

Агамов
Загир Хидирович

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

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

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва, 2024

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Какорина Екатерина Петровна

Официальные оппоненты:

Саурина Ольга Семеновна – доктор медицинских наук, профессор; Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, проректор по дополнительному профессиональному образованию;

Ходакова Ольга Владимировна – доктор медицинских наук, доцент; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, начальник отдела научных основ организации здравоохранения;

Брынза Наталья Семеновна – доктор медицинских наук, профессор; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института общественного здоровья и здравоохранения

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится « » _____ 2025 г. в ____ на заседании диссертационного совета ПДС 0300.023 при ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН)» по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке (УНИБЦ) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» по адресу: г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6.

Электронные версии диссертации и автореферата размещены на сайте РУДН по адресу: <https://www.rudn.ru/science/dissovet>

Автореферат разослан « » _____ 2024 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ПДС 0300.023

доктор фарм. наук, профессор

Фомина Анна Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Одним из приоритетных направлений государственной политики Российской Федерации (далее РФ) в целях устойчивого социально-экономического развития, является сохранение и укрепление здоровья населения¹. Ведущая роль в этом принадлежит системе здравоохранения, главной задачей которой является повышение доступности и качества медицинской помощи.

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

Советом при Президенте по стратегическому развитию и национальным проектам, утверждены положения о включении в национальный проект «Здравоохранение» мероприятий, предусмотренных региональными программами модернизации первичного звена здравоохранения и установлен целевой показатель, характеризующий удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, а также мониторинг достижения этого показателя³. Наряду с этим поручено ускорить создание цифрового профиля здоровья гражданина, внедрение технологий искусственного интеллекта и телемедицины в деятельность медицинских организаций, в том числе, с учетом опыта медицинских организаций г. Москвы, а

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

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

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

также представить предложения по усилению мотивации медицинских работников медицинских организаций первичного звена здравоохранения к улучшению качества и доступности медицинской помощи населению⁴.

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

Разность в социально-экономическом развитии регионов, глобализация, миграция экономически активного населения привели к росту численности населения крупных городов, что обусловлено возможностями, которые предоставляют крупные города, связанные с высоким уровнем доходов, доступа к более качественному образованию, социальным услугам, здравоохранению. Уровень урбанизации в РФ на 1 января 2022 года составил 74,8% (в городах проживали 108,9 млн. человек): в городах с населением свыше миллиона человек проживало более 21% россиян, а с населением более полумиллиона – 31%⁵. Урбанизация обостряет проблемы доступности и качества медицинской помощи растущему населению и накладывает ответственность на органы управления по её обеспечению, особенно в первичном звене здравоохранения (Маланиченва Н.А., 2011; Карайланов М.Г., 2016, 2023; Карачурина Л.Б., 2018; Анохин А.А., 2019; Вартанова М.Л., 2021).

⁴ Перечень поручений по итогам заседания Совета по стратегическому развитию и национальным проектам // Президент России. Официальный сайт. – 2021, 15 дек. - <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/67600>

⁵ <https://rosstat.gov.ru/>

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

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

В настоящее время, при оказании ПМСП наблюдаются её фрагментарность и разрозненность; неудовлетворительный уровень её доступности и качества, связанные с недостаточным кадровым обеспечением, особенно участковой службы; высокая нагрузка на врачей, недостаточный уровень квалификации медицинских работников и их мотивации; слабая профилактическая деятельность; переход на подушевой принцип оплаты медицинской помощи не привел к укреплению первичного звена здравоохранения, в отсутствие экономической мотивации медицинских организаций; не получили должного развития стационарозамещающие технологии, призванные компенсировать сокращение коек, ввиду низких тарифов на оплату медицинской помощи. Несмотря на полученный ранее в ряде регионов положительный опыт, система общей врачебной практики не способствовала укреплению роли участкового врача в первичном звене, по-прежнему ПМСП оказывается в основном врачами-терапевтами участковыми (Гриднев О.В., 2015; Решетников А.В., 2015; Карайланов М.Г., 2016; Гришина Н.К., 2017; Улумбекова Г.Э., 2018; Гиллан У., 2019; Линденбратен А.Л., 2019; Хальфин Р.А., 2020; Шевский В.И., Шейман И.М., 2021; Шарапова О.В., 2022; Калининская А.А., 2022; Ходакова О.В., 2023; Нечаев В.С., 2023; Волнухин А.В, Сквирская Г.П., 2024).

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

Степень научной разработанности темы исследования

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

Так, по данным ряда исследований (Лалабекова М.В., 2017; Концевая А.В., 2020; Баянова Н.А., 2022), получены теоретические знания о предотвратимых потерях общественного здоровья населения, связанных с территориальной, кадровой, организационной, социальной доступностью ПМСП; разработаны показатели и организационные технологии осуществления мониторинга и прогнозирования деятельности медицинских организаций первичного звена здравоохранения; сформированы механизмы совершенствования ПМСП, в том числе за счет развития общих врачебных (семейных) практик (Кича Д.И., 2004; Денисов И.Н., 2007; Боженко Д.П., 2010; Иванов М.В., 2011; Стародубов В.И., 2016; Сон И.М. и др., 2017;

Калининская А.А. и др., 2018; Бримкулов Н.В., 2018; Сон И.М., 2019). Научно обоснованы необходимость пересмотра норм времени на посещение пациентами врачей и определение численности врачей, оказывающих ПМСП; показана высокая нагрузка на врачей первичного звена, которые затрачивают значительную долю рабочего времени на работу с медицинской документацией; определена необходимость распределения потоков пациентов в поликлиниках (Дюютова М.В., 2012; Кочубей А.В., 2015; Люцько В.В., 2019; Шипова В.М., 2019; Прокофьева Е.С., 2021; Брынза Н.С., 2022). Предложены эффективные способы оплаты ПМСП (Флек В.О., 2011; Нагибин О.А., Зотов В.В., 2013; Стародубов В.И.; Сайтгареев Р.Р., 2018; Кадыров Ф.Н., 2019; Борисенко О.В., 2021; Омеляновский В.В., 2023). Выявлены проблемы преемственности в работе медицинских организаций по оказанию ПМСП и службы скорой медицинской помощи (Щепин В.О., Миргородская О.В., 2012; Верткин А.Л., 2017; Шляфер С.И., 2019; Шипова В.М., 2019; Линденнбратен А.Л., 2020). Рассматривались вопросы организации новых структурных подразделений в поликлиниках и их эффективность (Шляфер С.И., 2004; Кузенко П.И., 2014; Безымянный А.С., Хальфин Р.А., 2015; Значкова Е.А., 2016; Журавлев А.В. 2017; Искандаров И.Р., 2019; Щепилина Е.С., 2020; Атаева Н.Б., 2021; Карайланов М.Г., 2022). Предложены способы повышения эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, с помощью внедрения принципов бережливого производства, повышения мотивации медицинских кадров, решения проблем комплаентности пациентов, повышения уровня компетенций руководящего персонала (Алексеева А.В., 2018; Карайланов М.Г., 2018; Елисеева Е.В., 2019; Решетников А.В., 2019; Абрамов А.Ю., 2020; Хубутя М.Ш., 2020; Бреусов А.В., Михайлова Ю.В., 2022; Берсенева Е.А., 2022; Шукуров М.Р., Коновалов О.Е., Саурина О.С., 2023; Фомина А.В., 2024). С учетом развития информатизации, ставятся вопросы о внедрении автоматизированных систем поддержки принятия решений, телемедицинских технологий и искусственного интеллекта (Шадеркин И.А., 2019; Драпкина О.М., 2019; Кобякова О.С., 2020; Брынза Н.С., 2020; Тяжелников А.А., 2022; Кича Д.И., 2023; Камынина Н.Е., 2024; Берсенева Е.А., 2024).

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

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

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

Задачи исследования

1. Изучить опыт реформирования системы здравоохранения в крупном городе, в контексте развития ПМСП (на примере города Москвы).
2. Проанализировать медико-демографические тенденции и заболеваемость взрослого населения в городе Москве.
3. Провести анализ ресурсов и деятельности медицинских организаций города Москвы, оказывающих ПМСП взрослому населению.

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

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

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

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

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

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

Научная новизна

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Теоретическая и практическая значимость работы

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Методология и методы исследования

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

Положения, выносимые на защиту

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

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

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

4. Потребность в консультациях врачей-специалистов при оказании медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми не имеет различий. Остаются нормативно не

урегулированными вопросы определения перечня заболеваний и показаний для назначения консультаций врачей-специалистов. Для снижения потребности в первичной специализированной медико-санитарной помощи необходима разработка новых форм образовательных технологий по повышению уровня квалификации врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей).

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

Внедрение результатов исследования в практику

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

Степень достоверности и апробация результатов исследования

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

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

Публикации

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

Личный вклад автора

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

публикаций, в которых использованы материалы собственных исследований, выполненных автором лично или в соавторстве.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

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

Структура и объем диссертации

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

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснованы актуальность, сформулированы цель и задачи исследования, научная новизна, положения, выносимые на защиту, теоретическая и практическая значимость исследования.

В первой главе представлен обзор отечественной и зарубежной литературы, нормативных правовых актов по теме исследования и их анализ. Реформирование системы здравоохранения Москвы позволило значительно улучшить материально-техническое обеспечение медицинских организаций, внедрить новые технологии при оказании медицинской помощи, достигнуть значимого прорыва в информатизации здравоохранения, существенно повысить заработную плату медицинским работникам. Выявленные барьеры в развитии общей врачебной практики, проблемы кадрового обеспечения, особенно участковой службы, недостаточный уровень квалификации медицинских работников и их мотивации, высокая трудовая нагрузка на врачей, с выполнением не свойственных им функций, не связанных с оказанием медицинской помощи, препятствуют наращиванию эффективности деятельности системы здравоохранения. Основными направлениями совершенствования ПМСП должны стать новые организационные технологии, отвечающие возрастающим запросам населения и адаптация нормативного правового обеспечения к оказанию ПМСП в современных условиях.

Во второй главе представлены программа и этапы исследования, дана характеристика базы исследования, определены источники информации, объемы и методы исследования, единицы наблюдения (Таблица 1).

Объектом исследования явилась ПМСП взрослому населению города Москвы, **предметом** исследования определены организационные технологии её совершенствования. **База исследования** – медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению, подведомственные Департаменту здравоохранения Москвы.

Исследование включало в себя шесть этапов, в ходе которых первичный материал изучался с использованием разработанного статистического инструментария (карты регистрации посещений, анкеты, базы данных пациентов). В процессе анализа полученных данных использовались следующие способы статистической обработки материала: группировка и сводка; расчет интенсивных и экстенсивных показателей; оценка доверительных границ и статистической значимости различий между относительными величинами.

В третьей главе представлены основные демографические тенденции и показатели состояния здоровья населения г. Москвы.

Население Москвы за 2012-2022 гг. выросло на 9,8% и на начало 2022 г. составило 13015 млн. человек (мужчин – 46,2%, женщин – 53,8%). Выросла численность лиц младше (+34,7%) и старше трудоспособного возраста (+33,7%), с увеличением их доли в структуре населения, которые в 2022 г. составили 15,7% и 28,9%, соответственно, при этом трудоспособное население сократилось на 1% и составило 55,4%.

Рост численности населения Москвы связан с миграционным приростом (+7,1 в 2022 г.), позволившим компенсировать отрицательный естественный прирост населения (- 0,3 в 2022 г.). С 2012 г. увеличилась продолжительность жизни москвичей на 2,5 года и составила 78,2 лет в 2022 г. (по РФ ниже на 4,4–5,8 лет). На 12,6% увеличилась численность обслуживаемого населения, прикрепленного к медицинским организациям Москвы, оказывающим ПМСП.

Таблица 1 – Программа исследования

Этапы исследования					
-й этап Изучение отечественных и зарубежных публикаций и нормативных правовых актов по теме исследования. Разработка плана диссертационного исследования	-й этап Анализ тенденций основных медико-демографических процессов и особенностей заболеваемости взрослого населения Москвы и проведение их сопоставления с аналогичными показателями РФ и индикативными значениями государственных программ здравоохранения	3-й этап Анализ динамики объемов оказываемой медицинской помощи и показателей кадрового обеспечения Москвы и их сопоставление с аналогичными показателями в РФ. Анализ показателей объемов оказываемой медицинской помощи, сроков ожидания медицинской помощи и показателей кадрового обеспечения городской поликлиники №115 ДЗМ и по Москве в целом.	4-й этап Изучение особенностей посещаемости пациентами городской поликлиники и её структуры – посещения при подготовке пациентов к МСЭ; – посещения при подготовке пациентов на санаторно-курортное лечение; – посещения для получения справок и заключений; – посещения для получения направлений. Анализ мнений врачей и пациентов по различным аспектам оказания ПМСП	5-й этап Исследование различий в деятельности ВОП и врачей-терапевтов участковых в Москве. Исследование отношения к внедрению телемедицинских технологий при оказании ПМСП и определение потенциала использования телемедицинских технологий при оказании ПМСП	-й этап Разработка, апробация и оценка эффективности организационных технологий совершенствования ПМСП: повышение квалификации врачей-терапевтов участковых и ВОП по специальности «урология»; повышение роли среднего медицинского персонала; внедрение телемедицинских технологий.
Единицы наблюдения:					
Научные литературные и официальные источники по проблеме исследования	Медико-демографические показатели, показатели заболеваемости, целевые показатели госпрограмм и федеральных проектов	Показатели объемов оказанной медицинской помощи, кадрового обеспечения, сроки ожидания медицинской помощи	Посещения врачей различных специальностей городской поликлиники Врачи и пациенты городских поликлиник Москвы	Нормативные правовые акты Посещения врачей Анкеты врачей и пациентов	Мероприятия в рамках организационных экспериментов
Методы исследования:					
Информационный и семантический поиск. Библиографический Контент-анализ	Аналитический. Статистический	Аналитический. Статистический	Социологический. Аналитический. Статистический	Статистический. Аналитический. С	Аналитический. Статистический. Социологический. Экономический

С 2012 по 2022 гг. в Москве отмечается рост показателя смертности населения с 9,9 до 10,1 на 1000 населения, что ниже чем в РФ (с 13,3 до 13,8). В структуре основных причин смерти ведущие позиции занимают болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины.

С 2012 г. общая заболеваемость взрослого населения в Москве выросла на 6,6% (в РФ на 10,9%) и в 2022 г. составила 1377,7 ‰ (в РФ 1595,5 ‰); первичная на 9,2% (в РФ на 20,4%) и в 2022 г. составила 522,6 на 1000 (в РФ 673,3 на 1000). В структуре общей заболеваемости в Москве в 2022 г. наибольшую долю занимали болезни системы кровообращения – 20,4% и болезни органов дыхания – 17%, доли других классов в отдельности составляют менее 10%. В структуре первичной заболеваемости в 2022 г. наибольшую долю занимали болезни органов дыхания – 34%, COVID-19 – 16,4%, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 13,7%. Более 45% общей и более 26% первичной заболеваемости приходится на население старше трудоспособного возраста.

В четвертой главе представлены ресурсы и основные показатели деятельности государственной системы здравоохранения г. Москвы.

За 2012–2022 гг., обеспеченность врачами в Москве снизилась на 24,2% и составила 43,3 на 10 тыс. населения (в РФ на 11,3%, в 2022 г. 36,8 на 10 тыс. населения). Обеспеченность врачами клинических специальностей сократилась на 20,4%, составив в Москве в 2022 г. 28 на 10 тыс. населения (в РФ - 23,3 на 10 тыс. населения). Обеспеченность средним медицинским персоналом в Москве снизилась на 26,8% (в РФ на 10,9%) и составила в 2022 г. – 60,7 на 10 тыс. населения (в РФ – 80,7 на 10 тыс. населения). Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в Москве в 2022 г. составило 1:1,4, что ниже, чем в РФ – 1:2,2. Обеспеченность врачами в Москве выше установленных федеральным проектом «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», согласно которому в 2022 г. он составлял 39,5 на 10 тыс. населения, а обеспеченность средним медицинским персоналом ниже установленного в федеральном проекте – 90,4 на 10 тыс. населения в 2022 г.

Отмечается увеличение численности медицинских кадров, занятых в негосударственной системе здравоохранения: врачей - с 14,2 до 37,7 тыс. человек, сокращением доли врачей государственной системы здравоохранения с 82,8% до 59,9% от общей численности; среднего медицинского персонала с 16,3 до 33,8 тыс. человек, с сокращением доли среднего медицинского персонала государственной системы здравоохранения с 85,9% до 70,2%.

С 2014 г. в Москве реализуется переход на оказание ПМСП на принципах общей врачебной практики. Доля ВОП в структуре врачей участковой службы в 2018 г. достигала 74,1%, а к 2022 г. сократилась до 51,5%. Суммарный показатель обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и ВОП в Москве вырос с 2,6 в 2012 г. до 4,6 на 10 тыс. населения к 2022 г. (в РФ – 3,9 в 2022 г.) В 2022 г. дефицит занятых должностей составил: 1017 врача-терапевта участкового или 1152,6 ВОП. При этом показатель укомплектованности штатных должностей ВОП и врачей-терапевтов участковых в 2022 г. составил 80,7% и 77,8%, соответственно. В 2014–2022 гг. коэффициент совместительства ВОП составил 0,9–1,1, а врачей-терапевтов участковых снизился с 1,5 в 2012 г. до 0,9 в 2022 г. Отмечается сокращение среднего медицинского персонала врачей-терапевтов участковых и ВОП, дефицит которых в 2022 г. составил 2279 и 4111,5, соответственно.

С 2015 по 2022 гг. отмечается сокращение занятых врачебных должностей по ряду врачебных специальностей. В 2022 г., в Москве дефицит по врачам-специалистам первичного звена составил: врач-кардиолог – 113,7, врач-эндокринолог – 45,7, врач-хирург – 336,7, врач-уролог – 155,5, врач-гериатр – 159.

Среднее число посещений на одного жителя с 2012 г. сократилось почти вдвое и составило 8,4 в 2022 г., при этом на долю посещений лицами старше трудоспособного возраста приходилось 47%. За период исследования на 56,9% снизилось число выполняемых лабораторных анализов, физиотерапевтических процедур – на 10,6%, процедур ЛФК и рефлексотерапии на 20% и 14,9%, соответственно. Отмечен рост исследований на компьютерных – более чем в 4 раза и магнитно-резонансных томографах – более чем в 2 раза. Снизилось число

диагностических и профилактических рентгенологических исследований, на 16,2% и 19,2%, соответственно, ультразвуковых – на 4,7%.

Сокращение коечного фонда в Москве на 37% привело к интенсификации медицинской помощи, оказываемой в стационарных медицинских организациях, при этом на 44,6% снизился показатель средней длительности пребывания пациента на койке с ростом её оборота на 78,5%. Уровень госпитализации взрослого населения сократился на 5,6%, и составил 15 на 100 человек населения в 2022 г.

За 2012–2022 гг. сократилась госпитализация больных по скорой медицинской помощи (далее СМП) – на 40,7%; число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах – на 10,4%, более чем в 6 раз выросло число лиц, которым оказана медицинская помощь амбулаторно. Сокращение числа объемных показателей деятельности СМП связано с организацией на базе городских поликлиник Москвы отделений неотложной помощи, работа которых организована через единую диспетчерскую службу, что позволило переместить часть объемов СМП на поликлиники и снизить количество непрофильных и необоснованных вызовов бригад СМП, в результате чего, доля госпитализаций по СМП в общей структуре госпитализаций снизилась с 82,8 до 51,3%.

За период 2018–2022 гг. увеличилось число граждан, производивших запись на прием к врачам-терапевтам участковым и ВОП на 132,4% в городской поликлинике № 115 ДЗМ и на 142% по Москве в целом. Аналогичные тенденции выявлены и при рассмотрении потребности в консультациях врачей-специалистов первого уровня – рост на 103,9% и 81%, соответственно и в консультациях врачей-специалистов второго уровня – рост более чем в 8 и 6 раз, соответственно. При этом в 2022 г. 62,5% пациентов смогли записаться к врачу-терапевту участковому и ВОП, в соответствии со сроками, определенными в программе государственных гарантий (далее ПГГ), 24,5% ожидали приема от 2 до 14 дней, а 13% не смогли записаться ввиду отсутствия свободных талонов. К врачам-специалистам первого уровня смогли записаться 78,4% в соответствии со сроками, определенными в ПГГ, а 21,6% не смогли записаться ввиду отсутствия доступных свободных талонов; к врачам-специалистам второго уровня смогли записаться в пределах, установленных ПГГ сроков - 71,3% пациентов,

28,7% пациентов не смогли записаться. Выявлено, что предварительная запись пациентов не всегда реализуется в виде приема пациента. Доля пациентов, которые предварительно записались на прием, а впоследствии не явились, варьирует от 9% у врача-эндокринолога до 18,9% у врача-хирурга.

Средняя длительность врачебного приема различается в зависимости от специальности и варьирует от 8 минут у врачей-урологов до 17 минут у врачей-кардиологов. Нормативным показателям соответствуют только показатели средней длительности приема у врачей-кардиологов, врачей-эндокринологов и врачей-офтальмологов. Наибольшая доля приемов продолжительностью менее 5 минут определена у врачей-терапевтов участковых и ВОП – 30,8% и врачей-урологов – 28,7%; от 15 до 30 минут и более характерна для врачей-специалистов второго уровня, с наибольшими значениями у врача-кардиолога.

В пятой главе представлены особенности посещаемости пациентами врачей городской поликлиники г. Москвы.

Интервьюирование врачей поликлиники позволило выявить причины посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи: выписка льготного рецепта пациентам, страдающим хроническими заболеваниями, которым требуются длительные курсы лечения; оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, направления на консультации и госпитализации; получение справок и заключений о состоянии здоровья при направлении пациентов на МСЭ, санаторно-курортное лечение, для предоставления в другие организации.

Результаты сравнительного анализа структуры посещений за 2017 и 2021 гг., позволили получить данные о сокращении числа посещений врачей по причинам, не связанным с оказанием медицинской помощи с 23,4 – 46% до 16,5 – 35,4%, в зависимости от врачебной специальности.

Сокращение посещений произошло преимущественно за счет снижения посещений для выписки льготных рецептов, доля которых в структуре посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, сократилась с 41,3–53,4% до 8,6–

20,5%, что связано с введением в штат поликлиник фельдшеров в рамках проекта «Московский стандарт поликлиники» для оформления льготных рецептов.

В структуре посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, выросла доля посещений для получения справок и заключений о состоянии здоровья при направлении на МСЭ, санаторно-курортное лечение и для предоставления в иные организации с 15,5–19% в 2017 г. до 24,1–44,3% в 2021 г. Среднее число посещений врачей-терапевтов участковых/ВОП и врачей-специалистов при подготовке пациентов на МСЭ составляет 3,7 и 2,7 на одного пациента, соответственно, а при направлении на санаторно-курортное лечение 3,5 и 2,8, соответственно.

При направлении пациентов на МСЭ в 83,6% случаев консультации врачей-специалистов были выполнены в течение одного года и менее, из которых в 59,5% случаев в течение 6 месяцев; в 48,5% случаев у пациентов имелись результаты необходимых лабораторно-инструментальных исследований, выполненные менее чем за 6 месяцев до направления на МСЭ. Средняя длительность подготовки пациента на МСЭ составляет 59,4 дня, при регламентированном сроке в 30 дней. Более половины направляемых на МСЭ граждан – это лица с болезнями системы кровообращения, минимальная стоимость услуг, в соответствии с НПА, оказываемых при этом одному пациенту, составляет 1448,35 руб., а фактическая стоимость, с учетом избыточности посещений врачей и лабораторно-инструментальных исследований – 2642,74 руб.

При подготовке пациентов к санаторно-курортному лечению, в 73,6% случаев консультации врачей-специалистов выполнялись ранее в срок менее одного года, из которых в 48,3% случаев в срок менее 6 месяцев до начала оформления санаторно-курортной карты; в 55,8% случаев, в период менее чем за 6 месяцев до начала оформления санаторно-курортной карты, были выполнены необходимые лабораторно-инструментальные исследования. Минимальная стоимость услуг, оказываемых при этом одному пациенту, в соответствии с НПА, составляет 741,72 руб., фактическая стоимость, с учетом избыточности посещений врачей и лабораторно-инструментальных исследований возрастает до 1543,06 руб.

Среди причин посещений врачей поликлиники для получения справок и заключений о состоянии здоровья, наибольшую долю занимают посещения перед предстоящей госпитализацией (63,7%), далее следуют посещения перед предстоящим прохождением реабилитации и физиотерапевтических процедур (12,2%). Примерно, равные доли: посещения при наблюдении беременных в женских консультациях, для предоставления данных в социальные службы, при прохождении военно-врачебной комиссии и для допуска к занятиям физической культурой.

Выявлен рост доли посещений, связанных с оформлением направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, направлений на консультации, госпитализации с 28,3–41,3% в 2017 г., до 47,1–62,5% в 2021 г. Такие посещения формируются при подготовке пациентов к госпитализации (41,4%), при наблюдении пациентов в специализированных (35,5%) и иных государственных медицинских организациях (13,3%), при наблюдении пациентов в частных медицинских организациях (7,2%), при прохождении военно-врачебной комиссии (5,6%).

Полученные данные были обсуждены в групповых интервью с врачами и пациентами. Сохранение в структуре посещений приемов по поводу выписки льготных рецептов, врачи и пациенты связали с дефицитом фельдшеров, выделенных в штате для выписки льготных рецептов, с формированием длительных сроков ожидания их приема или отсутствием свободных талонов на запись к ним, что приводит к формированию потоков данных пациентов к врачам для выписки льготного рецепта. Наряду с этим, неудовлетворительное льготное лекарственное обеспечение (отсутствие или ограниченное количество препаратов) приводит к повторным посещениям врачей для переоформления льготного рецепта.

Причиной избыточности посещений для выписки льготных рецептов, также является регламентированное НПА ограничение сроков, на которые можно выписать препарат, которые ниже сроков явки пациентов в рамках диспансерного наблюдения по заболеваниям, требующим длительного лечения.

По мнению врачей, для сокращения посещений для выписки льготных рецептов необходимо: перераспределение функций по выписке льготных рецептов на средний

медицинский персонал; своевременное льготное лекарственное обеспечение; увеличение сроков действия льготных рецептов и курсов лечения, на которые возможна их выписка; внедрение дистанционных форм взаимодействия между врачами и пациентами при выписке льготных рецептов.

Подавляющее большинство врачей отметили, что приемы, при направлении пациентов на МСЭ, так же как и в случае подготовки пациентов к санаторно-курортному лечению, не связаны с оказанием медицинской помощи и ограничиваются констатацией и регистрацией в медицинской документации текущего состояния пациента, с указанием его диагноза и результатов лабораторно-инструментальных исследований. Врачи сошлись во мнении об избыточности назначения лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов, при уже имеющихся ранее, чему способствует ограничение сроков их актуальности, регламентированное в соответствующих НПА. Увеличение сроков подготовки пациентов при направлении на МСЭ и санаторно-курортное лечение респонденты связали с длительными сроками ожидания лабораторно-инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов. При этом врачи-специалисты выразили мнение о возможной передаче своих функций по оформлению заключений врачам общей практики (семейным врачам), с целью сокращения сроков ожидания.

Интервьюирование врачей и пациентов по вопросам подготовки пациентов к МСЭ и санаторно-курортному лечению выявило, что текущий порядок связан с избыточностью посещений врачей и лабораторно-инструментальных исследований, длительными сроками их ожидания, а также трудозатратами по оформлению медицинской документации. Для оптимизации маршрутов движения пациентов, по мнению респондентов, необходимо: внедрение дистанционных форм взаимодействия между пациентами, медицинскими организациями, бюро МСЭ, социальными службами; перераспределение трудовых функций между врачами-специалистами и врачами-терапевтами участковыми/ВОП; внесения изменений в НПА, с увеличением сроков актуальности результатов лабораторно-инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов и сокращением документооборота.

Наибольшее число посещений поликлиники для получения заключений и справок о состоянии здоровья связано с предстоящей госпитализацией пациентов. Врачи отметили, что сложилась нормативно нерегламентированная практика назначения пациентам консультаций врачей первичного звена, врачами стационарных учреждений для получения заключений о наличии или отсутствии противопоказаний к предстоящей госпитализации, при наличии в анамнезе заболеваний, по которым пациенты ранее обращались к соответствующим специалистам. При этом стационарными учреждениями также определяются сроки актуальности данных заключений и справок, которые составляют не более месяца, что противоречит НПА, в которых сроки актуальности не определены. В таких случаях, пациенты вынуждены посещать врачей поликлиник, несмотря на то, что ранее обращались за медицинской помощью в рамках диспансерного наблюдения, однако запрос от внешних организаций формирует избыточность посещений для получения заключений и справок.

Как врачи, так и пациенты, отметили необходимость в формировании электронного документооборота между медицинскими организациями, что позволит сократить посещения врачей для получения справок и заключений, а также корректировки НПА, на предмет определения сроков актуальности заключений и справок и случаев их требования стационарными медицинскими учреждениями.

По мнению всех врачей, наибольшее число посещений для получения направлений на лабораторно-инструментальные исследования (биохимический анализ крови, общий клинический анализ мочи и крови, серологические исследования, флюорография, электрокардиография и др.) связано с предстоящей госпитализацией. Особенностью является, что пациент посещает врача как для оформления направлений, так и для получения их результатов. При этом, приказ Минздрава России № 796н от 02.12.2014 г. «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», определяет необходимость наличия у пациентов только результатов лабораторно-инструментальных исследований, подтверждающих установленный диагноз. По мнению респондентов, сложился текущий рутинный не

регламентированный нормативно порядок, определяемый медицинскими организациями, оказывающими специализированную медицинскую помощь, при котором госпитализация предусматривает более широкий перечень лабораторно-инструментальных исследований, чем в НПА, что формирует избыточность посещений к врачам при подготовке пациентов к госпитализации.

Врачи отметили, рост числа посещений пациентов, которые наблюдаются в специализированных медицинских организациях (центры амбулаторной онкологической помощи, эндокринологический, кардиологические диспансеры, нефрологический центр и т. д.), где в рамках диспансерного наблюдения им назначаются лабораторно-инструментальные исследования, которые выполняются в поликлинике по месту жительства, что также формирует избыточность посещений врачей для оформления направлений.

Интервьюирование пациентов, позволило выявить негативные оценки, связанные с процессом оформления направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получением их результатов. Наряду с длительными сроками ожидания приема врачей, респонденты зачастую сталкиваются с отказом врачей в оформлении направлений при их назначении врачами сторонних медицинских организаций. Длительные сроки ожидания приема врачей и лабораторно-инструментальных исследований приводят к увеличению сроков подготовки пациентов к госпитализации. В ряде случаев пациентам отказывают в госпитализации в связи с истечением сроков актуальности результатов исследований, что приводит к повторным посещениям врачей поликлиники для оформления направлений.

Врачи считают необходимым передачу работ по оформлению направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов среднему медицинскому персоналу, при этом отмечено, что внедрение дистанционных способов взаимодействия пациентов с медицинскими организациями позволило бы ускорить подготовку пациентов к госпитализации.

Врачи-специалисты отметили, что несмотря на переход к оказанию медицинской помощи на принципах общеврачебной практики, при котором ВОП должны взять на себя часть функций врачей-специалистов, в структуре их приема

доля пациентов, направляемых на консультацию ВОП, не сокращается, при этом врачи-специалисты не отмечают различий в части назначения их консультаций между врачами-терапевтами участковыми и ВОП. При этом отмечен рост числа необоснованных направлений на консультации от врачей-терапевтов участковых/ВОП, которые, в свою очередь, объяснили это недостаточным уровнем знаний по ведению соответствующих пациентов.

Врачи-специалисты и участковые врачи разошлись в оценках определения понятий обоснованная консультация. В оценках врачей-специалистов, обоснованная консультация определена как консультация пациента с необходимыми предварительно выполненными лабораторно-инструментальными исследованиями и назначенным лечением, при отсутствии эффекта от которого назначается их консультация. Однако, преимущественно, пациенты направляются врачами-терапевтами участковыми / ВОП не дообследованные, а зачастую и без результатов лабораторно-инструментальных исследований, что приводит к необходимости назначения врачами-специалистами недостающих исследований, с повторной явкой на прием, что увеличивает сроки ожидания медицинской помощи.

В оценках врачей-терапевтов участковых и ВОП обоснованность назначения консультаций врачей-специалистов определена как наличие отклонений в результатах лабораторно-инструментальных исследований и основанное на этом подозрение на заболевание, при этом в принятие решения о направлении пациентов на консультацию вносит отягощенность анамнеза пациента по соответствующему заболеванию.

Врачи-терапевты участковые и ВОП отметили, что наибольшее число затруднений возникает по лечебно-диагностическому процессу пациентов с урологическими заболеваниями, особенно в части ведения пациентов с подозрением на онкоурологические заболевания, что приводит к назначению консультаций врачей-урологов. Далее следуют заболевания по таким профилям как: хирургия, офтальмология, оториноларингология, неврология, эндокринология, кардиология и другие. Респонденты выразили необходимость в повышении уровня знаний врачей-терапевтов участковых/ВОП по узким специальностям, что, по их мнению, может

сократить число назначаемых консультаций врачей-специалистов, сроки ожидания пациентами медицинской помощи, число осложнений у пациентов и запущенных случаев. При обсуждении возможных вариантов образовательных курсов, с максимальным эффектом от их прохождения, респонденты высказались в пользу их регулярности и проведения в условиях поликлиники, с выделением для этого специального времени.

Анализ структуры посещений, дополненный результатами интервьюирования врачей и пациентов позволил выявить потенциальные «зоны» для применения организационных технологий совершенствования оказания ПМСП, которые нашли подтверждение на следующем этапе.

В шестой главе представлен анализ НПА регламентирующих деятельность врачей и среднего медицинского персонала и сравнительный анализ потребности в консультациях врачей-специалистов у ВОП и врачей-терапевтов участковых.

Несмотря на различия в НПА, регламентирующих образование и деятельность ВОП и врачей-терапевтов участковых, определяющие ВОП как специалиста, оказывающего многопрофильную амбулаторную помощь, для данных специалистов не определены перечни заболеваний или показаний, при которых назначаются консультации врачей-специалистов, что не дает возможности оценки профессиональной деятельности данных специалистов в части обоснованности назначения консультаций врачей-специалистов и приводит к увеличению потребности в консультациях, снижает доступность медицинской помощи.

Сравнительный анализ профессиональных стандартов врачей и среднего медицинского персонала позволил выявить схожие трудовые функции, в рамках которых представлены идентичные трудовые действия, что определяет потенциальную возможность передачи этих функций от врачей среднему медицинскому персоналу.

Потребность в консультациях врачей-специалистов в работе врачей-терапевтов участковых и ВОП не имеет достоверных различий: ВОП направляются 8,2% пациентов, а врачами-терапевтами участковыми – 11,6% ($p=0,018$). При этом на приемах у врачей-терапевтов участковых и ВОП со стажем более 10 лет, доля

направляемых на консультации к врачам-специалистам составила 11,4% и 11,1%, соответственно ($p = 0,93$). Выполненная врачами-специалистами регистрация посещений пациентов, направленных к ним ВОП и врачами-терапевтами участковыми на консультации, на предмет обоснованности, также не выявила достоверных различий: ВОП обоснованно назначены - 78,2%, необоснованно - 21,8% консультаций; врачами-терапевтами участковыми обоснованно - 77,4%, необоснованно – 22,6% ($p > 0,05$).

В седьмой главе представлены результаты проведенного социологического опроса врачей и пациентов по вопросам использования телемедицинских технологий.

Полученные в ходе интервьюирования мнения о необходимости внедрения дистанционных форм взаимодействия, с целью сокращения посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи и повышения доступности, нашли подтверждение в ходе выполненного анкетирования пациентов и врачей. Большинство пациентов готовы получать консультации врачей дистанционно как первично – 60,3%, так и повторно – 66,5%. Доля положительных оценок применения телемедицинских технологий возрастает в случаях, не связанных с оказанием медицинской помощи: получение направлений на лабораторно-инструментальные исследования и их результатов – 73,9% опрошенных; получение рецептов на лекарственные препараты и различные справки – 70,2%. Респонденты считают, что использование различных форм телемедицинских технологий позволит повысить доступность (66,1%) и качество медицинской помощи (52,4%).

Позитивное отношение по различным аспектам применения телемедицинских технологий в первичном звене продемонстрировали ответы врачей: первичных пациентов готовы консультировать дистанционно – 62,4%, повторных – 81,4% опрошенных. Считают, что использование телемедицинских технологий в практике позволит повысить доступность - 89,4% и качество медицинской помощи - 70,2%.

Сформированный в ходе интервьюирования врачей, перечень посещений, которые бы могли быть замещены дистанционным взаимодействием, с дальнейшим определением доли таких посещений на приемах у врачей позволил выявить, что в 17,7–36,7% случаев первичные приемы могли бы быть выполнены дистанционно, а в

случае повторных приемов – от 63,3 до 82,2% посещений, в зависимости от врачебной специальности.

В восьмой главе представлены основные этапы разработки организационных технологий совершенствования ПМСП в городской поликлинике, результаты их апробации и оценки эффективности.

Данные интервьюирования врачей и результаты регистрации посещений на приемах врачей-урологов, позволили определить недостаточность знаний врачей терапевтов участковых и ВОП по следующим разделам врачебной специальности «урология»:

- интерпретация лабораторно-инструментальных исследований, этапы диагностики для уточнения состояния пациента и принципов лечения при выявлении патологии;
- тактика ведения пациентов с симптомами, характерными для урологических заболеваний, с разъяснением необходимой диагностики и лечения, в соответствии с клиническими рекомендациями;
- наиболее часто встречающиеся урологические заболевания (этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение);
- ранняя диагностика и правильная маршрутизация пациентов с подозрением на онкологические заболевания мочеполовой системы;
- кодирование заболеваний мочеполовой системы по МКБ-10.

На основании полученных данных была разработана программа повышения квалификации «Актуальные вопросы оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми» (16 академических часов), с привлечением окружных внештатных специалистов урологов в СЗАО г. Москвы по оказанию урологической помощи стационарно и амбулаторно, профессорско-преподавательским составом кафедры урологии ФГБУ ЦГМА УДП РФ, кафедры нефрологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедры общей терапии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедры урологии и кафедры терапии и общей врачебной практики ФГБНУ Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.

Семашко. Обучение в рамках данной программы проводилось на врачебных конференциях в филиале №4 ГП №115, которое прошли все врачи-терапевты участковые и ВОП данного филиала. В ходе обучения также был предусмотрен разбор конкретных клинических ситуаций. При возникновении затруднений лечебно-диагностическом процессе у врачей-терапевтов и ВОП, была обеспечена возможность консультироваться с врачом-урологом данного филиала лично и по телефону.

При анализе форм регистрации посещений, заполненных врачами-урологами до начала реализации программы повышения квалификации, было зафиксировано 626 посещений, из которых посещения по направлениям от врачей-терапевтов участковых и ВОП составили 20,8% (130 посещений). При регистрации через 3 месяца, после обучения, доля посещений снизилась до 13,9% ($p = 0,007$), а еще через 3 месяца до 11,4% ($p < 0,001$). За данный период между врачами-терапевтами участковыми/ВОП и врачами-урологами зарегистрировано 172 взаимодействия (по телефону – 124, лично – 48), с целью обсуждения тактики ведения пациентов. Спустя 6 месяцев, после окончания организационного эксперимента, доля посещений пациентов, направленных на консультации к врачам-урологам, вновь выросла и составила 19,7% ($p > 0,05$).

Результаты данного эксперимента показали эффективность, которая выразилась в удовлетворенности врачей-терапевтов участковых / ВОП такой формой повышения уровня квалификации. Преимуществами апробированной образовательной технологии является: проведение в условиях поликлиники; регулярность; краткосрочность; актуальность тем для практической деятельности; возможность интерактивного обсуждения; отсутствие психологических барьеров; возможность обсуждения тактики ведения пациентов в ходе лечебно-диагностического процесса.

На следующем этапе апробирована организационная технология по замещению посещений пациентов диспансерной группы, дистанционными консультациями, с наделением медицинской сестры урологического кабинета функций по решению вопросов, не связанных с оказанием медицинской помощи.

Для участия в эксперименте был привлечен врач-уролог, у которого отмечается высокая доля посещений для выписки льготных рецептов, подавляющее большинство которых связано с таким заболеванием, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (далее ДГПЖ). Данное заболевание наиболее часто встречается у мужчин в возрасте старше 50 лет (в среднем 62,5%), при котором, показан прием препаратов группы альфа-1-адреноблокаторы, для устранения симптомов нижних мочевыводящих путей, улучшения качества жизни и профилактики острой задержки мочи. Учитывая прогрессирующий характер данного заболевания, пациенты подлежат диспансерному наблюдению, с назначением длительной медикаментозной терапии, согласно клиническим рекомендациям (иногда в течение всей жизни), что формирует избыточную посещаемость врачей-урологов пациентами, имеющими право на льготное лекарственное обеспечение для выписки льготного рецепта на препарат из группы альфа1-адреноблокаторы.

В эксперимент были включены 110 пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, с низким риском прогрессии ДГПЖ, которые постоянно принимают препараты из группы альфа1-адреноблокаторы, с периодичностью диспансерного наблюдения 1 раз в год. Данной группой пациентов, согласно записям электронных медицинских карт, к началу эксперимента, было выполнено 832 посещения за последние 12 месяцев, из которых: 110 в соответствии со сроками диспансерного наблюдения – для осмотра и обследования; 110 – по результатам назначенного обследования; для выписки рецепта – 544; по вопросам проводимого лечения – 68 посещений.

По ходу набора пациентов в группу для организационного эксперимента, была сформирована электронная база с данными пациентов, результатами обследований, назначенным лечением. Медицинской сестре урологического кабинета были переданы трудовые действия в рамках трудовых функций, выполняемые, в том числе врачом-урологом, которые представлены в профессиональных стандартах медицинской сестры:

- проведение динамического наблюдения за показателями состояния здоровья пациента с последующим информированием лечащего врача;

- контроль выполнения пациентами приема лекарственных препаратов;
- проведение подготовки пациента к медицинскому осмотру, исследованиям;
- выполнение работы по диспансерному наблюдению пациентов при хронических заболеваниях и (или) состояниях;
- ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа;
- использование медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Наряду с этим правовой основой выполнения организационного эксперимента явились установленные НПА возможности: при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема.

На приеме пациенту давались разъяснения о сути эксперимента, его целях, выписывался льготный рецепт на препарат курсом на три месяца и предлагалось ближе к окончанию трехмесячного курса связаться по телефону с медицинской сестрой урологического кабинета и сообщить о том, что препарат заканчивается. Также пациентам было предложено, в случае возникновения вопросов по ходу лечения, связываться по телефону с медицинской сестрой. Выдавалась памятка с описанием эксперимента, порядком взаимодействия и номером телефона для связи с кабинетом врача-уролога.

Медицинской сестрой, по чек-листу, проводился опрос пациента, и при отсутствии запроса от пациента на беседу с врачом, он информировался о необходимости продолжения курса лечения и явки в аптечный пункт для получения препарата. В последующем медицинская сестра оформляла льготный рецепт на препарат, подписывала у врача-уролога и передавала его в аптечный пункт. В случае возникновения у пациента вопросов к врачу, данный запрос фиксировался, и в последующем врач-уролог связывался с пациентом. Пациентам, осмотренным и

обследованным в рамках сроков диспансерного наблюдения, вместо повторного посещения предлагалось провести консультацию дистанционно.

За 12 месяцев реализации эксперимента, число посещений в поликлинику к врачу-урологу пациентами данной группы сократилось более чем в 4 раза - с 832 до 188 или с 7,5 посещений одним пациентом до 1,7. По телефону медицинской сестрой урологического кабинета выполнено 706 взаимодействий с пациентами, из них передано врачу – 191, из которых 98 – вместо повторных посещений по результатам диспансерного обследования, 93 – по вопросам, возникающим по ходу лечения. Стоимость посещений врача-уролога сократилась с 55325,68 руб., согласно тарифам территориальной ПГГ Москвы, до 12993,72 руб. или с 502,96 руб. до 118,12 руб. на одного пациента данной диспансерной группы. Время, затраченное на приемы пациентов диспансерной группы в результате эксперимента, сократилось с 208 часов до 56,5 часов или с 1,8 часов до 0,51 часов на одного пациента. Сэкономленное рабочее время врача-уролога составило 151,5 часов или 1,3 часа для работы с одним пациентом, при этом высвободилось время для записи 604 пациентов. Из выполненных медицинской сестрой урологического кабинета взаимодействий с пациентами, 27% передано врачу-урологу, и 73% вопросов решены медицинской сестрой самостоятельно (выписка льготных рецептов, информация справочного характера, подготовка к лабораторно-инструментальным исследованиям).

Оценка эффективности данной технологии показала высокую степень удовлетворенности пациентов возможностью дистанционного взаимодействия с врачом, в случаях, не требующих очного приема, а также выпиской льготных рецептов, не посещая врача (93,7% пациентов), а её преимущество перед традиционной формой взаимодействия между врачом и пациентом отметили 80,9% пациентов.

Положительный опыт использования телемедицинских технологий с активным участием среднего медицинского персонала, позволил разработать и апробировать организационный эксперимент по сокращению сроков ожидания медицинской помощи в поликлинике при маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание на госпитализацию.

Предварительное интервьюирование врачей-урологов ГП № 115 и ГП № 219 ДЗМ, в ходе которого обсуждению подверглись организационные аспекты, затрудняющие оказание медицинской помощи пациентам на различных этапах в поликлинике и при взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, пациентам с подозрением на рак предстательной железы (далее РПЖ), позволило выявить следующее: ограниченные возможности для прохождения скрининга на РПЖ в поликлинике; длительные сроки ожидания приема врача-уролога и лабораторно-инструментальных исследований и, в связи с этим, распространенная практика отказов пациентов от этого и обращений в сторонние медицинские организации, в том числе в негосударственные; длительные сроки ожидания госпитализации, со случаями необоснованных отказов; избыточность посещений врачей-урологов поликлиники и стационарных учреждений; отсутствие каналов связи между врачами-урологами поликлиник и больниц; взаимодействие на всех этапах с разными врачами-урологами, с формированием низкого уровня доверия пациентов. Респонденты сошлись в оценках, что с момента возникновения подозрения на РПЖ до выполнения биопсии предстательной железы (далее БПЖ), в среднем проходит – 4–6 недель (при этом не менее 4 посещений врача-уролога поликлиники), что превышает нормативные сроки ожидания медицинской помощи, представленные в ПГГ.

С учетом полученных данных, с целью повышения доступности и расширения возможностей по ранней диагностике РПЖ, а также сокращения сроков ожидания медицинской помощи, на базе ГП № 115 проведен организационный эксперимент по ранней диагностике мужчин на РПЖ и оптимизации маршрутизации пациентов с подозрением на РПЖ. При разработке эксперимента руководствовались принципом создания для пациентов доступности прохождения скрининга на РПЖ, при подозрении на который, обеспечивалась ускоренная диагностика с госпитализацией для БПЖ. Внутренним приказом определен регламент мероприятий, прописана маршрутизация пациентов, участники эксперимента и ответственные лица.

Путем широкого информирования населения, прикрепленного к ГП №115, распространена информация о проведении онкоскрининга мужского населения, в

рамках которого мужчины старше 40 лет приглашались в отделение медицинской профилактики для прохождения теста на простатоспецифический антиген (далее ПСА) каждую вторую субботу месяца с 9.00 до 13.00, без предварительной записи к врачу. Определены группы пациентов, с превышением предельно допустимых значений уровня ПСА крови, согласно действующим клиническим рекомендациям: для возрастной группы 40–49 лет – более 2,5 нг/мл; 50–59 лет – более 3,5 нг/мл; 60–69 лет – более 4,5 нг/мл; 70 лет и старше – более 6,5 нг/мл. Сроки выполнения и получения результатов составляли не более 3 рабочих дней.

По результатам прохождения онкоскрининга пациенты с нормальным уровнем ПСА могли получить результат в отделении медицинской профилактики, с рекомендацией ежегодного контроля уровня ПСА как метода ранней диагностики РПЖ. Результаты анализа крови на ПСА выше нормативных передавались в кабинет врача-уролога. Все пациенты, у которых выявлено повышение уровня ПСА, медицинской сестрой урологического кабинета вносились в электронную базу данных, с последующим их обзвоном и приглашением на прием врача-уролога в специально выделенное время для дальнейшей диагностики и маршрутизации. Лечебно-диагностическим процессом данных пациентов занимался опытный профильный специалист, имеющий, в том числе и сертификат врача ультразвуковой диагностики для выполнения соответствующего исследования, выполнение которого необходимо пациентам с подозрением на РПЖ. На приемах, с учетом особенностей каждого пациента, принималось персонализированное решение о дальнейшем выполнении БПЖ, для верификации диагноза, после предварительного обследования. С целью сокращения сроков ожидания, на всех этапах предварительного обследования (процедурный кабинет, кабинет ЭКГ, рентгенкабинет, консультация врача-терапевта), было выделено время для данной категории пациентов, что позволило обследовать данных пациентов в течение 5 рабочих дней.

Таким образом, при повышении ПСА, в течение 2 дней пациент приглашался на прием к врачу-урологу, где выполнялось, в том числе, ультразвуковое исследование предстательной железы и принималось решение о выполнении БПЖ после предварительного обследования, которое составляло не более 5 дней.

Необходимость сокращения сроков ожидания госпитализации для выполнения БПЖ и исключения практик необоснованных отказов пациентам в её выполнении, совместно с кафедрой урологии ФГБУ ДПО ЦГМА УДП РФ, разработана маршрутизация пациентов с подозрением на рак предстательной железы для дальнейшей БПЖ на клинической базе кафедры - центра урологии и литотрипсии Клинической больницы №1 АО ГК Медси. При этом одним из условий взаимодействия в рамках данного эксперимента было оформление уролога ГП № 115, ведущего прием пациентов с подозрением на РПЖ, в штат центра урологии и литотрипсии КБ №1, для выполнения БПЖ. Таким образом, удалось сформировать маршрутизацию пациентов с подозрением на РПЖ, при которой пациент на всех этапах взаимодействует с одним врачом-урологом, что способствовало созданию доверительных отношений между пациентом и врачом. Пациенты, у которых врачом-урологом определены показания на госпитализацию для выполнения БПЖ, записывались дистанционно путем взаимодействия с администратором центра урологии и литотрипсии КБ № 1. Определены сроки выполнения гистологического исследования – не более 7 дней с момента выполнения БПЖ, при этом результаты гистологического исследования, пересылались по электронной почте в поликлинику.

В результате, маршрутизация пациентов с подозрением на РПЖ сложилась следующим образом: после получения результата повышенного ПСА – приглашение медицинской сестрой урологического кабинета на прием к врачу-урологу, где при определении необходимости выполнения БПЖ, оформлялось направление на госпитализацию по форме 057/у, назначалась дата госпитализации, с учетом пятидневного срока выполнения лабораторно-инструментальных исследований, выполнялось информирование пациента о корректной подготовке к БПЖ. Учитывая объем оперативного вмешательства, госпитализация составляла 1 день (выполнение биопсии в первой половине дня, наблюдение в палате кратковременного пребывания в течение дня, с последующей выпиской пациента в тот же день). Пациент при выписке приглашался на повторный прием в поликлинику через 7 дней для ознакомления с результатами гистологического исследования и определения

дальнейшей тактики в зависимости от результата. В случае подтверждения РПЖ маршрутизировался далее к врачу-онкологу.

Помимо онкоскрининга на прием к врачам-урологам, врачам-терапевтам участковым и ВОП могут обращаться пациенты с повышенным уровнем ПСА, для которых установлена следующая маршрутизация. При выявлении повышенного уровня ПСА пациент информировался врачом о подозрении на РПЖ и необходимости дальнейшего обследования, данные пациентов передавались в кабинет врача-уролога, медицинская сестра которого в дальнейшем связывалась по телефону с пациентом и согласовывала с ним дату приема врача-уролога. Далее данные пациенты маршрутизировались по тому же пути, что установлен для пациентов с повышенным уровнем ПСА крови, выявленным в ходе онкоскрининга.

Для всех пациентов, участвовавших в эксперименте, была установлена возможность дистанционного взаимодействия с медицинской сестрой кабинета врача-уролога по телефону, предварительной, предварительно установленному в кабинете врача-уролога, как по организационным вопросам, так и по лечебно-диагностическому процессу. В случае вопросов по состоянию здоровья, медицинской сестрой выполнялась фиксация данного вопроса, с передачей врачу-урологу и последующим взаимодействием врача с пациентом для их обсуждения.

С целью обеспечения комплаентности пациентов, для медицинской сестры урологического кабинета были определены две временные точки контроля – даты, в которые выполнялся обзвон пациентов на предмет выяснения следованию маршрута и возможных возникающих при этом организационных проблем.

Первой точкой контроля установлен день, следующий после выполнения лабораторно-инструментальных исследований. Пациент информировался о получении их результатов, повторно уточнялась дата госпитализации и необходимости правильной подготовки к ней. В случае выявления изменений в результатах лабораторно-инструментальных исследований, которые могли бы осложнить послеоперационный период, пациент записывался медицинской сестрой на прием к врачу-терапевту участковому или ВОП. При отсутствии изменений в

результатах лабораторно-инструментальных исследований, они отправлялись по электронной почте в центр урологии и литотрипсии КБ № 1.

Второй точкой контроля установлена дата, следующая после выполнения БПЖ. При этом выполнялся сбор информации о состоянии и самочувствии пациента и уточнялась дата приема врача-уролога по результатам гистологического исследования. В случае поступления от пациента запроса на консультацию с врачом-урологом, запрос фиксировался и передавался врачу-урологу, который в последующем связывался с пациентом.

Организационный эксперимент продолжался в течение 5 месяцев, в ходе которого онкоскрининг на раннее выявление РПЖ прошли 785 мужчин. У 137 (17,4%) было выявлено повышение уровня ПСА. Показания для выполнения биопсии определены у 116 (14,7%) мужчин, которым выполнены БПЖ, у 39 из них, по результатам гистологического исследования, выявлен РПЖ, и они направлены к врачу-онкологу. Вне онкоскрининга, на приемах врачей-урологов, врачей-терапевтов участковых и ВОП, выявлено 98 пациентов с повышенным уровнем ПСА, из которых БПЖ выполнена 91 пациенту, у 28 из них, по результатам гистологического исследования, верифицирован РПЖ. В целом по маршруту, сформированному в ходе организационного эксперимента, прошло 207 пациентов.

Оптимизация маршрутизации пациентов в ходе организационного эксперимента, позволила сократить, по сравнению с традиционным маршрутом, число посещений врача-уролога с 4 до 2, с соответствующим снижением стоимости приемов врача-уролога поликлиники (с 268,86 руб. до 137,48 руб. на одного пациента). Для всей группы пациентов с подозрением на РПЖ, стоимость приемов врача-уролога при традиционном маршруте движения, с учетом 4 посещений (828 посещений всей группой), составила бы 55654,32 руб. Сокращение числа посещений в рамках эксперимента снижает стоимость посещений всей группой (414 посещений) до 28458,36 руб., с соответствующим высвобождением времени для записи к врачу-урологу 414 новых пациентов.

Медицинской сестрой урологического кабинета, в ходе маршрутизации каждого пациента, выполнено два дистанционных взаимодействия в установленных

точках контроля, в целом 414 взаимодействий по телефону. Врачом-урологом выполнено 68 дистанционных консультаций по запросам пациентов, полученным медицинской сестрой.

Сроки ожидания медицинской помощи пациентами с момента возникновения подозрения на РПЖ до госпитализации для выполнения биопсии предстательной железы сократились с 4–6 недель до 2 недель.

При оценке эффективности, в ходе интервьюирования, 91,4% пациентов высказали положительные оценки новой маршрутизацией на госпитализацию. Из 126 пациентов, имевших ранее опыт плановой госпитализации по направлению из поликлиники, 81,3% отметили преимущество установленной новой маршрутизации по сравнению с традиционной. Положительные оценки респондентов связаны с уменьшением числа посещений врача-уролога, возможности дистанционного взаимодействия при возникновении вопросов как организационного характера, так и по лечению, а также сокращение сроков ожидания медицинской помощи на всех этапах.

Проведенный организационный эксперимент по оптимизации маршрутизации пациентов с подозрением на РПЖ позволил занять ГП № 115 первое место в г. Москве по числу выявленных РПЖ на ранних стадиях и получить грант.

В заключении обобщены основные результаты исследования, представлено краткое изложение и обсуждение диссертации.

ВЫВОДЫ

1. Первичная медико-санитарная помощь является важнейшим направлением развития отечественного здравоохранения, приоритет которой определен во всех стратегических документах. Результатом реформирования здравоохранения за последние 10 лет стало укрупнение городских поликлиник с их централизацией, укрепление материально-технической базы медицинских организаций, внедрение новых технологий в лечебно-диагностический процесс, информатизация здравоохранения, рост заработной платы медицинских работников. Несмотря на это, проблемы в первичном звене здравоохранения сохраняются: дефицит медицинских кадров, высокая нагрузка на врачей, недостаточный уровень квалификации

медицинских работников и их мотивации, не получила должного развития общая врачебная практика.

2. 2. В период с 2012 по 2022 гг. отмечается рост численности населения в Москве (+9,8%), связанный с миграционным приростом. Прирост населения старше трудоспособного возраста составил 33,7%, их доля в структуре населения – 28,9%. Зарегистрирован рост смертности с 9,9 до 10,1 на 1000 населения, при этом снизилась смертность от болезней системы кровообращения (-24,6%), новообразований (-12,8%), болезней органов пищеварения (-25,9%), органов дыхания (-46,2%), внешних причин (-31,2%). Уровень общей заболеваемости взрослого населения в Москве вырос на 6,6% и составил 1377,7 на 1000 населения в 2022 году (в РФ на 10,9% и 1595,5 на 1000 населения). Более 45% общей заболеваемости приходится на лиц старше трудоспособного возраста. Продолжительность жизни населения Москвы за этот период увеличилась с 75,7 до 78,2 лет.

3. За период 2012–2022 гг. обеспеченность врачами в Москве снизилась на 24,2% и в 2022 году составила 43,3 на 10 тыс. населения (целевое значение, установленное нацпроектом – 39,5 на 10 тыс. населения). Обеспеченность средним медицинским персоналом сократилась на 26,8% и составила в 2022 году 60,7 на 10 тыс. населения (целевое значение, установленное в нацпроекте – 90,4 на 10 тыс. населения), соотношение врач / средний медицинский персонал составило 1:1,4, что ниже рекомендаций ВОЗ (1:4) и целевых значений госпрограммы «Столичное здравоохранение» (1:2,5). В 2022 году дефицит занятых должностей врачей первичного звена здравоохранения составил 1017 врачей-терапевтов участковых или 1152 врачей общей практики (семейных врачей), 114 врачей-кардиологов, 46 врачей-эндокринологов, 155 врачей-урологов, 336 врачей-хирургов, 159 врачей-гериатров. Дефицит среднего медицинского персонала врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) составил 2279 и 4111 занятых должностей.

4. С 2012 по 2022 гг. среднее число посещений к врачам на 1 жителя сократилось с 13,4 до 8,6 (на 37,3%). При этом за 2018–2022 гг. в Москве выросло число записей на посещение к врачам-терапевтам участковым и врачам общей практики (семейным врачам) более чем в 2 раза, к врачам-специалистам 1-го уровня

в 1,8 раз, к врачам-специалистам 2-го уровня более, чем в 6 раз. В 2022 году в 13% случаев пациенты не смогли записаться к врачам-терапевтам участковым и врачам общей практики (семейным врачам) ввиду отсутствия доступных свободных талонов, 24,5% ожидали приема от 2 до 14 дней; к врачам – специалистам 1-го уровня не смогли записаться 21,6% пациентов; к врачам – специалистам 2-го уровня – 28,7% пациентов. В структуре посещений участковых врачей приемы длительностью менее 5 минут составляют 30,8%, у врачей – специалистов 1-го уровня доля таковых – 16,9–28,7%, у врачей – специалистов 2-го уровня – 3,2–7,6%. При этом от 9 до 18,9% пациентов не являются на прием к врачам по предварительной записи.

5. В городской поликлинике доля посещений, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи, составляет 16,7–35,4%, в зависимости от врачебной специальности. В данной структуре: на посещения для выписки льготного рецепта приходится 8,6–14%, для получения справок, заключений о состоянии здоровья – 24,1–44,3%, для оформления направлений на лабораторно-инструментальные исследования и получение их результатов, консультации, госпитализации 47,1–62,5% посещений.

6. При анализе нормативных правовых актов, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи, квалификационные требования, образование, профессиональную деятельность врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых выявлено отсутствие перечня заболеваний или показаний, при которых назначаются консультации врачей-специалистов. Это привело к нивелированию различий в квалификации, компетенциях, установленных в НПА для врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) и не дает возможности оценки профессиональной деятельности данных специалистов, в части обоснованности назначения консультаций, способствует увеличению потребности в консультациях врачей-специалистов, снижает доступность медицинской помощи.

Сравнительный анализ профессиональных стандартов врачей и медицинской сестры, с выявлением идентичных трудовых функций, позволил определить

теоретические подходы к практическому перераспределению трудовых функций между ними.

7. В структуре посещений врача-терапевта участкового и врача общей практики (семейного врача) доля пациентов, направленных на консультации к врачам-специалистам, не имеет значимых различий: 11,6% и 8,2%, соответственно. При этом на приемах у врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) со стажем более 10 лет доля направляемых на консультации к врачам-специалистам составила 11,4% и 11,1%, соответственно. Наиболее часто требуются консультации следующих врачей-специалистов: врач-невролог – 25,9%, врач-эндокринолог – 20,5% и врач-кардиолог – 19,7%. Из этих направлений в 22,6% и 21,8% случаях, соответственно, лечебно-диагностические мероприятия могли быть реализованы самостоятельно врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

8. Более 60% опрошенных пациентов и врачей отметили возможность проведения первичного приема с помощью телемедицинских технологий, при повторных приемах положительные оценки возрастают (66,5% пациентов, 81,4% врачей). Телемедицинские технологии, по мнению, как пациентов, так и врачей, способствуют повышению доступности (66,1% и 89,4%, соответственно) и качеству медицинской помощи (52,4% и 70,2%, соответственно). По мнению врачей, 34,4–43,3% посещений могли бы быть замещены на телемедицинские консультации.

9. Разработанная программа повышения квалификации для врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых, позволила сократить долю посещений с консультативной целью у врача-специалиста с 20,8 до 11,4%. По мнению врачей, прошедших обучение, апробированная образовательная технология обладает преимуществами, среди которых: обучение в условиях поликлиники; регулярность; краткосрочность; актуальность тем для практической деятельности; возможность интерактивного обсуждения; отсутствие психологических барьеров.

10. Организационный эксперимент по замещению части посещений пациентов диспансерной группы телемедицинскими консультациями с привлечением среднего медицинского персонала (на примере пациентов с доброкачественной гиперплазией

предстательной железы) позволил сократить число посещений одним пациентом поликлиники более чем в 4 раза (с 7,5 до 1,7), с соответствующим высвобождением времени для записи к врачу-урологу. Из выполненных медицинской сестрой урологического кабинета 706 дистанционных взаимодействий с пациентами 27% передано врачу-урологу, 73% вопросов решены медицинской сестрой (оформление льготных рецептов, информация справочного характера, подготовка к лабораторно-инструментальным исследованиям). При этом 93% пациентов выразили удовлетворенность такой формой взаимодействия с врачом-урологом, преимуществом которой является возможность дистанционного взаимодействия с медицинскими работниками и сокращение числа посещений поликлиники.

11. Организационный эксперимент по маршрутизации пациентов с целью ранней диагностики онкологических заболеваний (на примере рака предстательной железы) позволил сократить сроки ожидания медицинской помощи с момента возникновения подозрения на онкологическое заболевание до верификации диагноза с 4–6 недель до 2 недель, при этом число посещений к урологу одним пациентом с подозрением на рак предстательной железы сократилось с 4 до 2 в течение всего маршрута движения пациента, с соответствующим экономическим эффектом и высвобождением времени для записи пациентов.

Удовлетворенность такой формой маршрутизации выразили 91,4% пациентов, участвовавших в эксперименте. Среди преимуществ пациенты отметили: уменьшение числа посещений врача-уролога в ходе маршрутизации, возможность дистанционного взаимодействия при возникновении вопросов как организационного характера, так и по лечению, а также сокращение сроков ожидания медицинской помощи на всех этапах.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ / ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Министерству здравоохранения РФ рассмотреть возможность внесения изменений и дополнений в соответствующие нормативные правовые акты:

– по определению и формированию перечня заболеваний и показаний к назначению консультаций врачей-специалистов при оказании медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми;

- по увеличению сроков актуальности заключений врачей и результатов лабораторно-инструментальных исследований при направлении граждан на МСЭ и санаторно-курортное лечение;
- формирование единого перечня обязательных и дополнительных, с учетом заболевания, лабораторно-инструментальных исследований и заключений врачей, необходимых при госпитализации пациентов, с определением сроков их актуальности при госпитализации;
- увеличение сроков, на который возможна выписка льготного рецепта, до сроков явки при диспансерном наблюдении;
- регулирование деятельности, определения и разграничения полномочий врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых, врачей-специалистов и среднего медицинского персонала с перераспределением должностных обязанностей, в соответствии с их профессиональными компетенциями;
- регламентировать регулярные образовательные курсы для врачей на рабочих местах в трудовых коллективах;
- расширить перечень видов посещений пациентами поликлиник, при которых возможно применение телемедицинских технологий, а также рассчитать тарифы на них;
- апробировать модель взаимодействия пациента с врачом с применением телемедицинских технологий в поликлиниках по ряду врачебных специальностей;
- апробировать модель взаимодействия среднего медицинского персонала с пациентами, перед приемом врачей, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Департаменту здравоохранения Москвы:

- усилить контроль за необоснованностью требований стационарными учреждениями заключений врачей и результатов лабораторно-инструментальных исследований из поликлиник;

– ввести в обязанность среднего медицинского персонала, предварительное взаимодействие с пациентами на предмет явки к врачам и выяснения причины посещения;

– рассмотреть возможность интеграции в ЕМИАС федеральных, ведомственных и частных медицинских организаций, бюро МСЭ и органы социальной защиты населения, с формированием межведомственного документооборота;

– рассмотреть возможность разработки автоматизированных систем поддержки принятия решений при направлении пациентов на МСЭ, санаторно-курортное лечение.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Научные статьи, опубликованные в журналах, индексируемых в международных базах научного цитирования (Scopus, WoS, RSCI):

1. Агамов, З.Х. Совершенствование кодирования заболеваемости и смертности в системе Министерства внутренних дел Российской Федерации / Е.А. Берсенева, Д.Ю. Михайлов, З.Х. Агамов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 4. – С. 529–534.
2. Агамов, З.Х. Нормативно-правовое регулирование экспертизы качества медицинской помощи в Российской Федерации / З.Х. Агамов, А.К. Бурцев, Л.И. Москвичева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 1. – С. 139–143.
3. Агамов, З.Х. Заболеваемость населения в период реализации реформы здравоохранения Москвы / З.Х. Агамов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 6. – С. 1569–1573.
4. Агамов, З.Х. Проблемные аспекты нормативно-правового регулирования телемедицины в Российской Федерации / З.Х. Агамов, Е.А. Берсенева, Л.И. Москвичева // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 1. – С. 11–16.
5. Агамов, З.Х. Проблемы использования международной статистической классификации болезней (МКБ-10) при кодировании заболеваемости и смертности / Е.А. Берсенева, З.Х. Агамов, Д.Ю. Михайлов // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 4. – С. 132–137.
6. Агамов, З.Х. Медико-демографические тенденции в городе Москве в период реализации реформ здравоохранения / З.Х. Агамов // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 9. – С. 24–29.
7. Агамов, З.Х. К вопросу о реформах здравоохранения Москвы (обзор публикаций) / З.Х. Агамов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 3. – С. 455–463.

8. Агамов, З.Х. Этапы становления нормативно-правового обеспечения информатизации здравоохранения в Российской Федерации / З.Х. Агамов, Е.А. Берсенева // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 3. – С. 13–17.
9. Агамов, З.Х. Сравнительный анализ моделей регулирования обращения медицинских изделий: национальные нормативные положения и международные руководящие принципы / И.В. Иванов, Е.А. Берсенева, З.Х. Агамов, Е.В. Зиновьева // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 5. – С. 14–20.
10. Агамов, З.Х. Компетентность руководителей медицинских организаций в области управления персоналом // Е.А. Берсенева, С.В. Умнов, З.Х. Агамов // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 10. – С. 104–110.
11. Агамов, З.Х. Технология блокчейн как компонент цифровизации здравоохранения / Е.А. Берсенева, С.В. Умнов, М.С. Умнов, З.Х. Агамов // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 4. – С. 95–99.
12. Агамов, З.Х. Оценка грамотности руководителей медицинских организаций в вопросах управления персоналом / Е.А. Берсенева, С.В. Умнов, Ю.А. Чудина, З.Х. Агамов, В.Г. Кудрина // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 12. – С. 19–26.
13. Агамов З.Х. Опыт повышения квалификации врачей городской поликлиники по профилю «урология» / З.Х. Агамов // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. – № 3. – С. 4–7.
14. Агамов, З.Х. Анализ структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники / З.Х. Агамов // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5, № 3. – С. 142–148.

Научные статьи, опубликованные в журналах Перечня ВАК:

15. Агамов, З.Х. Опыт оказания урологической помощи в период пандемии COVID-19 / А.Д. Саркисян, Т.В. Шаповаленко, С.П. Даренков, З.Х. Агамов // Ремедиум. – 2023. – Т. 27, №2. – С. 137–141.
16. Агамов, З.Х. Нормативные правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению города Москвы при переходе к общей врачебной практике / З.Х. Агамов, С.А. Белкин, А.Д. Саркисян, А.Л. Кошкакарян, Г.А. Агамова, Д.А. Дороншоева, Е.В. Азиатцева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2024. – № 2. – С. 81-84.

Научные статьи, опубликованные в журналах Перечня РУДН:

17. Агамов, З.Х. Анализ структуры посещений пациентами врачей городской поликлиники Москвы / З.Х. Агамов, Е.П. Какорина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 7–8. – С. 32–38.
18. Агамов, З.Х. Некоторые аспекты состояния здоровья пожилого населения Москвы / З.Х. Агамов, Е.П. Какорина, С.В. Орлов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 11-12. – С. 31–39.
19. Агамов, З.Х. Опыт реализации программы ранней диагностики рака предстательной железы в городской поликлинике Москвы / З.Х. Агамов, А.Д. Саркисян, С.П. Даренков, Т. В. Шаповаленко, И.Н. Сисюкин, А.Л. Кошкакарян, О.А.

Зернова, М.М. Дзагоев, Р.Г. Зулькарнаев, В.С. Гилядов, В.В. Причепе // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2022. – № 2. – С. 136–148.

20. Агамов, З.Х. Модели частно-государственного партнерства в медицинской деятельности (по данным зарубежной и отечественной литературы) / А.Д. Саркисян, Т.В. Шаповаленко, С.П. Даренков, З.Х. Агамов // Ремедиум. – 2024. – Т. 28, № 1. – С. 47–51.

21. Агамов, З.Х. К вопросу о кадровом обеспечении врачами-урологами медицинских организаций города Москвы при переходе к общей врачебной практике / А.Д. Саркисян, С.А. Белкин, А.Л. Кошкакарян // Ремедиум. 2024. – № 2. – С. 192–195.

Статьи, опубликованные в иных журналах и сборниках:

22. Агамов, З.Х. Анализ мнений пациентов и врачей о диспансеризации в городской поликлинике / З.Х. Агамов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2013. – № 1. – С. 52–54.

23. Агамов, З.Х. Особенности организации амбулаторно-поликлинической помощи работникам промышленного предприятия / З.Х. Агамов, О.П. Головинцова, С.В. Чекулаева, И.В. Ильина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2013. – № 2. – С. 57–61.

24. Агамов, З.Х. Социологическая оценка структуры посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений / З.Х. Агамов, Е.М. Степанюченко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – № 1. – С. 9–12.

25. Агамов, З.Х. Структура посещений врачей-урологов городской поликлиники / З.Х. Агамов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – № 3. – С. 5–9.

26. Агамов З.Х. Особенности оказания скорой медицинской помощи в мегаполисе / З. Х. Агамов, Е.П. Какорина // Медицина катастроф – 2023 и Первая помощь – 2023 [Электронное издание]: материалы Всероссийских научно-практических конференций с международным участием (28-29 сентября 2023 года) / под ред. проф. М.Н. Замятина и проф. Л.И. Дежурного. – М. : Медицина Катастроф, 2023. - С. 6-7.

Агамов Загир Хидирович

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

Показано, что рост численности населения крупного города с увеличением доли лиц старше трудоспособного возраста формирует высокую потребность в первичной медико-санитарной помощи. Выявленный дефицит медицинских кадров в первичном звене здравоохранения не позволяет реализовать растущую потребность, снижает доступность медицинской помощи и определяет необходимость поиска организационных форм её повышения. Выполненный анализ структуры посещений врачей поликлиники, их маршрутизации, дополненный социологическим исследованием, позволил определить виды посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, их высокую долю в структуре приемов врачей и определить организационные меры по их сокращению. Выявлена недостаточность уровня знаний врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) по узким врачебным специальностям. Полученные данные позволили обосновать организационные технологии совершенствования первичной медико-санитарной помощи.

Апробированные организационные технологии (телемедицинские технологии, перераспределение трудовых функций между врачами и средним медицинским персоналом, оптимизация маршрутизации) позволили сократить число посещений, не связанных с оказанием медицинской помощи, а разработанная программа повышения квалификации для врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) снизить потребность в консультациях врачей-специалистов.

Agamov Zagir Khidirovich

Organizational technologies for improving primary health care for adults during transition to general medical practice in a large city

It is shown that the growth of the population of large city with increase of the proportion of people over working age creates a high need for primary health care. The identified shortage of medical personnel in primary health care does not allow the growing need to be realized, reduces the availability of medical care and determines the need to search for organizational forms of increasing it. The analysis of the structure of doctors' visits to the clinic, their routing, supplemented by sociological research, made it possible to determine the types of visits not related to the provision of medical care and their high share in the structure of doctors' appointments and determine organizational measures to reduce them. An insufficient level of knowledge of local physicians and general practitioners in narrow medical specialties was revealed. The data obtained made it possible to substantiate organizational technologies for improving primary health care.

Proven organizational technologies (telemedicine technologies, redistribution of labor functions between doctors and nursing staff, optimization of routing) made it possible to reduce the number of visits not related to the provision of medical care, and the developed training program for local therapists and general practitioners (family doctors) will reduce the need for consultations with specialist doctors.