

Бабешина Марина Александровна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕЖУРОВНЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОЙ ФОРМЕ
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

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

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, доцент

Бойков Вадим Андреевич

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

**Коновалов
Олег
Евгеньевич**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 1 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Борщук
Евгений
Леонидович**

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «24» июня 2026 г. в 10:00 часов на заседании Диссертационного совета 21.1.076.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11 и на сайте: https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Babeshina_text.pdf

Автореферат разослан « ____ » _____ 2026 г.

Учёный секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Тамара Павловна Сабгайда

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Обеспечение доступности медицинской помощи (МП) предусмотрено в ст. 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и является приоритетным направлением государственной политики в области сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации (РФ) (Указ Президента РФ от 02.07.2021 № 400). В рамках национального проекта «Здравоохранение» (2019-2024) реализован комплекс системных мероприятий, направленных на обеспечение оптимальной доступности МП. Основные решения предусматривали формирование сети медицинских организаций (МО) с учётом необходимости использования мобильных медицинских комплексов в малочисленных населённых пунктах, возведение новых и модернизацию существующих объектов здравоохранения, оснащение и переоснащение медицинским оборудованием, а также оптимизацию работы МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Важным условием в достижении результатов федеральных инициатив является эффективность управления мероприятиями по обновлению инфраструктуры, планированию сети объектов здравоохранения и системы оказания МП на уровне субъектов РФ (Поликарпов А.В. и др., 2023; Страдымов Ф.И. и др., 2024; Боечко Е.А., Шикина И.Б., 2025). Наряду с инфраструктурными преобразованиями актуальность приобретают ресурсосберегающие технологии, направленные на повышение доступности МП, включая упрощение процедуры записи на прием к врачу (Камкин Е.Г. и др., 2023; Ходакова О.В. и др., 2024; Каракулина Е.В. и др., 2024).

Вместе с тем системные проблемы в управлении здравоохранением, в том числе неоптимальное планирование и использование ресурсов и кадров, недостаточное взаимодействие между этапами трехуровневой модели оказания МП не позволяют использовать имеющийся потенциал отрасли в полной мере (Руголь Л.В. и др., 2020, 2025; Деев И.А. и др., 2020; Бойков В.А., 2021; Кобякова О.С. и др., 2022; Стародубов В.И. и др., 2025). Существенное влияние на доступность МП оказывают неблагоприятные климато-географические условия и особенности территориального планирования сети МО (Поликарпов А.В. и др., 2022; 2023; Шартова Н.В. и др., 2023; Архипов Ю.Р. и др., 2024; Афанасьева Л.Н. и др., 2025). Таким образом, сохраняются проблемы, связанные с длительными сроками ожидания МП, являющимися одной из причин низкого уровня удовлетворенности населения оказанием МП как в РФ, так и за рубежом (McGregor M.J. et al., 2018; Бузин В.Н. и др., 2020; Заздравных Е.А. и др., 2021; Меньшикова Л.И. и др., 2022; Суслин С.А. и др. 2023; Бендюк Г.Я. и др., 2023; Назарова И.Б., 2025; Chan J. et al., 2025).

Степень научной разработанности темы. Вопросы повышения доступности МП широко обсуждаются экспертами в области здравоохранения, экономики и социологии, что свидетельствует о высокой социальной значимости данной проблематики (Линденбратен А.Л., Коломийченко М.Е., 2021; Шляхто Е.В. и др., 2023; Архипов Ю.Р. и др., 2024; Потапчик Е.Г., 2025). В России и за рубежом исследуют применение различных технологий по данному направлению, включая реструктуризацию содержания деятельности ПМСП на различных этапах ее оказания, развитие выездных форм медицинского обслуживания, сокращение непроизводительных затрат МО, использование информационных систем для оценки ресурсных возможностей и принятия управленческих решений (Ступак В.С. и др., 2021; Каракулина Е.В. и др., 2024; Ходакова О.В. и др., 2024; Давидов Д.Р. и др., 2024; Афанасьева Л.Н. и др., 2025).

Проведенный обзор научных публикаций продемонстрировал, что существующие данные не позволяют сделать однозначные выводы о результативности рассматриваемых подходов и возможности их применения на системной основе в условиях трехуровневой модели оказания медицинской помощи в плановой форме взрослому населению. Актуальность вышеизложенного предопределяет цель научно-исследовательской работы.

Цель исследования: научно обосновать и разработать мероприятия по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению.

Задачи исследования:

1. Провести анализ организации медицинской помощи взрослому населению на примере Томской области за 2018–2023 гг.
2. Проанализировать показатели доступности медицинской помощи взрослому населению Томской области с позиции инфраструктуры, маршрутизации и результативности процессов оказания медицинской помощи в плановой форме.
3. Проанализировать процесс оказания медицинской помощи в плановой форме взрослому населению на примере пилотной медицинской организации.
4. Научно обосновать, разработать и внедрить организационные мероприятия по совершенствованию межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению на примере медицинских организаций Томской области.
5. Оценить результативность мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению на примере медицинских организаций Томской области.

Научная новизна. В результате проведенного исследования:

- получены новые данные о влиянии инфраструктурных факторов на доступность медицинской помощи (расселение населения, транспорт, территориальное планирование сети медицинских организаций);
- установлены ключевые организационные проблемы, влияющие на сроки ожидания и удовлетворенность населения оказанной медицинской помощью, требующие внесения изменений в существующие нормативные документы на уровне субъекта Российской Федерации, регламентирующие оказание медицинской помощи в плановой форме взрослому населению;
- разработаны новые научно обоснованные мероприятия по совершенствованию межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению в медицинских организациях Томской области;
- впервые на региональном уровне реализованы организационные мероприятия по созданию новых структурно-функциональных единиц (кабинетов организации плановой медицинской помощи) в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению в амбулаторных условиях;
- разработана и протестирована новая методика оценки результативности мероприятий, направленных на повышение доступности медицинской помощи в плановой форме взрослому населению;
- доказана перспективность предложенной идеи административного сопровождения пациента и распределения ответственности за сроки ожидания консультации или обследования между пациентом и медицинской организацией;
- внедрена модель межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению, доказавшая свое преимущество перед действующей моделью в Томской области на региональном уровне.

Теоретическая и практическая значимость работы. По результатам анализа научной литературы проведена типизация проблем организации оказания медицинской помощи в зависимости от факторов, обуславливающих их возникновение (организационные, территориальные, инфраструктурные), и классифицированы существующие подходы к повышению доступности медицинской помощи.

Данные о характеристике типовых проблем позволили сформировать теоретические знания об особенностях управления потоками пациентов в зависимости от организации медицинской помощи и условий оказания. Полученные новые данные могут быть использованы при планировании мероприятий по совершенствованию медицинской помощи на разных уровнях управления системой здравоохранения.

Научно обоснована необходимость реализации мероприятий, направленных на повышение результативности процесса оказания медицинской помощи в плановой форме, позволяющих системно воздействовать на управляемые факторы, влияющих на ее доступность.

На основании результатов анализа системы организации оказания МП был разработан порядок организации МП в плановой форме взрослому населению в МО, вошедший в раздел «Кабинет организации плановой медицинской помощи» регионального нормативного документа «Стандарт организации медицинской помощи в амбулаторных условиях» (утв. распоряжением Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 № 817). Разработанный документ включал описание основных процессов при организации МП в плановой форме и положение о кабинете организации плановой медицинской помощи (КОППМ).

Внедрены в практическую работу медицинской организации новые задачи медицинских работников, такие как разработка и внедрение речевых модулей, маршрутных карт и стандартизированных операционных процедур, что позволило повысить эффективность организации медицинской помощи населению в плановой форме.

Модель межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению показала свою результативность при внедрении в систему оказания ПМСП субъекта РФ и может быть применена в других регионах России.

Методология и методы исследования. В соответствии с поставленной целью и задачами исследования использовались следующие методы: аналитический, организационное моделирование, организационный эксперимент и статистический.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0.228.8. Межгрупповое сравнение показателей проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни, динамика исследуемых параметров оценивалась с помощью критерия Вилкоксона. Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 0,05.

Информационно-методическую основу исследования составили данные из медицинской документации и медицинской информационной системы ОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр Томской области». Составленная для исследования база данных не содержала личных или иных данных, позволявших персонифицировать отдельные случаи наблюдений. На проведение исследования получено разрешение локального этического комитета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (заключение №10057 от 28.04.2025).

Положения, выносимые на защиту

1. При общем соответствии сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения федеральным нормативам установлен ряд факторов, таких как, особенности территориального планирования сети медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и ограничения транспортной инфраструктуры, требующих принятия дополнительных мер для совершенствования организации медицинской помощи взрослому населению.

2. Снижение доступности медицинской помощи в Томской области обусловлено организационными проблемами, включая нерациональную маршрутизацию пациентов, недостатки преемственности между этапами оказания медицинской помощи и координации при направлении пациентов из медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению в амбулаторных условиях в медицинские организации г. Томска.

3. Внедрение мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению, разработанных на основе методологии процессного управления, позволяет повысить доступность первичной специализированной медико-санитарной помощи (прием (консультация) врача-специалиста, диагностические исследования), снизить количество зарегистрированных обращений граждан с жалобами на организацию медицинской помощи и улучшить показатели преемственности в процессе оказания плановой медицинской помощи.

Степень достоверности полученных результатов. Степень достоверности полученных результатов подтверждается достаточным объёмом и качеством статистического материала, а также использованием адекватных и современных методов анализа и статистической обработки полученных результатов.

Статистическая обработка проведена в соответствии с ГОСТ Р ИСО 3534-1-2019, использованы современные методы статистического анализа, научные положения, выводы и практические рекомендации аргументированы и полностью отражают поставленные задачи. В работе использованы инструменты описательной статистики, критерии Манна-Уитни, Вилкоксона. Применялись программы MS Office Excel 2019, Statistica 13.0. Достоверным считали уровень значимости $p < 0,05$.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертации доложены и обсуждены на: XIV Международной научно-практической конференции «Advanced Science» (Пенза, 2020), VI Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать... болезнь» (Донецк, 2022), IV Съезде медицинских статистиков Москвы «Цифровая

статистика. Новые задачи и траектория движения» (Москва, 2022), Всероссийская научно-практическая конференция «От бережливых проектов к ценностному управлению» (Краснодар, 2024), XXXI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» (Москва, 2024), Всероссийская научно-практическая конференция «Принятие управленческих решений на основе медико-статистических данных» (Москва, 2024).

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность 31 медицинской организации Департамента здравоохранения Томской области (акт внедрения от 20.04.2023), а также в учебный процесс кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (акт внедрения от 15.05.2025).

Подготовлены методические рекомендации «Организация медицинской помощи в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях».

Личный вклад автора. Автор лично определила цель исследования, провела анализ нормативной правовой базы и сбор первичной информации. Автор приняла участие в определении задач, программы и этапов исследования, в определении методов решения поставленных задач (85%). В составах региональных рабочих групп Департамента здравоохранения Томской области автор участвовала в разработке модели межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению, включенной в раздел «Кабинет организации плановой медицинской помощи» регионального нормативного документа «Стандарт организации медицинской помощи в амбулаторных условиях» (70%), в методическом сопровождении МО при внедрении модели межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме (30%). Автором проанализирована первичная медицинская документация, проведены хронометражные наблюдения (95%), протестирована модель межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению в условиях пилотной поликлиники г. Томска (80%). Автором лично осуществлялись статистическая обработка первичных данных, интерпретация и анализ результатов (100%), сформулированы выводы и предложения для внедрения в практику (95%). Подготовлены статьи по теме исследования и методические рекомендации (80%).

Публикации. По результатам исследования опубликовано 5 научных работ, в том числе 3 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования РФ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности: 3.2.3 - Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (медицинские науки). Результаты исследования соответствуют области исследования специальности, пунктам 12, 13, 17.

Связь работы с научными программами. Диссертационная работа выполнена в соответствии с государственным заданием ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Научное обоснование новых организационно-экономических подходов к повышению эффективности системы здравоохранения в современных условиях» (720000Ф.99.1.БН62АБ40000).

Объём и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 201 странице машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 27 рисунками, содержит 24 таблицы. Список литературы включает 194 источника, в том числе 47 – зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе приведен обзор результатов исследований, посвященных проблемам организации МП и технологиям совершенствования процессов для повышения доступности и качества МП. Проведенный анализ позволил выявить проблемы обеспечения доступности МП и основные подходы к совершенствованию моделей организации МП в отечественной и зарубежных системах здравоохранения.

Во второй главе представлено описание материала, базы и методов исследования. Научная работа выполнена в период 2018-2023 гг. в соответствии с поставленной целью, задачами и программой (Табл. 1). **Объект исследования** - система организации оказания МП взрослому населению. **Предмет исследования** - процесс межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях. **Единицы наблюдения:** медицинская карта пациента, получающего МП в амбулаторных условиях (форма № 025-у), протокол наблюдений, зарегистрированное обращение гражданина, поступившее в Департамент здравоохранения Томской области (ДЗТО) по вопросам организации МП, анкета. Базами исследования определена 31 МО, подведомственная ДЗТО, оказывающая ПМСП взрослому населению в амбулаторных условиях.

Согласно Федеральному закону от 02.05.2006 №59-ФЗ, обращение – это направленное в установленном законом порядке, предложение, заявление или жалоба, а также устное обращение гражданина в государственный орган, орган местного самоуправления. В работе рассматривались зарегистрированные 1130 обращений, направленных в ДЗТО в форме бумажного или электронного документа. Из них для анализа отобрано 318 обоснованных жалоб, поступивших по поводу: длительного срока ожидания записи на прием к врачу-специалисту; очереди у кабинетов приема врачей; сложной маршрутизации при направлении на консультативные врачебные приемы и диагностические исследования.

Таблица 1. Программа диссертационного исследования

№	Этапы исследования	Источник информации	Объем исследования	Методы исследования
1.	Анализ литературы, законодательно-правовых и организационно-методических документов	- научные публикации в отечественных электронных научных изданиях с результатами исследований по разрабатываемой теме (НЭБ «Elibrary», НЭБ «КиберЛенинка»), в международных электронных научных изданиях (NCBI «PubMed», «ResearchGate»); - нормативные правовые документы (онлайн-сервисы «Консультант Плюс», «Гарант», «Техэксперт»).	194 источника, включая медицинскую литературу, федеральные и региональные законы и подзаконные акты	Аналитический
2	Анализ оказания МП взрослому населению Томской области в амбулаторных условиях и выявление ключевых проблем обеспечения доступности МП в плановой форме	- статистические издания Росстата (официальный интернет-ресурс Росстата); - статистические издания ОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр Томской области» (МИАЦ ТО); - база данных медицинской информационной системы Томской области (МИС ТО); - реестр обращений граждан по вопросам организации МП в ДЗТО	- ФФСН №30 по Томской области за 2018–2023 гг. (6 отчетных форм); - записи электронных журналов учета посещений МИС ТО: 4974 случаев направлений за 2018 г. 4592 случаев направлений за 2019 г. 5684 случаев направлений за 2022 г. 4880 случаев направлений за 2023 г. 1130 зарегистрированных обращений за 2018–2019 гг. (461 ед.) и 2022-2023 гг. (669 ед.)	Аналитический, статистический
3.	Разработка комплекса мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании МП в плановой форме взрослому населению	- электронные медицинские карты (учетные формы № 025-у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (утв. приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н) - карты процессов оказания МП в	- проведен анализ процесса межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению (60 электронных медицинских карт пациентов за 2018 г.); - разработана модель межуровневого взаимодействия при оказании МП в	Аналитический, организационное моделирование

№	Этапы исследования	Источник информации	Объем исследования	Методы исследования
		<p>плановой форме на примере пилотной МО ОГАУЗ «Поликлиника №1», г. Томска.</p>	<p>плановой форме взрослому населению: типовое положение КОПМП, должностные инструкции сотрудников КОПМП, алгоритмы подпроцессов оказания МП в плановой форме (5 блок-схем).</p>	
4.	<p>Внедрение модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению в соответствии с утвержденным планом мероприятий и системой мониторинга сроков исполнения</p>	<p>- тактические планы реализации мероприятий по внедрению КОПМП в МО Томской области (ТПР); - контрольные листы оценки уровня внедрения КОПМП</p>	<p>За 2019 г. и 1 кв. 2020 г.: - проведены очные наблюдения в 31 МО, включенных в исследование; - проанализированы ТПР - 46 ед.; - проанализированы протоколы наблюдений за организацией работы КОПМП в МО – 58 ед.</p>	<p>Аналитический, статистический, организационное моделирование, организационный эксперимент.</p>
5.	<p>Оценка результативности организационных решений путем сравнения уровней показателей по итогам 2019 г., 2022 г. и 2023 г. с 2018 г. на основе разработанной методики</p>	<p>- база данных МИС ТО: сводные формы автоматизированного сбора показателей; записи электронных журналов регистрации направлений пациентов старше 18 лет по форме 057/у-04 в МО Томской области. - реестр обращений граждан по вопросам организации МП в ДЗТО</p>	<p>- 4 сводные формы за 2018–2019 и 2022-2023 гг.; - 20130 случаев направлений за 2018-2019 и 2022-2023 гг.; - 1130 зарегистрированных обращений за 2018–2019 и 2022-2023 гг.</p>	<p>Аналитический, статистический</p>

Не учитывались жалобы по поводу лекарственного обеспечения, качества оказания МП, ресурсного обеспечения и этико-деонтологических проблем с медицинским персоналом.

На первом этапе научной работы проведен анализ литературы, нормативно-правовых документов и сформирована теоретическая база исследования. На втором этапе проанализирована система здравоохранения Томской области, организация МП взрослому населению в амбулаторных условиях за 2018-2023 годы.

Проведена оценка доступности МП взрослому населению Томской области и организации деятельности МО Томской области в динамике за 2018-2023 гг. Для анализа деятельности МО использованы данные форм федерального статистического наблюдения №30 «Сведения об учреждении здравоохранения», данные первичных форм учета МИС ТО, отчетов МО. На основе полученных данных осуществлена диагностика процесса оказания МП в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях.

Результаты проведенного анализа стали основой для разработки мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия при оказании МП в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях (модель) и стандарта организации деятельности при оказании МП в плановой форме (типовое положение КОПМП) на третьем этапе исследования. Для анализа результативности мероприятий по совершенствованию модели были разработаны показатели, оценивающие доступность МП в плановой форме (Табл. 2).

На четвертом этапе научной работы, в МО, включенных в исследование, были созданы КОПМП в соответствии с утвержденными ТПР и критериями для оценки уровня внедрения модели в МО. Мероприятия реализовывались в рамках регионального проекта «Внедрение Стандарта организации медицинской помощи в амбулаторных условиях на территории Томской области» (далее – региональный проект) в течение 2019 г. и первого квартала 2020 г.

На пятом этапе была сформирована база данных для проведения сравнительного анализа. Все МО, участники исследования, были распределены по двум группам: *группа А* – МО, в которых КОПМП были организованы и *группа Б* - МО, в которых КОПМП не был организован. Для определения групп МО были использованы данные контрольных листов оценки организации работы КОПМП (далее – контрольный лист).

В группу А вошли 21 МО, в т.ч., 13 поликлиник в составе районных больниц, 4 городские поликлиники и 4 поликлиники в составе городских больниц. Группа Б включала 10 МО, в т.ч., 6 поликлиник в составе районных больниц, 2 городские поликлиники и 2 поликлиники в составе городских больниц.

Таблица 2. Показатели оценки доступности медицинской помощи в плановой форме

№	Показатель	Методика расчета	Источник данных
1.	Средняя длительность ожидания плановой консультации врача-специалиста*, дней	1) Сумма дней между датой записи и датой оказания медицинской услуги; 2) Медиана дней за период	Сведения из МИС ТО (журнал направлений во внешние МО)
2.	Средняя длительность ожидания планового диагностического исследования, дней	1) Сумма дней между датой записи и датой оказания медицинской услуги; 2) Медиана дней за период	Сведения из МИС ТО (журнал направлений во внешние МО)
3.	Доля случаев направлений пациентов, по которым сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста не превышали сроки, установленные ТППГ, %	Количество направлений пациентов, по которым проведена плановая консультация врача-специалиста в установленные сроки / Общее число пациентов, направленных на консультации x 100%	Сведения из МИС ТО (журнал направлений во внешние МО)
4.	Доля случаев направлений пациентов, по которым сроки ожидания планового диагностического исследования не превышали сроки, установленные ТППГ, %	Количество направлений пациентов, по которым проведено обследование в установленные сроки / Общее число пациентов, направленных на обследование x 100%	Сведения из МИС ТО (журнал направлений во внешние МО)
5.	Количество жалоб пациентов по вопросам организации медицинской помощи, поступающих в ДЗТО (ед. на 100 тыс. посещений в МО)	Число объективных жалоб/число посещений x 10000	ДЗТО
6.	Доля пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру или контакт-центр), %	Число пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру или контакт-центр)/ общее число пациентов, записавшихся на повторный прием	Сведения из МИС ТО
7.	Доля пациентов, записанных на обследование (консультации) сотрудниками МО от общего количества пациентов, записанных на дополнительное обследование (консультации), %	Число пациентов, записанных на дополнительное обследование (консультации) сотрудниками МО/ общее число пациентов, записанных на дополнительное обследование (консультации)	Сведения из МИС ТО

Примечание к таблице 2: врач-специалист - врач, оказывающий первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю специальности.

В главе 3 «Организация оказания медицинской помощи в Томской области» представлен анализ организации МП на примере МО Томской области, оказывающих ПМСП взрослому населению в амбулаторных условиях, для определения основных

факторов, влияющих на функционирование ПМСП региона. С целью обеспечения преемственности и этапности сформирована трехуровневая система оказания МП с распределением МО по уровням с учетом территориальных особенностей и вида оказываемой МП (Распоряжение ДЗТО от 13.03.2017 №15 «О распределении областных государственных учреждений здравоохранения Томской области по уровням оказания медицинской помощи»). Распределение МО складывалось следующим образом: 26 МО первого уровня, 22 МО второго уровня, из них 10 МО имели прикрепленное население и 8 МО третьего уровня, из них 2 имели прикрепленное население.

В период проведения исследования 16 (50%) поликлиник и поликлинических отделений МО г. Томска и Томской области относились к категории МО с численностью обслуживаемого населения менее 20000 человек. Учитывая, что для большинства специальностей врачей, ведущих амбулаторный прием, минимальная граница для 1,0 должности составляет 20000 человек прикрепленного населения (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), такие МО имели ограниченные возможности в расширении кадрового состава и оснащении медицинским оборудованием, поэтому обеспечивали потребность в консультативных и диагностических услугах путем направления пациентов во внешние МО г. Томска.

Анализ показателей доступности МП взрослому населению в Томской области за период 2018-2023 гг. свидетельствует о развитии инфраструктуры ПМСП, так увеличена доступность объектов ПМСП в отдаленных населенных пунктах на 10,50% (с 90,50% в 2018 г. до 100% в 2023 г.); увеличилось число посещений выездных мобильных бригад жителями населенных пунктов на 87,75% (с 51,77 тыс. посещений в 2018 г. до 97,20 тыс. посещений в 2023 г.). В то же время, отмечается снижение использования мощности подразделений, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях на 1,26% (с 15,8 тыс. посещений в смену в 2018 г. до 15,6 тыс. посещений в смену в 2023 г.), наблюдаются различия между областными МО в укомплектованности должностей врачами, ведущими прием в амбулаторных условиях (минимальное значение – 55,61%, максимальное – 82,23%). Выявлены организационные проблемы, снижающие доступность МП в плановой форме, связанные со взаимодействием и координацией между МО, которые направляют пациента на консультацию или исследование (по форме 057/у). В 2018 г. средняя длительность ожидания плановой консультации врача-специалиста составляла 15,5 дней (16,0 дней в районных МО и 14,5 дней в МО г. Томска), планового диагностического исследования - 15,0 дней (16,0 дней в районных МО и 11,5 дней в МО г. Томска). Медиана длительности ожидания МП в плановой форме при направлении во внешние МО г. Томска превышала предельные сроки, установленные ТППГ на 7,14%.

Таким образом, были установлены факторы, требующие принятия дополнительных организационных мер, направленных на выстраивание оптимальной схемы взаимодействия между МО, скоординированность действий участников на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

В главе 4 «Мероприятия по совершенствованию межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению» представлено описание последовательности разработки и внедрения мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия между МО Томской области. По результатам анализа локальных нормативных документов МО, первичной медицинской документации были определены основные этапы оказания МП в плановой форме, в целом соответствующие принципам трехуровневой системы: первичное обращение к врачу-терапевту участковому – обследование – направление к врачу-специалисту – повторное обращение к врачу-терапевту участковому (Рис. 1).

После систематизации результатов, были сформулированы проблемы, выявленные на уровне МО, направляющей пациентов на исследования или консультации во внешние МО, включая следующие:

- неполная или не структурированная информация о перечне внешних МО для направления пациентов по профилю заболевания, о подготовке пациентов для проведения консультации врача-специалиста или обследования, о правилах оформления направлений ф.057/у и порядке согласования на врачебной комиссии МО;
- отсутствие единой схемы маршрутизации пациентов в зависимости от профиля заболевания. Выбор МО для направления пациентов осуществлялся без учета длительности ожидания медицинской услуги. Большинство врачей опирались на собственный опыт, руководствуясь принципом «по привычке», выбирая МО для направления;
- пациенту выдавали направление с указанием номера телефона для записи на консультацию или обследование. На повторный прием к себе врач не записывал, в связи с отсутствием сведений о дате завершения обследования;
- лечащий врач не осуществлял контроль прохождения пациентом назначенного обследования, часто пациенты не являлись на повторный прием с результатами;
- необходимость повторно назначать лабораторные или инструментальные исследования из-за окончания срока информативности данных для госпитализации или освидетельствования на МСЭ.

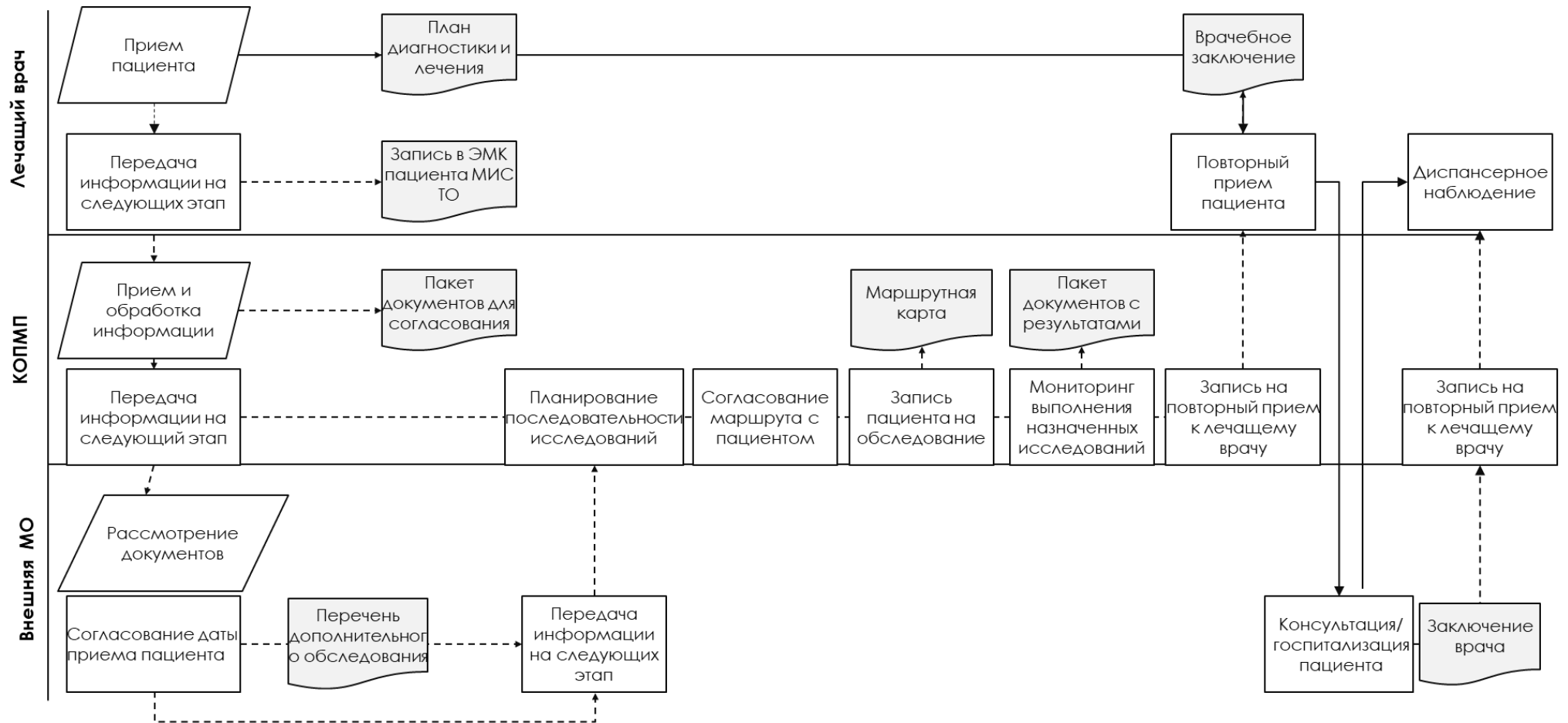


Рисунок 1. Процесс маршрутизации пациентов в модели межуровневого взаимодействия

Примечание к рисунку 1: Лечащий врач – врач МО, направляющей пациента, назначивший дообследование во внешней МО

Проблемы и особенности процесса свидетельствовали о его вариативности, высокой степени неопределенности в части требований к выполнению работ на каждом шаге процесса и, соответственно, не позволяли получить качественный результат в гарантированные сроки.

По результатам диагностики, были разработаны мероприятия по совершенствованию межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению (модель).

В главе 5 «Оценка результативности мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению» представлены итоги оценки результативности мероприятий по совершенствованию модели. Оценка проводилась в соответствии с разработанными показателями по итогам 2019 г. в сравнении с данными контрольного периода - 2018 г. В 2022-2023 гг. был осуществлен мониторинг устойчивости улучшений после пандемии COVID-19 (2020-2021 гг.). Цель сравнительного анализа – выявление различий в параметрах доступности оказываемой МП до и после внедрения изменений, а также между двумя группами МО – группа А и группа Б.

В МО, организовавших КОПМП (группа А), данные сравнительной оценки показали положительную динамику следующих индикаторов в 2019 г. относительно 2018 г.:

- сокращение средней длительности ожидания плановой консультации врача-специалиста на 18,75%;
- сокращение средней длительности ожидания планового диагностического исследования на 12,50%;
- снижение удельного веса пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру или контакт-центр) на 31,78%;
- рост удельного веса пациентов, записанных на консультации врачей-специалистов сотрудниками МО на 15,22%;
- рост удельного веса направлений пациентов, по которым сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста не превышали сроки, установленные ТППГ на 13,44%;
- рост удельного веса направлений пациентов, по которым сроки ожидания планового диагностического обследования не превышали сроки, установленные ТППГ на 17,42%.

Отрицательная динамика в 2019 г. была выявлена по показателю «Количество зарегистрированных жалоб пациентов на организацию МП, поступающих в ДЗТО (ед. на 100 тыс. посещений в МО)». Вследствие изменений схемы маршрутизации пациентов при

направлении к врачу-специалисту, наблюдался рост числа обращений граждан в ДЗТО по этому поводу.

В 2022–2023 гг. была проведена оценка устойчивости изменений, в частности проводилось сравнение уровней показателей с данными 2018 г. Положительным считался результат, если сохранялась позитивная динамика, подтвержденная статистическими методами. Результаты сравнительной оценки показателей доступности медицинской помощи в плановой форме за 2018-2019 гг. и 2022-2023 гг. в распределении по группам МО представлены в Таблице 3.

В 2022 г. в МО группы А достигнутый уровень сохранялся по показателям средней длительности ожидания МП в плановой форме (консультация и диагностика) и показателю, оценивающему долю пациентов, записанных на консультации врачей-специалистов сотрудниками МО. Также было отмечено снижение количества жалоб по сравнению с 2019 г. на 60,17%. В 2023 г. позитивная динамика по сравнению с 2018 г. прослеживалась по всем показателям, за исключением индикатора удельного веса направлений пациентов, по которым сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста не превышали установленные ТППГ (динамика отсутствовала).

В МО группы Б по итогам 2019 г. зафиксирована отрицательная динамика по двум показателям: рост длительности ожидания планового диагностического обследования и рост количества зарегистрированных жалоб населения в ДЗТО. Неблагоприятная тенденция сохранялась и в 2022 г.: средние сроки ожидания МП в плановой форме превышали значения 2018 г. как при направлении на консультации врачей-специалистов, так и при направлении на диагностические исследования. Однако в 2023 г. ситуация в группе Б улучшилась: отмечено сокращение средних сроков ожидания плановых диагностических исследований (по сравнению с 2019 и 2022 гг.) и существенное снижение количества жалоб по сравнению с 2018 г.

Сравнение между группами показало, что в 2018 г. значения отдельных показателей в группе А были хуже, чем в МО группы Б. Однако уже в 2019 г. динамика в группе А продемонстрировала улучшения как относительно 2018 г., так и по сравнению с группой Б (Таблица 3).

В заключении обобщены результаты, проведенного исследования, которые легли в основу выводов и практических рекомендаций.

Таблица 3. Динамика показателей оценки доступности медицинской помощи в плановой форме (2018-2019 гг., 2022-2023 гг.) в распределении по группам

№	Показатель	2018 г.		2019 г.		2022 г.		2023 г.	
		Группа А	Группа Б	Группа А	Группа Б	Группа А	Группа Б	Группа А	Группа Б
1.	Средняя длительность ожидания плановой консультации врача-специалиста, дней	16,00 ^{bcd} (15,00; 19,00)	14,00 ^c (12,00; 15,00)	13,00 ^a (11,00; 14;50)	14,75 (14,00; 18,00)	14,00 ^a (12,00; 15,00)	16,00 ^a (11,00; 18,00)	14,50 ^{ab} (10,50; 15,25)	15,50 (14,00; 19,00)
2.	Средняя длительность ожидания планового диагностического исследования, дней	16,00 ^{bcd} (13,00; 21,00)	13,25 ^{bc} (11,00; 14,00)	14,00 ^a (10,00; 16,00)	16,50 ^a (15,00; 21,00)	14,00 ^a (11,00; 15,00)	16,00 ^a (13,00; 24,00)	12,00 ^{ab} (8,00; 16,25)	12,75 ^{bc} (8,50; 16,00)
3.	Количество обоснованных жалоб пациентов по вопросам организации и МП, поступающих в ДЗТО (ед. на 100 тыс. посещений в МО)	2,43 ^d	1,86 ^{bd}	3,49 ^{cd}	3,61 ^{ac}	1,39 ^{bd}	1,45 ^b	0,63 ^{abc}	0,78 ^a
4.	Доля пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно, %	4,50 ^{bd} (1,78; 9,32)	4,03 ^{bc} (2,10; 13,55)	3,07 ^a (1,30; 5,78)	6,47 ^a (0,52; 13,04)	3,95 (1,47; 5,15)	6,25 ^a (4,20; 27,30)	2,42 ^a (0,78; 3,96)	5,21 (0,62; 24,57)
5.	Доля пациентов, записанных на консультации сотрудниками МО, %	57,77 ^{bc} (51,21; 63,28)	65,10 (43,05; 70,39)	66,56 ^a (56,57; 70,23)	64,85 (45,66; 74,93)	68,36 ^a (55,71; 77,60)	63,13 (52,38; 74,68)	67,87 ^a (55,75; 80,16)	63,29 (55,68; 73,02)
6.	Доля случаев направлений пациентов, по которым сроки ожидания консультации врача-специалиста не превышали сроки, установленные ТПГГ, %	52,69 ^c (46,56; 58,62)	57,89 (54,21; 61,68)	59,77 ^a (54,29; 64,35)	55,12 ^d (51,18; 65,35)	57,28 (51,01; 63,92)	53,66 (47,00; 64,44)	56,11 (49,33; 70,59)	52,78 ^b (45,28; 59,25)
7.	Доля случаев направлений пациентов, по которым сроки ожидания диагностического обследования не превышали сроки, установленные ТПГГ, %	48,84 ^{bd} (37,69; 60,00)	56,61 (49,10; 63,27)	57,35 ^a (44,44; 66,67)	51,56 (38,29; 66,75)	59,52 (49,20; 63,19)	53,55 (42,27; 63,64)	67,27 ^a (52,78; 70,69)	64,54 (54,70; 70,46)

Примечания к таблице 4: Уровень значимости различий - $p < 0,05$ по Wilcoxon Matched Pairs Test.^a – при сравнении с 2018 г.; ^b - при сравнении с 2019 г.; ^c - при сравнении с 2022 г.; ^d - при сравнении с 2023 г.
 позитивный характер различий;
 негативный характер различий; ($p < 0,05$)

ВЫВОДЫ

1. Анализ организации оказания медицинской помощи населению в Томской области за период 2018-2023 гг. выявил системные проблемы на уровне региона, в том числе неравномерное территориальное распределение – 100% медицинских организаций третьего уровня расположены в областном центре; фрагментарность сети медицинских организаций, расположенных на территории г. Томска: в период исследования действовало 12 медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, в том числе 7 поликлиник и 5 многопрофильных больниц. Общая численность обслуживаемого населения составляла 413,26 тыс. чел.; выраженные диспропорции в распределении населения между медицинскими организациями г. Томска (от 13,12 тыс. чел. до 61,21 тыс. чел.). Следствием фрагментации сети медицинских организаций являлись ограниченные ресурсные возможности медицинских организаций для оказания первичной медико-санитарной помощи в полном объеме, необходимость направления пациентов во внешние медицинские организации для дообследования и высокие административные издержки, связанные с оформлением сопроводительных медицинских документов.

2. Анализ доступности медицинской помощи взрослому населению Томской области за период 2018-2023 гг. свидетельствует о повышении востребованности выездных форм работы: число посещений выездных мобильных бригад жителями населенных пунктов увеличилось на 87,75% (с 51,77 тыс. посещений в 2018 г. до 97,20 тыс. посещений в 2023 г.); увеличении доступности первичной медико-санитарной помощи в отдаленных населенных пунктах на 10,50% (с 90,50% в 2018 г. до 100% в 2023 г.); различиях между областными медицинскими организациями в укомплектованности должностей врачами, ведущими прием в амбулаторных условиях (минимальное значение – 55,61%, максимальное – 82,23%). Средняя длительность ожидания плановой консультации врача-специалиста в 2018 г. составляла 15,5 дней (16,0 дней в районных медицинских организациях и 14,5 дней в медицинских организациях г. Томска), планового диагностического исследования – 15,0 дней (в районных больницах – 16,0 дней и 11,5 дней в медицинских организациях г. Томска). Медиана длительности ожидания медицинской помощи в плановой форме при направлении во внешние медицинские организации г. Томска превышала предельные сроки, установленные территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 7,14%.

3. Анализ процесса оказания медицинской помощи в плановой форме на примере пилотной поликлиники позволил установить, что проблемы, связанные со взаимодействием и координацией при планировании лечебно-диагностического процесса, увеличивают

длительность ожидания медицинской помощи при направлении пациентов в медицинские организации третьего уровня. В 2018 г. длительность процесса от даты первичного посещения врача пациентом с хроническим неинфекционным заболеванием до даты получения заключения врача составляла от 17 до 56 дней, более 50% посещений приходились на посещения, выполненные с целью оформления направления, записи на прием и т.п. Как следствие, наблюдались незавершенные случаи обращения пациентов по заболеванию по причине откладывания планового обследования и лечения на неопределенный срок.

4. Разработанный комплекс мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению является эффективной технологией повышения ее доступности. Ключевым элементом усовершенствованной модели является кабинет организации плановой медицинской помощи, основными задачами которого являются координация и информационное сопровождение пациентов при направлении во внешние медицинские организации. Разработанные нормативные и методические материалы, регламентирующие деятельность кабинетов организации плановой медицинской помощи (контрольные листы оценки внедрения, типовое положение и порядок организации медицинской помощи в плановой форме в медицинских организациях) позволили внедрить усовершенствованную модель в большинстве медицинских организаций Томской области в течение 2019 г.

5. В медицинских организациях, внедривших комплекс мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению установлено достоверное снижение сроков ожидания плановой консультативно-диагностической медицинской помощи, в том числе снижение медианы длительности ожидания плановой консультации врача-специалиста на 9,38% (с 16,0 дней в 2018 г. до 14,5 дней в 2023 г.) и планового диагностического обследования на 25,00% (с 16,0 дней в 2018 г. до 12,0 дней в 2023 г.); снижение количества зарегистрированных жалоб населения на организацию медицинской помощи в плановой форме на 74,10% (с 2,43 на 100 тыс. посещений в 2018 г. до 0,63 на 100 тыс. посещений в 2023 г.); улучшение преемственности между этапами лечебно-диагностического процесса: увеличение на 17,48% доли централизованных записей пациентов, направленных на консультации врачей-специалистов (с 57,77% в 2018 г. до 67,87% в 2023 г.); соответствия срокам, установленным территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (на 37,74% увеличилась в 2022 г. доля направлений на диагностические исследования, выполненных в установленные сроки, по сравнению с 2018 г.).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На федеральном уровне:

1. Рекомендовано внедрение разработанной и апробированной модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях.

2. При планировании мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях рекомендуется учитывать следующие условия: сеть медицинских организаций, численность взрослого населения, ресурсная обеспеченность медицинских организаций первого уровня, нормативное регулирование маршрутизации пациентов в зависимости от профиля заболевания, объективная оценка результативности, проводимых мероприятий.

Органам исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения:

1. Для повышения доступности медицинской помощи рекомендуется планировать мероприятия по внедрению модели межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме с участием руководителей медицинских организаций всех уровней оказания медицинской помощи.

2. Использовать разработанную методику для оценки результативности модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях.

3. Использовать данные медицинской информационной системы для мониторинга сроков оказания медицинской помощи в плановой форме.

Руководителям медицинских организаций:

1. При внедрении модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях рекомендуется использовать разработанные типовые локальные нормативные акты, регламентирующие деятельность кабинетов организации плановой медицинской помощи.

2. Проводить мониторинг внедрения модели межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению в медицинской организации на основе объективных данных, оценивающих количественные и качественные параметры оптимизируемых процессов для своевременной корректировки мероприятий.

Руководителям образовательных организаций:

Включить в программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов со средним и высшим медицинским образованием разделы по организации процессов оказания медицинской помощи в плановой форме с целью повышения компетенций по вопросам взаимодействия медицинских организаций в трехуровневой системе оказания плановой медицинской помощи.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ диссертационной работы по совершенствованию организации оказания медицинской помощи в плановой форме взрослому населению планируются на основе комплексной оценки медицинских организаций с использованием предложенной модели организации медицинской помощи в плановой форме в других субъектах РФ с низкой плотностью населения для управления межорганизационными потоками пациентов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендуемых ВАК

1. Деев, И.А. Оптимизация маршрутизации потоков пациентов как основа повышения организационной эффективности оказания амбулаторно-поликлинической помощи (опыт Томской области) / И.А. Деев, О.С. Кобякова, И.П. Шибалков, Л.М. Протасова, В.А. Бойков, С.В. Барановская, Т.А. Суворова, М.А. Бабешина // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2020. – Т.35. - №4 – С. 95-102 (0,92 усл. печ. л., 0,12 а.л.).
2. Бабешина, М.А. Организационная модель маршрутизации пациентов в трехуровневой системе оказания медицинской помощи / М.А. Бабешина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. – Т. 23. - № S6. – С. 93-94 (0,12 усл. печ. л., 0,06 а.л.).
3. Бабешина, М.А. Динамика количества обращений граждан как индикатор результативности организационных решений по повышению доступности медицинской помощи / М.А. Бабешина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 2. – С. 475-493 (2,19 усл. печ. л., 1,37 а.л.).

Основные работы, опубликованные в других изданиях

4. Бойков, В.А. Оценка результативности модели межуровневого взаимодействия между субъектами системы здравоохранения при оказании плановой помощи / В.А. Бойков, С.В. Барановская, М.А. Бабешина, А.С. Сиротина // Цифровая статистика. Новые задачи и

траектория движения. Материалы IV Съезда медицинских статистиков Москвы, Москва, 21–23 сентября 2022 г. Под ред. Д.И. Марапова, Н.Н. Камыниной. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». – 2022. – С. 29-32 (0,46 усл. печ. л., 0,22 а.л.).

5. Бабешина, М.А. Оценка результативности мероприятий по совершенствованию системы маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи в плановой форме (опыт Томской области) / М.А. Бабешина, С.В. Барановская, В.А. Бойков, И.А. Деев, О.С. Кобякова, Д.Ю. Перфильева, Л.М. Протасова, А.С. Сиротина, А.А. Таранов, И.П. Шибалков // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2023. – Т.38. - №3 – С. 231-242 (1,27 усл. печ. л., 0,83 а.л.).

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ДЗТО – Департамент здравоохранения Томской области

КОПМП – кабинет организации плановой медицинской помощи

МИС ТО – медицинская информационная система Томской области

МО — медицинская организация

МСЭ – медико-социальная экспертиза

МП – медицинская помощь

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь

РФ – Российская Федерация

Стандарт — Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области

СФО – Сибирский федеральный округ

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ФП – федеральный проект

ФФСН – федеральная форма статистического наблюдения