,000	39,4	3,936	14,3	2,208
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	75,2	9,097	9,0	10,000	46,2	10,000	23,0	5,359	50,2	5,020	9,5	1,469
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	47,6	5,762	0,0	0,000	41,3	10,000	42,3	9,872	22,9	2,288	16,3	2,519
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	84,8	10,000	0,0	0,000	28,4	7,549	88,4	10,000	40,6	4,057	18,6	2,866
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	16,8	2,038	0,8	2,701	46,8	10,000	--		18,6	1,857	58,2	8,978
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	100,0	10,000	0,0	0,000	40,7	10,000	36,4	8,482	23,1	2,315	1,5	0,234
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	83,9	10,000	8,8	10,000	1,0	0,254	87,2	10,000	100,0	10,000	64,5	9,956

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	18. Доля детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании не менее 3х месяцев;	19. Доля активных амбулаторных посещений от общего числа посещений по заболеванию;	20. Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений;	21. Охват больных диспансерным наблюдением;	22. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году;	23. Доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией;				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс

А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы

ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	64,9	7,846	7,1	10,000	34,3	9,129	17,0	3,957	-	100,0	10,000	
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	75,1	9,082	2,4	7,661	32,9	8,756	41,5	9,683	100,0	10,000	4,3	0,670
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	64,8	7,834	1,1	3,433	40,3	10,000	38,0	8,857	30,6	3,063	22,2	3,419
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	77,6	9,382	3,7	10,000	28,7	7,654	38,8	9,041	28,0	2,800	11,0	1,690
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	смешанное	20,1	2,427	0,3	0,901	46,4	10,000	4,1	0,957	100,0	10,000	33,9	5,226
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	92,0	10,000	17,1	10,000	29,9	7,962	32,6	7,599	55,9	5,594	13,5	2,085
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	51,2	6,193	1,8	5,888	33,4	8,900	34,3	7,991	20,3	2,031	4,9	0,756
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	35,0	4,234	7,1	10,000	39,0	10,000	52,7	10,000	21,7	2,172	29,6	4,566
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	82,8	10,000	19,3	10,000	36,6	9,733	41,4	9,647	28,4	2,836	3,5	0,534
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	98,6	10,000	3,8	10,000	36,0	9,594	32,2	7,516	30,1	3,008	5,9	0,914
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	76,9	9,307	4,7	10,000	28,4	7,569	89,7	10,000	369,5	10,000	4,5	0,695
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	72,5	8,772	6,2	10,000	41,3	10,000	29,6	6,894	26,7	2,674	17,3	2,677
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	90,2	10,000	6,1	10,000	49,1	10,000	14,8	3,463	26,2	2,616	1,0	0,158

Продолжение

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	24. Охват обследованием на туберкулез методом туберкулиодиагностики детей в возрасте 014 лет;	25. Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки;	26. Охват населения вакцинированием против гриппа;	27. Охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции;	28. Полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации	29. Наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы												
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	смешанное	99,5	9,95	87,0	8,698	49,6	7,875	0,6	1,585	1,0	10,00
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	смешанное	88,5	8,85	64,8	6,482	67,6	10,000	1,0	2,620	1,0	10,00
-												
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	взрослое	-	-	75,5	7,547	50,2	8,758	0,1	0,479	1,0	10,00
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	взрослое	-	-	70,7	7,068	53,5	9,342	0,4	2,266	1,0	10,00
-												
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	детское	78,0	7,80	100,1	-	62,2	7,187	7,2	3,551	1,0	10,00
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	детское	92,2	9,22	0,0	-	57,7	6,659	3,1	1,544	1,0	10,00
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	детское	85,3	8,53	98,3	-	55,9	6,458	7,6	3,737	1,0	10,00
Б. самостоятельные поликлиники												
ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	смешанное	100,0	9,998	89,1	8,906	45,0	7,381	0,7	1,893	1,0	10,00
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	смешанное	100,1	10,000	6,3	0,634	31,9	5,237	0,3	0,674	1,0	10,00
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	82,2	8,222	66,3	6,633	54,2	8,884	2,2	5,823	1,0	10,00

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	24. Охват обследованием на туберкулез методом туберкулиновидиагностики детей в возрасте 014 лет;	25. Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки;	26. Охват населения вакцинированием против гриппа;	27. Охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции;	28. Полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации	29. Наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	смешанное	- -	99,1 9,913	32,9 5,399	0,3 0,747	1,0 10,00	2,0 10,00				
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	смешанное	0,0 0,000	25,7 2,575	15,0 2,458	0,0 0,124	1,0 10,00	2,0 10,00				
<hr/>												
ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	взрослое	- -	85,0 8,498	53,2 9,180	0,2 0,888	1,0 10,00	2,0 10,00				
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	взрослое	- -	37,9 3,787	50,8 8,773	0,3 0,916	1,0 10,00	2,0 10,00				
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	взрослое	- -	71,8 7,184	43,6 7,523	0,3 0,908	1,0 10,00	2,0 10,00				
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	взрослое	- -	86,9 8,693	57,6 9,952	0,1 0,442	1,0 10,00	2,0 10,00				
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	взрослое	- -	83,1 8,311	53,8 9,288	0,3 0,905	0,9 9,00	2,0 10,00				
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	взрослое	- -	89,3 8,933	49,1 8,468	0,1 0,537	1,0 10,00	1,0 5,00				
<hr/>												
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	детское	90,8 9,083	30,1 -	59,6 7,239	3,3 2,138	1,0 10,00	2,0 10,00				
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	детское	72,3 7,231	55,9 -	50,6 6,145	- -	1,0 10,00	2,0 10,00				
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	детское	100,1 10,000	0,0 -	67,2 8,162	11,3 7,341	1,0 10,00	2,0 10,00				
В. районные больницы и центральные районные больницы												

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслуживающего населения:	24. Охват обследованием на туберкулез методом туберкулиодиагностики детей в возрасте 014 лет;	25. Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки;	26. Охват населения вакцинированием против гриппа;	27. Охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции;	28. Полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации	29. Наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	смешанное	77,7	7,77	77,3	7,726	54,5	9,101	1,2	2,292	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	смешанное	90,4	9,04	87,7	8,769	54,8	9,148	2,2	4,338	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	смешанное	100,1	10,00	55,8	5,576	53,7	8,961	1,3	2,520	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	смешанное	73,2	7,32	90,4	9,037	53,4	8,917	1,2	2,422	1,0	10,000
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	смешанное	73,4	7,34	62,6	6,265	55,2	9,220	1,0	2,021	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	смешанное	78,9	7,89	74,0	7,401	55,3	9,231	1,9	3,704	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	смешанное	81,7	8,17	77,3	7,731	54,1	9,031	1,1	2,188	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	смешанное	60,8	6,08	100,1	10,000	49,7	8,299	0,5	0,915	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	смешанное	97,4	9,74	59,1	5,909	45,0	7,509	1,1	2,070	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	смешанное	96,1	9,61	79,0	7,900	54,0	9,013	2,8	5,485	1,0	10,000
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	смешанное	--		58,9	5,889	41,9	7,003	0,2	0,343	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	смешанное	98,7	9,87	78,7	7,870	53,5	8,927	2,0	3,836	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	смешанное	100,1	10,00	58,3	5,829	54,8	9,148	0,9	1,839	1,0	10,000
											1,0	5,000

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Категория обслужива-емого населения:	24. Охват обследованием на туберкулез методом туберкулиновидиагностики детей в возрасте 014 лет;	25. Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки;	26. Охват населения вакцинированием против гриппа;	27. Охват населения вакцинированием против пневмококковой инфекции;	28. Полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации	29. Наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг				
			Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс	Пок-ль	Индекс
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	смешанное	36,8	3,68	66,3	6,628	49,9	8,330	1,8	3,513	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	смешанное	82,7	8,27	82,6	8,262	52,5	8,761	2,6	5,134	1,0	10,000
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	смешанное	61,4	6,14	92,8	9,280	57,0	9,510	0,4	0,806	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	смешанное	41,5	4,15	96,6	9,660	61,6	10,000	0,6	1,210	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	смешанное	36,0	3,60	66,0	6,604	44,0	7,349	2,9	5,781	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	смешанное	90,6	9,06	83,4	8,344	43,0	7,177	2,0	3,857	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	смешанное	47,3	4,73	77,4	7,740	48,8	8,147	2,0	4,005	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	смешанное	49,2	4,92	71,8	7,182	51,7	8,624	0,8	1,498	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	смешанное	74,9	7,49	85,2	8,517	54,5	9,102	1,6	3,093	0,9	9,000
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	смешанное	100,1	10,00	86,7	8,668	45,0	7,518	1,0	1,960	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	смешанное	66,4	6,64	78,9	7,890	54,9	9,173	1,3	2,519	1,0	10,000
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	смешанное	98,6	9,86	75,5	7,555	53,7	8,968	0,8	1,636	1,0	10,000
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	смешанное	59,6	5,96	69,5	6,952	43,4	7,244	0,3	0,586	1,0	10,000
											2,0	10,000

Приложение 3.

Сопоставительные данные по результативности деятельности медицинских организаций (юридических лиц), оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению динамике за 2015-2020 годы по сопоставимому набору показателей.

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Группа	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель					Динамика 2017 - 2019, %	Динамика 2015 - 2020, %	
				2015	2016	2017	2019	2020			
А. многопрофильные больницы и центральные городские больницы											
ГБУЗ СК «Железноводская городская больница»	г. Железноводск	A	смешанное	8,331	6,991	7,758	7,776	7,462	0,2	-10,4	
ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномысска	Невинномысск	A	смешанное	7,644	7,931	7,644	8,597	7,953	12,5	4,0	
-											
ГБУЗ СК "Кисловодская ЦГБ"	Кисловодск	A	взрослое	8,307	7,906	8,741	7,268	6,316	-16,9	-24,0	
ГБУЗ Ставропольского края "Пятигорская городская клиническая больница №2"	Пятигорск	A	взрослое	8,076	6,640	8,063	7,845	7,843	-2,7	-2,9	
-											
ГБУЗ "Городская детская больница" г.Пятигорска	Пятигорск	A	детское	7,556	7,389	7,451	7,493	7,189	0,6	-4,9	
ГБУЗ СК "Детская больница" г. Ессентуки	Ессентуки	A	детское	6,655	7,344	7,418	7,304	7,795	-1,5	17,1	
ГБУЗ СК "ДГБ" г.Кисловодска	Кисловодск	A	детское	9,388	8,029	8,051	8,097	8,234	0,6	-12,3	
Б. самостоятельные поликлиники											
ГБУЗ СК "ГКП №5" г. Ставрополя	Ставрополь	B	смешанное	8,065	7,976	7,915	8,301	8,241	4,9	2,2	

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Группа	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель					Динамика 2017 - 2019, %	Динамика 2015 - 2020, %	
				2015	2016	2017	2019	2020			
ГБУЗ СК «СККМПЦ»	Ставрополь	Б	смешанное	-	-	-	8,044	8,219	-	-	
ГАУЗ СК "ГП №3" г.Ставрополя	Ставрополь	Б	смешанное	7,608	7,492	7,120	7,525	7,155	5,7	-6,0	
ГБУЗ СК "ГКП №1" г.Ставрополя	Ставрополь	Б	смешанное	6,877	7,573	7,432	7,604	7,393	2,3	7,5	
ГБУЗ СК «Ессентукская городская поликлиника»	Ессентуки	Б	смешанное	6,986	6,526	7,040	6,660	6,608	-5,4	-5,4	
-											
ГБУЗ СК " Городская поликлиника №1" города-курорта Кисловодска	Кисловодск	Б	взрослое	6,453	6,550	6,677	6,822	7,551	2,2	17,0	
ГБУЗ СК "Городская клиническая поликлиника №6" г. Ставрополя	Ставрополь	Б	взрослое	6,704	7,386	7,698	7,443	7,264	-3,3	8,4	
ГБУЗ СК "Городская поликлиника №2 г.Ставрополя	Ставрополь	Б	взрослое	7,519	7,787	7,959	6,563	7,155	-17,5	-4,8	
ГБУЗ СК "ГККДП" Ставрополя	Ставрополь	Б	взрослое	8,088	6,886	8,125	7,721	7,133	-5,0	-11,8	
ГБУЗ СК ГП №1 Пятигорск	Пятигорск	Б	взрослое	6,140	6,546	6,876	7,863	7,027	14,4	14,4	
ГБУЗ СК "ГП №3 г.Пятигорска	Горячеводский	Б	взрослое	7,911	6,351	7,156	7,650	7,488	6,9	-5,3	
-											
ГБУЗ СК "ГДКП №2"	Ставрополь	Б	детское	8,170	8,851	8,702	8,718	8,870	0,2	8,6	
Городская детская поликлиника №3 г.Ставрополя	Ставрополь	Б	детское	7,664	9,352	8,511	8,021	8,196	-5,7	6,9	
Городская детская поликлиника №1 Ставрополя	Ставрополь	Б	детское	8,407	8,626	8,469	8,612	8,575	1,7	2,0	

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Группа	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель					Динамика 2017 - 2019, %	Динамика 2015 - 2020, %	
				2015	2016	2017	2019	2020			
В. районные больницы и центральные районные больницы											
ГБУЗ СК "Петровская РБ"	Светлоград	B	смешанное	7,493	7,416	7,532	8,082	8,079	7,3	7,8	
ГБУЗ СК "Предгорная РБ"	Ессентукская	B	смешанное	7,275	7,546	7,635	7,546	7,502	-1,2	3,1	
ГБУЗ СК "Кировская РБ"	Новопавловск	B	смешанное	7,117	7,630	7,766	8,856	8,457	14,0	18,8	
ГБУЗ СК "Арзгирская РБ"	Арзгир	B	смешанное	8,242	8,167	8,401	7,382	7,395	-12,1	-10,3	
ГБУЗ СК «Советская районная больница»	Зеленокумск	B	смешанное	7,164	7,332	8,608	7,270	7,060	-15,5	-1,5	
ГБУЗ СК "Туркменская РБ"	Летняя-Ставка	B	смешанное	7,695	7,915	7,927	8,412	8,008	6,1	4,1	
ГБУЗ СК "Александровская РБ"	Александровское	B	смешанное	8,162	7,696	7,552	7,979	7,642	5,7	-6,4	
ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ"	Курсавка	B	смешанное	6,816	6,995	7,325	8,054	7,744	10,0	13,6	
ГБУЗ СК "Апанасенковская районная больница им. Н.И.Пальчикова"	Дивное	B	смешанное	8,291	7,004	7,924	7,781	7,635	-1,8	-7,9	
ГБУЗ СК "Благодарненская РБ"	Благодарный	B	смешанное	7,091	7,347	7,624	7,650	7,388	0,3	4,2	
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи №1»	Будённовск	B	смешанное	6,418	7,873	8,266	8,188	7,506	-0,9	17,0	
ГБУЗ СК "Изобильненская РБ"	Изобильный	B	смешанное	7,478	7,025	7,815	8,148	7,696	4,3	2,9	
ГБУЗ СК "Ипатовская РБ"	Ипатово	B	смешанное	7,192	7,810	7,732	7,409	7,981	-4,2	11,0	
ГБУЗ Ставропольского края "Кочубеевская районная больница"	Кочубеевское	B	смешанное	7,388	8,434	7,615	8,399	8,324	10,3	12,7	

Краткое наименование юридического лица:	Название населенного пункта	Группа	Категория обслуживающего населения:	Адаптированный суммарный интегральный показатель					Динамика 2017 - 2019, %	Динамика 2015 - 2020, %
				2015	2016	2017	2019	2020		
ГБУЗ СК "Красногвардейская РБ"	Красногвардейское	B	смешанное	8,312	8,414	8,538	8,701	8,487	1,9	2,1
ГБУЗ СК «Левокумская РБ»	Левокумское	B	смешанное	7,475	7,509	8,245	8,017	7,572	-2,8	1,3
ГБУЗ СК "Минераловодская РБ"	Минеральные Воды	B	смешанное	7,203	7,734	7,657	8,031	7,607	4,9	5,6
ГБУЗ СК "Новоселицкая РБ"	Новоселицкое	B	смешанное	7,418	7,221	6,674	7,306	7,214	9,5	-2,8
ГБУЗ СК "Степновская РБ"	Степное	B	смешанное	7,720	7,847	7,525	8,375	8,348	11,3	8,1
ГБУЗ СК "Труновская РБ"	Донское	B	смешанное	7,472	7,895	7,903	8,384	7,962	6,1	6,6
ГБУЗ СК "Шпаковская РБ"	Михайловск	B	смешанное	7,773	7,683	7,660	8,479	7,866	10,7	1,2
ГБУЗ СК "Курская РБ"	Курская	B	смешанное	7,983	7,598	7,889	8,053	7,757	2,1	-2,8
ГБУЗ СК "Нефтекумская РБ"	Нефтекумск	B	смешанное	6,005	7,922	7,695	7,691	8,161	0,0	35,9
ГБУЗ СК "Грачёвская РБ"	Грачевка	B	смешанное	7,735	7,971	8,217	8,313	8,598	1,2	11,2
ГБУЗ СК «Георгиевская РБ»	Георгиевск	B	смешанное	7,776	7,471	7,919	8,046	7,330	1,6	-5,7
ГБУЗ СК "Новоалександровская ЦРБ"	Новоалександровск	B	смешанное	7,630	8,137	7,354	7,249	6,956	-1,4	-8,8

Наименование ЛПУ

АНКЕТА

для оценки мнения населения о деятельности медицинских учреждений г. Ставрополя,
оказывающих амбулаторно-поликлиническую деятельность

Вы попали в состав четко обоснованной, небольшой по количеству выборочной совокупности, сформированной по принципу случайного отбора респондентов. Убедительно просим Вас внимательно отнестись к предложенной анкете, так как Ваше мнение, предложения и замечания могут оказать влияние на ход реализации проекта по оптимизации первичной помощи, оценку его результатов и дальнейшее распространение по регионам России.

При заполнении анкеты необходимо следовать указанным рекомендациям по оформлению Ваших ответов на предложенные вопросы. Заполненную анкету Вам следует опустить в ящик, специально предназначенный для этой цели.

Заранее благодарим за содействие.

1. **Что Вам известно о проводимом в Вашем регионе проекте по «бережливой поликлинике»?** (Ответ, соответствующий мнению, обведите кружком)
1. не было известно до получения анкеты
 2. что-то слышал, но конкретно не знаю
 3. знаю о проекте из общих средств массовой информации
 4. читал о сути проекта в местной печати
 5. подробно знаком с проектом
2. **Каково Ваше отношение к проводимому проекту?** (Ответ, соответствующий Вашему мнению, обведите кружком)
1. как к очередной кампании, которая ничем не заканчивается
 2. поддерживаю и надеюсь, что что-то изменится в лучшую сторону
 3. уверен, что проект необходим, будет результативен
3. **Оцените, пожалуйста, предложенные в таблице параметры, характеризующие отношение медицинских работников данного учреждения.** (Обведите в кружок одну цифру, в той клетке таблицы, которая соответствует Вашему мнению по каждой из строк)

№ п/п	Параметры	Отлично	Хорошо	Удовлетв орительно	Плохо	Очень плохо	Затрудня юсь ответить
1.	Отношение врачей к Вашим проблемам	5	4	3	2	1	0
2.	Отношение к Вам среднего медперсонала	5	4	3	2	1	0
3.	Внимание к просьбам, пожеланиям	5	4	3	2	1	0
4.	Внимание к Вашему психологическому состоянию, индивидуальный подход	5	4	3	2	1	0
5.	Общение с родственниками пациента	5	4	3	2	1	0
6.	Объем информирования, доходчивость разъяснений, рекомендаций, назначений	5	4	3	2	1	0
7.	Культура обслуживания	5	4 ³		2	1	0
8.	Заинтересованность персонала в результатах работы	5	4	3	2	1	0
9.	Добросовестное выполнение функциональных обязанностей	5	4	3	2	1	0
10.	Уровень доверия к врачебному персоналу	5	4	3	2	1	0
11.	Другое (впишите)						

4. Оцените, пожалуйста, предложенные в таблице параметры, характеризующие условия пребывания пациента в данном учреждении. (Обведите в кружок одну цифру, в той клетке таблицы, которая соответствует Вашему мнению по каждой из строк)

№ п/п	Параметры	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Плохо	Очень плохо	Затрудняюсь ответить
1.	Площадь, микроклимат кабинетов	5	4	3	2	1	0
2.	Условия ожидания очереди на прием, процедуру (достаточность необходимой мебели, свобода пространства, воздух)	5	4	3	2	1	0
3.	Санитарно-гигиенические условия (чистота, исправность сантехники)	5	4	3	2	1	0
4.	Соблюдение персоналом гигиенических норм (мытье рук до проведения процедуры, пользование перчатками, одноразовым инструментарием, бумажными пеленками и т.п.)	5	4	3	2	1	0
4.	Освещенность помещений	5	4	3	2	1	0
5.	Комфортность пребывания в учреждении (удобство, эстетика, заполнение времени ожидания)	5	4	3	2	1	0
6.	Наличие и работа лифтов	5	4	3	2	1	0
7.	Состояние территории вокруг учреждения	5	4	3	2	1	0
8.	Другое (впишите)						

Оцените, пожалуйста, предложенные в таблице параметры, характеризующие **организацию работы данного учреждения**.

(Обведите в кружок одну цифру, в той клетке таблицы, которая соответствует Вашему мнению по каждой из строк)

№ п/п	Параметры	С этим всё:					Затрудняюсь ответить
		отлично	хорошо	удовлетво- рительно	плохо	очень плохо	
1.	Режим работы учреждения в будние дни	5	4	3	2	1	0
2.	Режим работы в выходные и праздничные дни	5	4	3	2	1	0
3.	График работы врачей	5	4	3	2	1	0
4.	Оказание помощи в экстренных случаях	5	4	3	2	1	0
5.	Наличие постоянного лечащего врача	5	4	3	2	1	0
6.	Возможность посещения лечащего врача в день обращения	5	4	3	2	1	0
7.	Порядок направления на диагностические обследования	5	4	3	2	1	0
8.	Время ожидания обследований (от момента назначения)	5	4	3	2	1	0
9.	Возможность получения направления, порядок записи к специалистам	5	4	3	2	1	0
10.	Организация приема врача	5	4	3	2	1	0
11.	Консультации заведующего, кафедральных работников, специалистов других учреждений, в т.ч. юристов	5	4	3	2	1	0
12.	Оказание помощи на дому	5	4	3	2	1	0
13.	Направление на госпитализацию	5	4	3	2	1	0
14.	Организация работы	5	4	3	2	1	0

№ п/п	Параметры	С этим всё:					Затрудняюсь ответить
		отлично	хорошо	удовлетво- рительно	плохо	очень плохо	
	скорой медицинской помощи	5	4	3	2	1	0
15.	Помощь в организации ухода за тяжелобольными на дому	5	4	3	2	1	0
16.	Взаимодействие между подразделениями, специалистами (обмен информацией, передача амбулаторных карт и т.д.)	5	4	3	2	1	0
17.	Реагирование администрации учреждения на обращения и жалобы пациентов	5	4	3	2	1	0
18.	Другое (впишите)						

6. Оцените, пожалуйста, предложенные в таблице параметры, характеризующие доступность медицинской помощи (Обведите в кружок одну цифру, в той клетке таблицы, которая соответствует Вашему мнению по каждой из строк)

№ п/п	Параметры	С этим всё:					Затрудня- юсь ответить
		отлично	хорошо	удовлетво- рительно	плохо	очень плохо	
1.	Предварительная запись на прием к врачу	5	4	3	2	1	0
2.	Выбор лечащего врача по желанию пациента	5	4	3	2	1	0
3.	Право свободного обращения к врачу - специалисту (невропатологу, окулисту, ЛОР и	5	4	3	2	1	0
4.	Доступность стоматологической помощи	5	4	3	2	1	0

5.	Доступность диагностического обследования	5	4	3	2	1	0
№ п/п	Параметры	С этим всё:					Затрудняюсь ответить
		отлично	хорошо	удовлетворительно	плохо	очень плохо	
6.	Получение направления на консультацию и лечение в специализированные (регионального уровня) или высокотехнологичные (федерального или межрегионального уровня) учреждения	5	4	3	2	1	0
7.	Территориальная, транспортная доступность учреждения (в пределах 30 минут)	5	4	3	2	1	0
8	Получение больничного листа	5	4	3	2	1	0
9.	Направление на комиссию по получению инвалидности	5	4	3	2	1	0
10.	Навязывание платных услуг	5	4	3	2	1	0
11.	Вынужденность нелегальных доплат, стимулирования персонала	5	4	3	2	1	0
12.	Возможность приобретения лекарств	5	4	3	2	1	0
13.	Получение физиотерапевтического и пр. лечения (массаж, ЛФК и т.д.)	5	4	3	2	1	0
14.	Другое (впишите)						

7. Оцените, пожалуйста, предложенные в таблице параметры, характеризующие эффективность (результативность) полученной медицинской помощи. (Обведите в кружок, в той клетке таблицы, которая соответствует Вашему мнению по каждой из строк)

№ п/п	Параметры	Существенное улучшение	Позитивные сдвиги есть, но не существенные	Осталось по-прежнему	Больше негативной динамики	Ухудшение очевидное	Затрудняюсь ответить
1.	Состояние здоровья в	5	4	3	2	1	0
2.	Самочувствие	5	4	3	2	1	0
3.	Решение конкретной проблемы, связанной со здоровьем (послужившей причиной обращения)	5	4	3	2	1	0
		С этим все:					
		отлично	хорошо	удовлетворительно	плохо	Очень плохо	Затрудняюсь ответить
4.	Реализация ожиданий, связанных с медицинской помощью	5	4	3	2	1	0
5.	Реализация ожиданий, связанных с лекарственным обеспечением	5	4	3	2	1	0
6.	Получение консультации по вопросам социального обеспечения, психологического состояния, правовому аспекту и пр.	5	4	3	2	1	0

7.	Прохождение профилактического осмотра и получение рекомендаций по поддержанию	5	4	3	2	1	0
8.	Другое (впишите)						

8. Оцените, пожалуйста, предложенные в таблице параметры, характеризующие, работу учреждения в целом (Обведите в кружок одну цифру, в той клетке таблицы, которая соответствует Вашему мнению по каждой из строк)

№ п/п	Параметры	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Плохо	Очень плохо	Затрудняюсь ответить
1.	Техническая оснащенность учреждения	5	4	3	2	1	0
2.	Обеспеченность врачами	5	4	3	2	1	0
3.	Обеспеченность средним медперсоналом	5	4	3	2	1	0
4.	Профессионализм врачей	5	4	3	2	1	0
5.	Компетентность среднего медперсонала	5	4	3	2	1	0
6.	Диапазон предоставляемых услуг	5	4	3	2	1	0
7.	Обеспеченность лекарствами, фармпрепаратами	5	4	3	2	1	0
8.	Качество лабораторной диагностики (анализы)	5	4	3	2	1	0
9.	Качество функциональной диагностики (с использованием аппаратуры)	5	4	3	2	1	0
10.	Соответствие диагностики современному технологическому уровню	5	4	3	2	1	0

11.	Качество лечения (без осложнений, ухудшений)	5	4	3	2	1	0
12.	Эффективность диспансеризации	5	4	3	2	1	0
13.	Результативность физиотерапевтичес- кого лечения	5	4	3	2	1	0
14.	Качество медикаментозного лечения	5	4	3	2	1	0

№ п/п	Параметры	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Плохо	Очень плохо	Затрудняюсь ответить
15.	Организация работы персонала (четкость, оперативность,	5	4	3	2	1	0
16.	Работа по профилактике заболеваний, их обострений	5	4	3	2	1	0
17.	Работа по формированию здорового образа жизни и профилактике вредных	5	4	3	2	1	0
18.	Другое (впишите)						

9. Как бы Вы в целом определили Ваше отношение к работе данного учреждения?

1. Удовлетворен в высшей степени
2. Удовлетворен в основном
3. Удовлетворен частично
4. В целом не удовлетворен
5. Совершенно не удовлетворен

**10. Ваши предложения по повышению качества и доступности медицинской помощи
(впишите)**

Далее сообщите краткие сведения о себе: 11. Возраст (полных лет) _____

12. *Пол:* 1. мужской 2. женский

13. **Образование**

1. начальное
2. среднее
3. высшее

14. Принадлежность к группе льготников в части медицинского и лекарственного обеспечения:

1. нет
2. да

Благодарим за участие в исследовании.

Приложение 5.

Анкета для оценки мнения населения качеством медицинской помощи в Ставропольском крае

Просим Вас принять участие в социологическом исследовании мнения населения о состоянии медицинской помощи, которое проводится в соответствии с заданием Правительства Российской Федерации в отдельных регионах страны. Цель исследования выявить проблемы и сложности в получении медицинской помощи, возникающие у пациентов на различных этапах лечебно-диагностического процесса, а также удовлетворенность организацией лечения и определить имеющиеся потребности и предложения. От искренности и полноты Ваших ответов зависит обоснованность разработанных рекомендаций по улучшению ситуации.

При ответах на заданные вопросы выберите те варианты ответа, которые в наибольшей степени соответствуют Вашему мнению, и их номер выделите любым способом (жирным шрифтом на электронном носителе, обведите в кружок на бумажном носителе), по отдельным вопросам используйте конкретные указания, данные в тексте анкеты.

Анонимность Ваших ответов гарантируется. Фамилию указывать не надо. Будут использованы только обобщенные данные.

1. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья? (один ответ)

1. Все отлично (почти никогда не болею, обычно хорошо себя чувствую)
2. Хорошо (редко болею, общее самочувствие нормальное)
3. Средне (довольно часто болею или чувствую себя нездоровым)
4. Плохо (есть хронические заболевания, постоянно плохо себя чувствую)
5. Затрудняюсь ответить

2. Если в течение последнего года Вы получали медицинскую помощь, то укажите, где (выделите все ответы, соответствующие реальному положению дел)

1. в медицинские учреждения не обращался
2. получал помощь фельдшера (ФАПа, ФПа)
3. врача в амбулаторно-поликлиническом учреждении (амбулатории, поликлинике по месту жительства)
4. вызывал скорую медицинскую помощь
5. лечился в больнице
6. получил помощь в межрайонном центре
7. получил помощь в медицинском центре (крупной больнице) регионального, межрегионального, федерального уровня
8. посещал центр здоровья
9. обращался в частный кабинет, частную клинику
10. обращался к знахарям, экстрасенсам и т.п. специалистам
11. затрудняюсь ответить

3. Насколько Вы были удовлетворены полученной медицинской помощью (один ответ)

1. в полной мере
2. больше удовлетворен, чем не удовлетворен
3. и не то и не другое
4. больше не удовлетворен, чем удовлетворен
5. полностью не удовлетворен
6. затрудняюсь с ответом

4. Как Вы в целом оцениваете состояние здравоохранения в г. Ставрополе, Ставропольском крае, стране? (один ответ)

1. очень высоко
2. высоко

3. средне
4. плохо
- 5.очень плохо
6. затрудняюсь ответить

5. Оцените, пожалуйста, изменения, произошедшие в работе медицинских учреждений за последние 3-5 лет по предложенным параметрам в плане их результативности (обведите в кружок цифру в соответствующем столбце таблицы по каждой строчке)

Перечень параметров для оценки	В оказании медицинской помощи произошло:			
	улучшен ие	без изменен ий	ухудше ние	не знаю
1.Доступность фельдшерской и первичной врачебной помощи (участкового врача, врача общей практики)	5	4	3	2
2. Возможность получения помощи специалистов – невропатолога, окулиста, оториноларинголога, хирурга, акушер-гинеколога	5	4	3	2
3. Получение помощи кардиолога, эндокринолога, ортопеда, уролога и др. узких специалистов	5	4	3	2
4.Получение профилактической помощи (профосмотры, диспансеризация)	5	4	3	2
5. Возможности для диагностического обследования	5	4	3	2
6. Оказание помощи на дому	5	4	3	2
7. Доступность и работа скорой медицинской помощи	5	4	3	2
8. Получение направления на стационарное лечение	5	4	3	2
9.Возможность получения высокотехнологичной помощи (высококвалифицированной помощи в медицинских центрах)	5	4	3	2
10. Организация работы медицинских учреждений (запись на прием, очереди в поликлиниках, длительность пребывания в приемных покоях стационаров, ожидание консультативной помощи специалистов)	5	4	3	2
11. Качество медицинской помощи	5	4	3	2
12. Отношение персонала к пациентам	5	4	3	2
13. Санитарно-гигиенические условия и комфортность пребывания в медицинских учреждениях	5	4	3	2
14. Другое (впишите)	5	4	3	2

6. Проходили ли Вы диспансеризацию последние три года? (Один ответ)

1. да, два этапа
2. да, один этап
3. никто не приглашал
4. приглашали, но не пошел сам

7. При обращении в медицинские учреждения, с какими сложностями столкнулись? (отметить все ответы, соответствующие Вашим представлениям)

1. Все было в порядке, никаких сложностей не было
2. отсутствие необходимого врача в поликлинике
3. сложность в записи на прием к лечащему врачу
4. ограничения в диагностических исследованиях
5. сложности с выпиской льготных лекарств у врача
6. отсутствие лекарственных средств, выписываемых по льготным рецептам
7. формальное отношение персонала к пациенту

8. низкая эффективность лечения
 9. необходимость оплачивать дополнительные исследования, расходные материалы и пр.
 10. отказ или длительное ожидание госпитализации
 11. длительное ожидание скорой помощи и неполучение помощи в ожидаемом объеме
 12. невнимательное отношение персонала к просьбам и обращениям пациентов
 13. Другое (впишите) _____
-

8. Напишите Ваши предложения по улучшению амбулаторной медицинской помощи

Далее сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе.

9. Пол	1.Мужской
	2.Женский
10. Возраст	1.до 20 лет
	2. 20-29 лет
	3. 30-39 лет
	4. 40-49 лет
	5. 50-59 лет
	6. 60- 69 лет
	7. 70 лет и старше
11. Образование	1. Начальное и неполное среднее
	2. Среднее общее (школа, ПТУ)
	3. Среднее специальное (техникум)
	4. Высшее, незаконченное высшее (с 4-го курса вуза)
12. Занятость	1.Работаю на постоянной работе, военнослужащий в армии, полиции, ФСБ, МЧС (за исключением находящихся в декретном отпуске, подрабатывающих студентов, пенсионеров)
	2. Занимаюсь бизнесом, индивидуальный предприниматель (ИП)
	3. Пенсионер (в том числе по инвалидности)
	4. Учащийся, студент
	5. Занят домашним хозяйством, нахожусь в декретном отпуске, отпуске по уходу за ребенком
	6. Другое (временная работа, самозанятость, фриланс и т.д.)
	7. Временно не работаю, безработный
13. Материальное положение	1.Очень хорошее
	2. Скорее хорошее
	3. Среднее
	4. Скорее плохое
	5. Очень плохое

	6. Затрудняюсь ответить
14. Место проживания	1. Субъект РФ (<i>впишите</i>)
	2. Город (<i>впишите</i>)
	3. Сельский житель (<i>обведите в кружок</i>)
	4. Другое (<i>впишите</i>)

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В АНКЕТНОМ ОПРОСЕ!

Приложение 6.

Учебные программы, составленные по материалам исследования

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт дополнительного профессионального образования

Кафедра управления и экономики здравоохранения

«УТВЕРЖДЕНО»
На заседании ученого совета ИДПО
№ 9 от 20 ноября 2019 г.

«СОГЛАСОВАНО»
Директор Института дополнительного
профессионального образования СтГМУ,
доцент

А.Я. Сохач
2019 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

РАБОЧАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ЦИКЛА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

**«Основы применения принципов бережливого производства в отраслевых
министерствах»**

Всего часов – аудиторных 18 час. (0,5 недели)

из них
аудиторных:
лекций – **8 час.**
практических занятий – **10 час.**

*Форма обучения: очная
Режим занятий: 6 часов в день
Отчетность: зачет*

Ставрополь, 2019

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Основы применения принципов бережливого производства в отраслевых министерствах» (заведующий кафедрой – д.м.н. В.О. Францева) обсуждена и одобрена на заседании кафедры управления и экономики здравоохранения

«18» ноября 2019 года

протокол № 11

Зав. кафедрой

Францева В.О.

Одобрена Учебно-методической комиссией ИДПО

«19» ноября 2019 года

Председатель УМК Иванова И.А. проф. Плугина М.И.

Согласована:

Декан факультета Горбунов В.Я. проф. Горбунков В.Я.

Рецензенты:

Амлаев Каэрэн Робертович – д.м.н., профессор, проректор по международной и межрегиональной деятельности ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России
Брусиёва Валерия Владимировна – к.м.н., доцент, главный врач ГБУЗ СК «ГКП №1» г. Ставрополя

Оборудование кафедры управления и экономики здравоохранения»

№№ пп	Наименование оборудования	Из каких средств приобретено
1.	Экран диагональю 42 дюйма	Внебюджетные средства СтГМУ
2.	МФУ (многофункциональное устройство) Canon	Внебюджетные средства СтГМУ
3.	Принтер Canon	Внебюджетные средства СтГМУ
4.	Ноутбук	Внебюджетные средства СтГМУ
5.	Доска маркерная	Внебюджетные средства СтГМУ
6.	Флипчарт	Внебюджетные средства СтГМУ
7.	Плакаты информационные	Внебюджетные средства СтГМУ

СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ

Руководитель программы:

Францева В.О., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой управления и экономики, проректор по лечебной работе и развитию регионального здравоохранения ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

Составители программы:

Данаев А.Б. руководитель методического центра по обучению основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья «Saverклиника» («Бережливая клиника») ИДПО

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт дополнительного профессионального образования

Кафедра управления и экономики здравоохранения

<p>«УТВЕРЖДЕНО» На заседании ученого совета ИДПО № <u>3</u> от <u>23.03</u> 20<u>22</u> г.</p>	<p>«СОГЛАСОВАНО» Директор института дополнительного про- фессионального образования СтГМУ, про- фессор  Агранович Н.В.  «<u>23</u>.<u>03</u> 20<u>22</u> г.</p>
--	---

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ**

Специальность **31.08.71**
Организация здравоохранения и общественное здоровье

**РАБОЧАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ЦИКЛА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«Стандартизация процессов в медицинских учреждениях, оказывающих первичную
медицинско-санитарную помощь»

Всего часов – аудиторных 18 час. (0,5 недели, 0,125 месяца)

из них
аудиторных:
лекций – **6 час.**
практических занятий – **12 час.**

*Форма обучения: очная
Режим занятий: 6 часов в день
Отчетность: зачет*

Ставрополь, 2022

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Стандартизация процессов в медицинских учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» (заведующий кафедрой – д.м.н. Францева В.О.) обсуждена и одобрена на заседании кафедры управления и экономики здравоохранения.

Одобрена Учебно-методической комиссией ИЛПО

«22» 03 2012 года 

Согласована:

Декан факультета Горбунков проф. Горбунков В.Я.

Рецензенты:

1. Амлаев Карэн Робертович – д.м.н., профессор, проректор по международной и межрегиональной деятельности ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России;
 2. Бруслёва Валерия Владимировна – к.м.н., главный врач ГБУЗ СК «ГКП №1» г. Ставрополя.

1.3. Кадровое обеспечение Профessorско-преподавательский состав, реализующий программу

Профessorско-преподавательский состав, проводящий занятия с обучающимися (кол-во чел.)	В том числе	
	Доктора наук, доцент, (кол-во чел.)	Кандидаты наук, Докен- ты, ассистенты (кол-во чел.)
2	-	2

СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ

*Руководитель программы:
Францева В.О., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой управления и экономики, проректор по лечебной работе и развитию регионального здравоохранения ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России*

*Составители программы:
Данаев А.Б. руководитель методического центра по обучению основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья «Saverklinika» («Бережливая клиника») ИДПО
Евченко С.С. специалист методического центра по обучению основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья «Saverklinika» («Бережливая клиника») ИДПО*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт дополнительного профессионального образования

Кафедра управления и экономики здравоохранения

«УТВЕРЖДЕНО» На заседании ученого совета ИДПО № <u>4</u> от <u>20.04</u> 20 <u>22</u> г.	«СОГЛАСОВАНО» Директор института дополнительного про- фессионального образования СтГМУ, до- цент  Н.В. Агранович « <u>20</u> » <u>04</u> 20 <u>22</u> г.
---	--

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ**

Специальность
«Организация здравоохранения и общественное здоровье»

**РАБОЧАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ЦИКЛА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«Организация эффективной визуализации в медицинских организациях»

Всего часов – аудиторных 18 час. (0,5 недели, 0125 месяца)

аудиторных:
лекций – **12 час.**
практических занятий – **6 час.**

*Форма обучения: очная-заочная
Режим занятий: 6 часов в день
Отчетность: зачет*

Ставрополь, 2022

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «**Организация эффективной визуализации в медицинских организациях**» (заведующий кафедрой – д.м.н. Францева В.О.) обсуждена и одобрена на заседании кафедры управления и экономики здравоохранения.

«09» 03 2022 года

Зав. кафедрой Григорьев Францева В.О.

Одобрена Учебно-методической комиссией ИДПО

«19» 04 2022 года

Председатель УМК _____ проф. Плугина М.И.

Согласована:

Декан факультета Горбунков проф. Горбунков В.Я.

Рецензенты:

1. Федько Наталья Александровна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «СтГМУ»;
 2. Брусянёва Валерия Владимировна – к.м.н., главный врач ГБУЗ СК «ГКП №1» г. Ставрополя.

1.3. Кадровое обеспечение

Профessorско-преподавательский состав, реализующий программу

Профessorско-преподавательский состав, проводящий занятия с обучающимися (кол-во чел.)	В том числе	
	Доктора наук, доцент, (кол-во чел.)	Кандидаты наук, Доценты, ассистенты (кол-во чел.)
2	-	2

СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ

Руководитель программы:

Францева В.О., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой управления и экономики, проректор по лечебной работе и развитию регионального здравоохранения ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

Составители программы:

Данаев А.Б. руководитель методического центра по обучению основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья «Saverklinika» («Бережливая клиника) ИДПО

Евенко С.С. специалист методического центра по обучению основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья «Saverklinika» («Бережливая клиника) ИДПО