

*На правах рукописи*

**ОДИНЕЦ АЛЕКСЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО  
ВОЗРАСТА ПО ПРОФИЛЮ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Москва – 2021

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

**Научный консультант:**

доктор медицинских наук, профессор

**Иванова Маиса Афанасьевна**

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

**Коновалов Олег Евгеньевич**

Доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ГБУ Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Уральского федерального округа

**Зильберберг Наталья Владимировна**

Доктор медицинских наук, доцент, начальник учебно-методического управления ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

**Толмачев Денис Анатольевич**

**Ведущая организация:** Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «25» марта 2022 года в 10:00 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 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, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11 и на сайте института: [https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Odinets\\_text.pdf](https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Odinets_text.pdf)

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

**Сабгайда Тамара Павловна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

Здоровье является одним из базовых факторов и одновременно результатом социально-экономической модернизации России (Римашевская Н. М., Русанова Н. Е., 2016; Михайлова Ю. В., Шикина И. Б., Сибурина Т. А. и др., 2020). С улучшением условий жизни, ростом экономического благополучия, развитием новых медицинских и немедицинских технологий (Аполихин О. И., Перхов В. И., Шадеркин И. А., 2017; Хальфин Р. А., Столбов А. П., Качкова О. Е. и др., 2018; Хальфин Р. А., Мадьянова В. В. и др., 2019; Кобякова О. С., Стародубов В. И., Кадыров Ф. Н. и др., 2020; Руголь Л. В., Сон И. М., Стародубов В. И., 2020) и различных моделей оказания медицинской помощи (Аполихин О. И., Перхов В. И. и др., 2018; Перхов В. И., Самородская И. В. др., 2020; Стерликов С. А. и соавт., 2020) во всех странах мира увеличивается продолжительность жизни и доля старших возрастных групп населения, а вместе с этим – хронических заболеваний и мультиморбидной патологии (Семенова В. Г., 2005; Самородская И. В., 2016). Результаты исследований среди военнослужащих выявили более низкие показатели состояния здоровья у лиц до и после увольнения (Коновалов О. Е., Попов А. В., Васильев М. Д., 2020). Однако признание ответственности за свое здоровье в возрасте старше 69 лет у мужской половины снижается (Черкасов С. Н., Федяева А. В., 2020), что, вероятно, сказывается на продолжительности их жизни. По данным Всемирного Банка, доля людей старше 65 лет значительно варьирует и составляет (2014 г.) от 1,0% в Объединенных арабских эмиратах – до 26% в Японии (в Германии, Греции – 21,0%, Италии – 26,0%), в России – 13,0% (Самородская И. В., 2016). При этом известно, что с возрастом состояние кожи меняется и чаще развиваются нарушения ее целостности, могут наблюдаться различные формы красной волчанки (Потекаев Н. Н., Хамаганова И. В., Новосельцев М. В. и др., 2016; Stefanidou S., Gerodimos C., Benos A. et al., 2012), склеродермия (Хамаганова И. В., Маляренко Е. Н., Васильева А. Ю. и др., 2016) и другие заболевания. Установлено, что средний возраст заболевших псориазом

приходится на  $50,3 \pm 29$  лет (Устьян А. А., Баткаева Н. В., Баткаев Э. А., Маляренко А. Е., 2017), первичным базальноклеточным раком кожи –  $70,7 \pm 1,1$  год (Волгин В. Н., Кабанова М. А., Иванова М. А., 2015). Среди выбывших из стационаров до 10,99% пациентов СТВ имели либо имеют новообразования, 6,06% – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и другие болезни (Шляфер С. И., Иванова М. А., 2016). При этом не каждый пациент выражает удовлетворенность медицинской помощью (Жильцова Е. Е., Чахоян Л. П., Коновалов О. Е. и др., 2019; Михайлова Ю. В., Сибурин Т. А., Сон И. М. и др., 2019; Бузин В. Н., Михайлова Ю. В. и др., 2020). Проблеме болезней кожи посвящены труды ведущих отечественных дерматовенерологов – организаторов здравоохранения (Потекаев Н. Н. и соавт., 2012; Кубанов А. А., Кубанова А. А., и др., 2014; Загртдинова Р. М., 2006; Кунгуров Н. В., Зильберберг Н. В. и др. 2018), однако эффективность лечения (Кубанова А. А., Кубанов А. А. и др., 2017) и организация медицинской помощи пациентам СТВ по профилю «дерматовенерология» до конца не изучены.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности углубленного изучения проблем, связанных с оказанием медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» пациентам старше трудоспособного возраста, и разработки организационных мероприятий по повышению удовлетворенности пациентов.

**Степень разработанности темы исследования.** Анализ источников отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о росте продолжительности жизни и доли старших возрастных групп (СВГ) населения, а вместе с этим и различных заболеваний (Кочергин Н. Г. и др., 2009; Потекаев Н. Н. и соавт., 2012; Кубанов А. А., Кубанова А. А. и др., 2014; Самородская И. В., 2016; Шляфер С. И., Иванова М. А., 2016; Потекаев Н. Н. и др., 2016; Stefanidou S., Gerodimos C., Venos A. et al., 2012), а также актуальности изучения медико-социальных аспектов оказания медицинской помощи населению СТВ (Коновалов О. Е., Васильева Т. П., Попов А. В. и др., 2020; Линниченко Ю. В., Зудин А. Б., Коновалов О. Е. и др., 2021). Вопросам

организации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» посвящены труды ведущих специалистов (Шакуров И. Г., 2003; Гречко А. В., 2004; Кунгуров Н. В. и соавт., 2005; Иванова М. А., 2007; Зильберберг Н. В., 2008; Люцко В. В., 2009). Высокая заболеваемость болезнями кожи и ПКК среди населения СТВ, полиморбидность и сложность в течении хронических дерматозов в пожилом возрасте определяют актуальность темы исследования. Вместе с тем, анализ нормативного обеспечения медицинской помощи по профилю «дерматовенерологи» показал необходимость его совершенствования.

**Цель исследования:** разработать и научно обосновать комплекс организационных мероприятий по оптимизации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста с болезнями кожи и подкожной клетчатки.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Проанализировать первичную заболеваемость и структуру болезней кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения и среди лиц старше трудоспособного возраста в Ставропольском крае и Российской Федерации за период с 2010 по 2017 гг.

2. Изучить общую заболеваемость и структуру болезней кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения и среди лиц старше трудоспособного возраста в Ставропольском крае и Российской Федерации за период с 2010 по 2017 гг.

3. Установить половозрастные и медико-социальные характеристики пациентов старше трудоспособного возраста и причины обращения к врачу-дерматовенерологу.

4. Изучить мнение врачей-дерматовенерологов по вопросам организации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста по профилю «дерматовенерология».

5. Установить средневзвешенные затраты рабочего времени врачей-дерматовенерологов при посещении одним пациентом старше трудоспособного возраста в амбулаторных условиях.

6. Разработать и научно обосновать комплекс организационных мероприятий по оптимизации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» пациентам старше трудоспособного возраста и в условиях организационного эксперимента оценить их результативность.

#### **Научная новизна исследования.**

Нами расширены представления о распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки с учетом половозрастных характеристик и особенностей оказания медицинской помощи пациентам старше трудоспособного возраста на региональном уровне, на основании которого впервые:

– выявлена диаметрально противоположная тенденция в динамике первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения и среди лиц старше трудоспособного возраста в Ставропольском крае, обусловленная нестабильностью показателей и ростом заболеваемости отдельными формами болезней среди населения старше трудоспособного возраста при их снижении в общей популяции и наоборот;

– установлено, что среди других классов болезней первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения занимает четвертое место, среди населения старше трудоспособного возраста - пятое;

– выявлено, что в общей популяции населения Ставропольского края и среди лиц старше трудоспособного возраста максимальную долю в структуре болезней кожи и подкожной клетчатки, зарегистрированных впервые и всего, занимает контактный дерматит. При этом в возрастной структуре среди болезней кожи и подкожной клетчатки, зарегистрированных впервые, выросла доля населения старше трудоспособного возраста;

– установлено, что основная часть женщин с 55 лет и мужчин с 60 лет и старше, обратившихся к врачу-дерматовенерологу, имели в анамнезе одно или несколько сопутствующих заболеваний, большинство которых приходится на болезни органов пищеварения и системы кровообращения;

– получены новые данные о социальной дезадаптации пациентов с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, которая выражается психологическим дискомфортом, связанным с заболеванием, боязнью заразить близких и неудобствами в посещении мест социального обслуживания;

– установлено, что врач-дерматовенеролог большую часть рабочего времени затрачивает на работу с медицинской документацией, а при посещении пациентов старше трудоспособного возраста время затрат возрастает за счет увеличения продолжительности основной, вспомогательной и прочей деятельности;

– изучены предпочтительные варианты повышения профессионального уровня врачей-специалистов с учетом гендерных различий, результаты которого показали, что циклы повышения квалификации более приемлемы для врачей мужского пола, специальная литература и форумы - для врачей женского пола; статистически значимых гендерных различий по приоритету Интернет-ресурсов не установлено;

– установлено, что конфликтные ситуации при оказании медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста по профилю «дерматовенерология» чаще связаны с выпиской льготных рецептов и длительностью ожидания очереди к врачу;

– показано, что результаты анализа конфликтных ситуаций на работе, а также других проблем и факторов, влияющих на удовлетворенность врачей-дерматовенерологов и пациентов, свидетельствуют о необходимости разработки научно обоснованных мероприятий по оптимизации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста по профилю «дерматовенерология»;

– выявлены сильные и слабые стороны, а также возможности и угрозы отдельных организационных мероприятий по оптимизации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» лицам старше трудоспособного возраста: одной из значимых сильных сторон является возможность лечения в окружении близких родственников и с учетом полиморбидного фона, слабых

сторон – отсутствие методических рекомендаций по ведению пациентов старше трудоспособного возраста с хроническими болезнями кожи на фоне полиморбидной патологии;

– установлена высокая результативность внедрения организационных мероприятий: существенное снижение рецидивов хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки среди получивших лечение в условиях стационара круглосуточного пребывания и стационара на дому; среди получивших лечение в условиях круглосуточного стационара период ремиссий был выше, особенно в основной группе пациентов;

– доказан экономический эффект реализации организационных мероприятий, выраженный снижением затрат на оказание медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в условиях круглосуточного стационара;

– установлена наиболее выраженная медицинская, медико-социальная и медико-экономическая эффективность при лечении пациентов с атопическим и аллергическим дерматитами в условиях стационара с круглосуточным пребыванием, несмотря на высокие экономические затраты;

– установлен клинико-экономический эффект предложенных медико-организационных мероприятий при лечении пациентов с псориазом в условиях стационара на дому и стационара круглосуточного пребывания, а по заболеваниям, отнесенным к другим дерматитам (экземам), клинически и экономически эффективными явились мероприятия, организованные на амбулаторном этапе.

**Теоретическая и практическая значимость исследования** заключается в следующем:

– дано научное обоснование необходимости пересмотра норм времени на посещение врача-дерматовенеролога одним пациентом старше трудоспособного возраста и нагрузки врачей-специалистов;

– внедрение новых научно-обоснованных нормативов деятельности, разработанных на основе результатов диссертационного исследования,



повышает результативность оказания медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста по профилю «дерматовенерология»;

– в условиях организационного эксперимента установлены сильные и слабые стороны, а также возможности и угрозы реализации организационных мероприятий, определяющие необходимость разработки методических рекомендаций по ведению пациентов с болезнями кожи и подкожной клетчатки на фоне полиморбидного состояния;

– результаты диссертационного исследования вошли в основу подготовки проекта приказа Минздрава России «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-дерматовенеролога»;

– внедрение результатов исследования в практическую деятельность врачей-дерматовенерологов способствует более рациональному использованию рабочего времени врачей-специалистов, повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Показатели первичной и общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки как в Ставропольском крае, так и Российской Федерации, в общей популяции населения и старше трудоспособного возраста имеют разнонаправленные тенденции, характеризующиеся существенным ростом одних заболеваний и снижением других. В структуре болезней кожи и подкожной клетчатки преобладает контактный дерматит.

2. Частота обращения за медицинской помощью к врачу-дерматовенерологу чаще связана с половозрастными характеристиками пациентов, а болезни кожи и подкожной клетчатки – соматической патологией, что свидетельствует о необходимости оптимизации оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология».

3. Конфликтные ситуации и полиморбидный фон создают сложности в оказании медицинской помощи пациентам старше трудоспособного возраста, что требует постоянного совершенствования знаний по психологическим

особенностям пожилого возраста и научного обоснования норм времени на посещение одним пациентом врача-дерматовенеролога.

4. Исследование рабочего процесса врачей-дерматовенерологов позволило научно обосновать нормы времени на посещение одним пациентом старшей возрастной группы.

5. Реализация организационных мероприятий по оптимизации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» пациентам с полиморбидным фоном способствует повышению их удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи и снижению затрат на лечение.

**Методология и методы исследования.** Путем применения информационно-аналитического метода (анализ результатов отечественных и зарубежных источников литературы, нормативно-правовых документов) были определены основные направления исследования, сформулированы цель, задачи исследования, источники статистической информации, проведена статистическая обработка и анализ факторов, влияющих на их рабочий процесс; проведен социологический опрос среди врачей-дерматовенерологов и пациентов; путем организационного эксперимента проведена оценка результативности реализации предложенных мероприятий по оптимизации дерматовенерологической помощи пациентам СТВ, проведены фотохронометражные исследования рабочего процесса врачей-дерматовенерологов, а также оценка экономической, медицинской, медико-социальной, медико-экономической и клинико-экономической эффективности их реализации. Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики; расчёт относительных (интенсивных и экстенсивных) показателей; средних и средневзвешенных величин; рассчитаны аналитические показатели динамических рядов. Проведен SWOT анализ реализации приоритетных направлений стратегического планирования.

**Внедрение результатов исследования.** На основании полученных результатов диссертационного исследования разработан проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении

типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-дерматовенеролога».

Результаты исследования внедрены в учебный процесс, в том числе:

Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (Акт внедрения от 02.02.2021 г. №9); Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО, кафедры общественного здоровья и здравоохранения (Акт внедрения от 02.04.2021 г. №9), кафедры управления и экономики здравоохранения (Акт внедрения от 07.04.2021 г.), кафедры медико-социальной экспертизы и реабилитации с курсом гериатрии (Акт внедрения от 02.04.2021 г. №12), кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом ДПО (Акт внедрения от 07.04.2021 г.); Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедры дерматовенерологии (Акт внедрения от 18.01.2021 г.), кафедры общественного здоровья и здравоохранения (Акт внедрения от 18.01.2021 г.); Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедры общественного здоровья и здравоохранения и истории медицины (Акт внедрения от 18.01.2021 г.), кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС (Акт внедрения от 21.04.2021 г.); Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии (Акт внедрения от 18.01.2021 г.), а так же в работу ГБУСОН Ставропольский Краевой Геронтологический Центр (Акт внедрения от 02.04.2021 г. №193).

**Личный вклад автора.** Автор лично разработал план диссертационного исследования, определил цель и задачи исследования (100%); осуществил сбор первичного материала для диссертационного исследования, провел его обработку в соответствии с этапами, поставленными задачами и целью диссертационного исследования (вклад 98%). Автор самостоятельно организовал и провел ретроспективный анализ общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и ПЧК; разработал анкеты и провел социологический опрос среди врачей-дерматовенерологов и пациентов, обратившихся к ним; проанализировал результаты опроса (100%), а также разработал инструментарий для проведения фотохронометражного наблюдения за рабочим процессом врачей-дерматовенерологов (95%). Разработал организационные мероприятия по оптимизации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» пациентам старше трудоспособного возраста, апробировал в условиях организационного эксперимента и оценил их результативность. Автор лично сформулировал выводы, адресные рекомендации и положения, выносимые на защиту.

**Связь работы с научными программами.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научной работы ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России: «Научный анализ, обоснование, разработка методов нормирования труда медицинских работников с учетом типов учреждения и видов оказания медицинской помощи».

**Степень достоверности результатов исследования.** Достоверность и обоснованность результатов, выводов, предложений и положений, выносимых на защиту, обоснована репрезентативностью объема исследования. Статистическая достоверность результатов исследования установлена путем определения стандартной ошибки репрезентативности и доверительным границам полученных данных. Результаты подвергались статистической обработке с применением параметрической и непараметрической статистики, с

использованием пакета статистических программ PASW и Statistica 10,0, а также электронных таблиц «MS Office Excel 2013».

**Апробация результатов исследования.** Результаты выполненной работы доложены на: первой конференции гериатров СКФО «Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста – зеркало здоровья населения» (Ставрополь, 2010 г.); Всероссийской научно-практической конференции «Организационные технологии в общественном здоровье и здравоохранении» (Москва, 2016 г.); VI Межрегиональном форуме дерматовенерологов и косметологов: синтез науки и практики (Москва, 2016 г.); VII Межрегиональном форуме дерматовенерологов и косметологов: синтез науки и практики (Москва, 2017 г.); I межрегиональной научно-практической конференции «Геронтология и гериатрия: социально-медицинские аспекты» (Санкт-Петербург, 2017 г.); X Международном форуме дерматовенерологов и косметологов (Москва, 2017 г.); IX Межрегиональном форуме дерматовенерологов и косметологов (Москва, 2019 г.); на круглом столе ФГБУ «ЦНИИОИЗ» «Здоровье и качество жизни человека в возрасте 60+» (Москва, 2019 г.); ежегодных краевых совещаниях дерматовенерологов г. Ставрополя и Ставропольского края (Ставрополь, 2017, 2018, 2019, 2020 гг.).

**Публикации.** По результатам исследования опубликовано 26 печатных работ, из которых 13 в изданиях, включенных в перечень ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, 3 – в журналах, входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования. Издано 4 пособия и 1 руководство.

**Объем и структура диссертации:** диссертация состоит из введения, обзора литературы, шести глав собственных исследований, заключения, выводов, предложений, списка литературы и приложений. Изложена на 301 странице, иллюстрирована 44 рисунками, 48 таблицами, 1 схемой, 25 приложениями. В работе использовано 256 источников, из них 189 отечественных и 67 зарубежных авторов.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**В главе I** *«Медико-социальные аспекты заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки среди населения старше трудоспособного возраста и механизмы оптимизации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология»* представлен обзор источников литературы и нормативных документов по обеспечению медицинской помощи по профилю «дерматовенерология». Установлено, что произошедшие изменения в системе оказания медицинской помощи и эпидемиологической ситуации по болезням кожи и ПКК, а также увеличение доли населения СТВ среди заболевших свидетельствуют о необходимости оптимизации оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология». Несмотря на большое количество исследований, посвященных вопросам организации дерматовенерологической помощи, остается не изученной проблема оказания медицинской помощи населению СТВ.

**В главе II** *«Материалы и методы»* представлены этапы, материалы, методы статистического анализа, дизайн и база исследования (Таблица 1).

**Предмет** исследования – процесс организации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста (СТВ) по профилю «дерматовенерология».

**Объект исследования** – медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология».

**Единицей наблюдения** явились врачи и пациенты.

**Источники информации** – нормативно-правовая документация «Консультант+», источники литературы, форма № 12 Федерального статистического наблюдения, результаты фотохронометражных наблюдений, социологического опроса врачей и пациентов.

**Таблица 1** – Организация и этапы диссертационного исследования

<i>Этапы</i>	<i>Задачи исследования</i>	<i>Методы исследования</i>	<i>Объем исследования</i>	<i>Единицы наблюдения</i>
I	Анализ источников литературы. Проанализировать первичную заболеваемость и структуру болезней кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения и старше трудоспособного возраста в Ставропольском крае и Российской Федерации за период с 2010 по 2017 гг. Разработать статистический инструментарий для проведения социологического опроса среди врачей-дерматовенерологов и женщины 55 лет и мужчины 60 и старше)	Контент-анализ, аналитический, статистический, прогнозная оценка; выкопировка их медицинских документов	189 отечественных и 67 зарубежных источников литературы; формы ФСН №12 за период с 2010 по 2017 гг. (n= 1276 ед.)	Источники литературы, ФСН
II	Изучить общую заболеваемость и структуру болезней кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения и старше трудоспособного возраста в Ставропольском крае и Российской Федерации за период с 2010 по 2017 гг. Установить половозрастные и медико-социальные характеристики пациентов старше трудоспособного возраста и причины обращения к врачу-дерматовенерологу.	Аналитический, статистический, прогнозная оценка; социологический, выкопировка их медицинских документов	Формы ФСН № 12 за период с 2010 по 2017 гг. Результаты опроса пациентов, обратившихся к врачу-дерматовенерологу (n = 1480 ед.)	Случаи заболеваний, пациенты
III	Разработать инструментарий для проведения фотохронометражных исследований рабочего процесса врачей-дерматовенерологов. Установить средневзвешенные затраты рабочего времени врачей-дерматовенерологов при посещении одним пациентом старше трудоспособного возраста в амбулаторных условиях	Фотохронометражные исследования, статистический, аналитический	(n= 34 ед. + 5653 пациента = 5687)	Врач-дерматовенеролог
IV	Изучить мнение врачей-дерматовенерологов по оценке оказания дерматовенерологической помощи женщинам с 55 лет и мужчинам с 60 лет старше и совершенствованию ее организации	аналитический, статистический, факторный анализ, социологический	Результаты опроса врачей-дерматовенерологов (n = 82)	Врач-дерматовенеролог
V	Научно обосновать, разработать мероприятия по оптимизации дерматовенерологической помощи женщинам с 55 лет и мужчинам с 60 лет старше и в условиях организационного эксперимента оценить их результативность.	Социологический, статистический, организационного эксперимента, SWOT-анализ	Результаты оказания специализированной мед. помощи пациентам (598)	Анкеты
Результаты исследования использованы при подготовке проектов приказа МЗ РФ: «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-дерматовенеролога». Пособия для организаторов здравоохранения, врачей-дерматовенерологов, врачей общей практики, аспирантов, ординаторов и студентов медицинских ВУЗов. Руководство и учебные пособия для врачей-дерматовенерологов.				

Проведен анализ заболеваемости в соответствии с нозологическими формами болезней кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения и среди лиц старше трудоспособного возраста в Ставропольском крае в сопоставлении с данными по Российской Федерации. Математические расчеты включали расчет экстенсивных и интенсивных и показателей первичной и общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки. Интенсивный показатель рассчитывался отдельно на 100 000 общей популяции населения и лиц старше трудоспособного возраста (женщины с 55 и мужчины с 60 лет).

Для установления разницы показателя заболеваемости исследуемого и начала анализируемого периода рассчитывался темп прироста показателя: положительное значение свидетельствовало о росте заболеваемости, отрицательное – о снижении показателя относительно базового значения.

К примеру, в 2020 году относительно 2010 года для расчета темпа прироста показателя  $T_{п}$  использовалась формула:

$$T_{п} = \frac{П_{ип} - П_{бп}}{П_{бп}} \times 100\%, \quad (1)$$

где:  $T_{п}$  – темп прироста;

$П_{ип}$  – показатель исследуемого периода;

$П_{бп}$  – показатель базисного периода.

На каждом этапе диссертационного исследования были определены соответствующие объемы и методы статистического анализа по решению поставленных задач исследования (Таблица 1).

Ставропольский край является одним из крупнейших курортных регионов Российской Федерации, где до 58,0% площадей занимают курортные зоны. Численность населения в крае, по данным Росстата за 2020 год, составляет 2803573 человека с плотностью проживания 42,38 человек на км<sup>2</sup>.

Более половины из них составляет городское население (59,05%), более 201,6 тыс. мужчин в возрасте 60 лет и старше и 460,5 тыс. женщин в возрасте 55 лет и старше, что составляет 23,6% от численности всего населения края. Для демографической ситуации в Ставропольском крае характерен



отрицательный естественный прирост населения. В этой связи он является одним из наиболее подходящих субъектов страны для научного исследования в рамках разработки организационных мероприятий по совершенствованию дерматовенерологической помощи населению СТВ.

Для описания полученного значения t-критерия Стьюдента необходимо получить число степеней свободы  $f$ . Для этого нами применялась специальная формула расчета (2)

$$f = n_1 + n_2 - 2, \quad (2)$$

где  $f$  – число степеней свободы;

$n_1$  и  $n_2$  – количество исследуемых в каждой группе.

Для выявления степени достоверности данных статистического анализа для каждой относительной и средней величины нами проводился расчет средней ошибки ( $m_p$ ). Нами поведен однофакторный анализ оценки влияния на удовлетворенность врачей-дерматовенерологов своей деятельностью таких факторов, как возраст, стаж работы, гендерный признак, повышение квалификации, механизмы стимулирования рабочей деятельности. Для установления силы влияния изучаемых явлений и проверки убедительности гипотезы значимости исследуемых влияний на анализируемые параметры мы прибегали к однофакторному дисперсионному анализу Р. Фишера. Для получения репрезентативных данных объема выборки и с целью проведения социологического исследования среди пациентов, обратившихся к врачу-дерматовенерологу, в связи с заболеванием кожи и ПКК, а также получения репрезентативного объема выборки и получения достоверных результатов исследования нами применялся метод расчета Меркова А. М. и Полякова Л. Е. (1974) бесповторной выборки (3).

$$n = \frac{N \times t^2 \times P \times q}{N \times \Delta^2 + t^2 \times P \times q}, \quad (3)$$

где  $n$  – показывает необходимый объем выборки;

Расчет:

$$n = \frac{524200 \times 2^2 \times 98 \times 2}{52400 + 1^2 + 2^3 \times 98 \times 2} = \frac{410972800}{524984} = 783 \text{ населения старше СТВ,} \quad (5)$$

где  $n$  – необходимый объем выборки;

524200 – численность генеральной совокупности (человек СТВ: женщины с 55 лет и мужчины с 60 лет и старше) в Ставропольском крае за 2016 г.);

$2^2$  – доверительный коэффициент;

98% – доля изучаемого признака в общей совокупности;

2 – величина, обратная показателю ( $100 - 98 = 2$ );

$1^2$  – предельная ошибка выборки.

Таким образом, для репрезентативного социологического опроса среди пациентов СТВ Ставропольского края необходимый минимальный объем выборочной совокупности составляет 783 анкет, в то время как в нашем исследовании приняло участие 1480 пациентов. Следовательно, полученные результаты являются репрезентативными. Для проведения социологического исследования были разработаны специальные анкеты для пациентов и врачей-дерматовенерологов, которые включали 11 и 10 блоков соответственно, состоящих из нескольких вопросов. Среди врачей-дерматовенерологов опрос проводился сплошным методом ( $n = 82$ ).

Статистическая обработка первичного материала проводилась с использованием: метода описательной статистики; расчета относительных (интенсивных и экстенсивных) показателей; средних и средневзвешенных величин, фотохронометражных исследований (ФХИ), факторного анализа, организационного эксперимента и SWOT-анализа реализации организационных мероприятий. Результаты исследования также были подвергнуты статистической обработке методами параметрической и непараметрической статистики с использованием электронных таблиц «MSOffice Excel 2007», а также пакета статистических программ PASW и Statistica 10. Для анализа основных показателей использованы методы описательной статистики и графический метод. В рамках описательной статистики рассчитаны среднее арифметическое ( $M$ ), стандартное отклонение ( $SD$ ), стандартная ошибка ( $m$ ) и доверительные интервалы ( $P$ ).

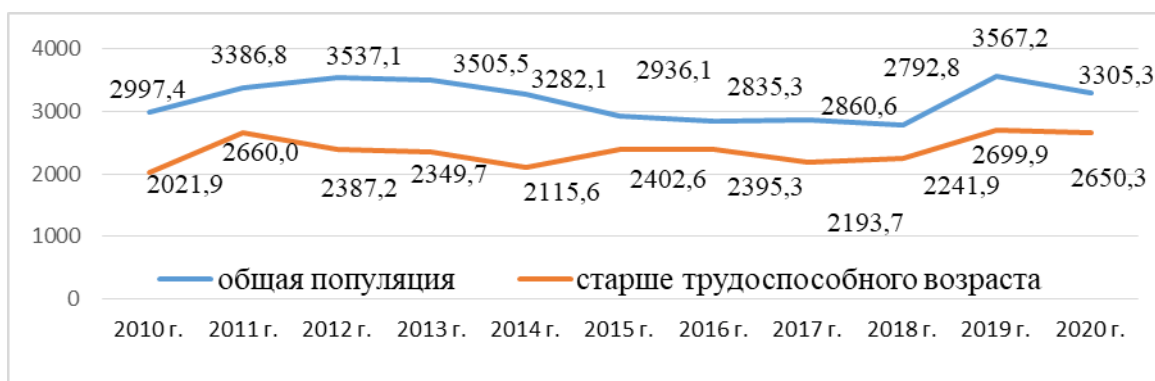
В рамках реализации плана Минздрава России («дорожная карта») и в соответствии с методикой проведения фотохронометражных исследований (Метод реком., 2013 г.) изучался рабочий процесс 16 врачей-дерматовенерологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в течение 10 рабочих дней. Для этого был разработан словарь трудовых операций в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (в ред. Приказа МЗ РФ от 13.10.2017 № 804н), оказываемых врачами-дерматовенерологами, и согласован с главным специалистом МЗ РФ, который включал все элементы трудового процесса врачей-специалистов с дифференциацией видов деятельности: основная, вспомогательная, работа с документацией, служебная деятельность, прочая деятельность и личное необходимое время.

В условиях организационного эксперимента проведена оценка реализации организационных мероприятий, разработанных в целях оптимизации медицинской помощи населению СТВ с болезнями кожи и ПКК. Для подбора исследуемых групп пациентов (основная и контрольная) были разработаны критерии включения/исключения.

**В главе III** *«Первичная заболеваемость и распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения и среди лиц старше трудоспособного возраста (женщины с 55 лет и мужчины с 60 лет) в ставропольском крае, 2010-2020 гг.»* представлен анализ первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (ПКК) в общей популяции населения и среди лиц старше трудоспособного возраста и их распространенность в Ставропольском крае. Исследование проводилось в два этапа: за 2010–2017 и 2017–2020 гг. В целом за исследуемый период с 2010 по 2020 гг. среди всех классов болезней первичная заболеваемость болезнями кожи и ПКК в Ставропольском крае составляет от 5,6 (в 2010 г.) до 4,8% (в 2017 г.), в 2020 (4,5%), у лиц СТВ – от 6,1 (в 2010 г.) до 5,2% (в 2017 г.) в 2020 (5,1%), по России в целом – от 6,2% в (2010 г.) до 5,4% (в 2017 г.), в 2020

(4,5%); у лиц СТВ от 7,1% (в 2010 г.) до 6,3% (в 2017 г.), в 2020 (5,1%) соответственно.

За период с 2010 по 2017 гг. первичная заболеваемость болезнями кожи и ПКК в общей популяции населения края уменьшилась на 4,6% (с 2997,4 до 2860,6 на 100 000 населения), в то время как среди лиц СТВ – выросла на 8,5% (с 2021,9 до 2193,7 на 100 000 населения), что свидетельствует о разнонаправленных тенденциях показателей заболеваемости среди населения СТВ и в общей популяции населения края (Рисунок 1). С 2017 по 2020 гг. первичная заболеваемость среди всего населения края выросла на 15,5%, у лиц СТВ на 20,8%, относительно предыдущего года уменьшилась на 7,3% и на 1,8% соответственно (Рисунок 1). Среди всего населения в целом с 2010 по 2017 гг. выросла первичная заболеваемость КД (на 49,8%), другими дерматитами (в 2,5 раза), уменьшилась – локализованной склеродермией (на 41,5%), псориазом артропатическим (АП) (на 31,8%) и АД (на 24,2%).

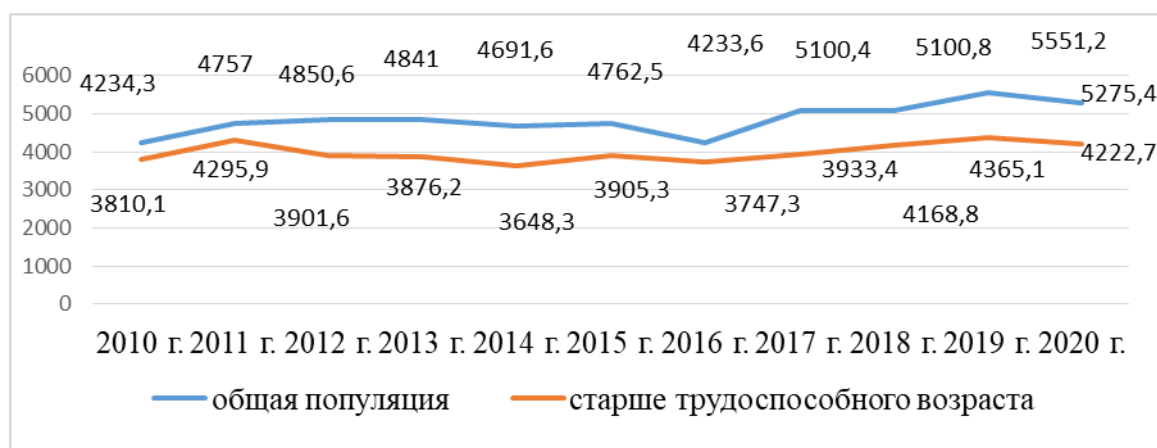


**Рисунок 1** – Первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения и среди лиц старше трудоспособного возраста в Ставропольском крае (на 100 000 соотв. нас.), 2010–2020 гг.

С 2017 г. по 2020 г. больше всего уменьшилась первичная заболеваемость псориазом АП (40,0%), дискоидной красной волчанкой (в 32,5%), псориазом (на 28,3%), а у лиц СТВ – АД (на 70,0%) и псориазом (АП) (на 32,3%) при более высоком росте других дерматитов (экземы) (на 53,7%), локализованной склеродермии (на 50,0%) и КД (на 23,1%).

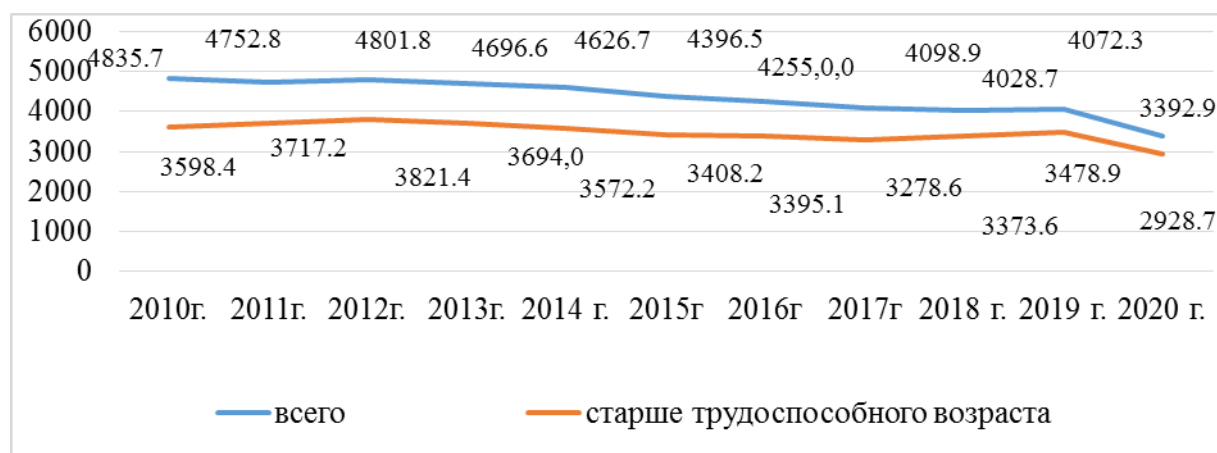
Вместе с тем общая заболеваемость болезнями кожи и ПКК среди всего населения Ставропольского края в целом за период с 2010 по 2017 гг. выросла на 20,5%, с 2017 по 2020 гг. – на 3,4%. У лиц СТВ данные показатели выросли на 3,2% и на 7,4% соответственно (Рисунок 2). За период с 2017–2020 гг. произошло снижение общей заболеваемости атопическим дерматитом (на 46,2%), псориазом АП (на 25,5%), локализованной склеродермией (на 8,2%) при выросте КД (на 23,0%), другими дерматитами (экземой) (на 17,5%), псориазом (на 8,3%) и дискоидной красной волчанкой (на 5,1%).

В общей популяции населения и у лиц СТВ за весь исследуемый период более 50,0% первичной и общей заболеваемости занимает КД. Из болезней кожи и ПКК всего на долю населения СТВ в Ставропольском крае приходится от 27,2% (в 2010 г.) до 33,0% (в 2017 г.) болезней.



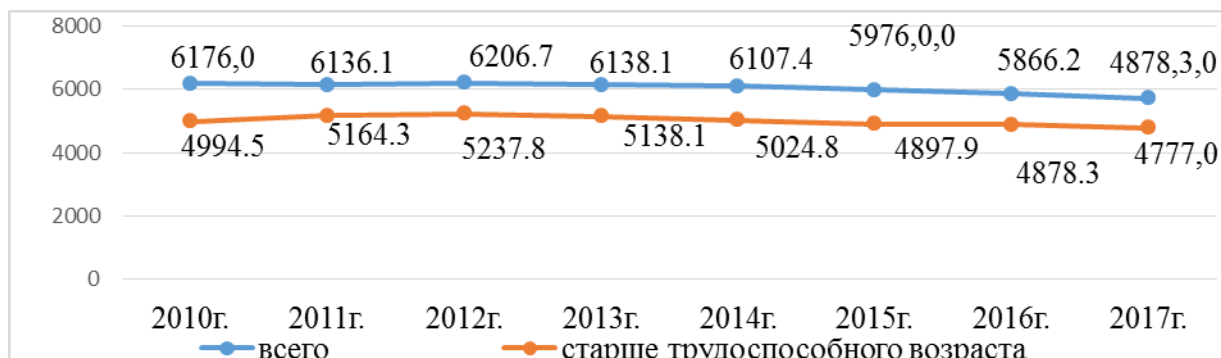
**Рисунок 2** – Общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в Ставропольском крае, 2010–2020 гг. (на 100 000 соотв. нас.).

Для выявления региональных особенностей заболеваемости болезнями кожи и ПКК, в том числе у лиц СТВ, проведен сравнительный анализ аналогичных показателей в целом по России, который показал, что по стране в целом за 2010-2017 гг. показатель уменьшился на 15,2%, у лиц СТВ – на 8,9%, с 2017 по 2020 гг. – в общей популяции населения России первичная заболеваемость уменьшилась (на 17,2%), у лиц СТВ – на 10,7% (Рисунок 3).



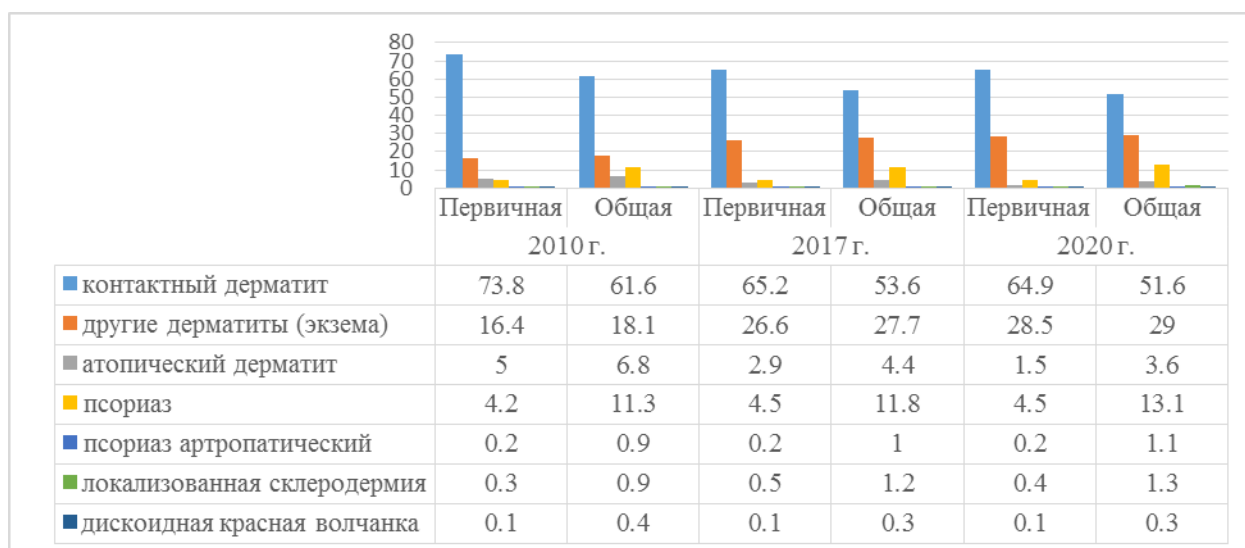
**Рисунок 3** – Первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации с 2010 по 2020 гг. (на 100 000 соотв. нас.).

За период с 2010 по 2017 гг. в общей популяции населения России произошло снижение первичной заболеваемости практически всеми анализируемыми болезнями кожи и ПКК, особенно дискоидной красной волчанкой (на 47,1%) и АД (на 21,1%), в то время как другими дерматитами (экземой) произошел рост на 54,4%, локализованной склеродермией – на 17,1%, псориазом АП- на 10,0%. У лиц СТВ за аналогичный период особенно выросла заболеваемость другими дерматитами (экземой) (на 75,7%) и локализованной склеродермией (на 43,6%) при снижении АД (на 36,5%) и КД – на 4,4%. С 2017 г. по 2020 г. особенно уменьшилась общая заболеваемость АД (на 19,4%), наиболее значимое снижение первичной заболеваемости псориазом (на 18,7%) и псориазом АП (на 29,5%). У лиц СТВ за аналогичный период первичная заболеваемость уменьшилась на 10,7%, особенно АД (на 54%) и дискоидной красной волчанкой – на 35,7%. В общей популяции населения России за период с 2010 о 2017 гг. общая заболеваемость болезнями кожи и ПКК (L00-L99) снизилась на 7,3% (с 6176,0 в 2010 г. до 5724,0 на 100 000 нас. в 2017 г., у лиц СТВ – на 4,4% (с 4994,5 до 4777,0 на 100 000 соотв. нас.) (Рисунок 4).



**Рисунок 4** – Общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации, 2010-2017 гг. (на 100 000 соответствующего населения) (на 100 000 соответствующего населения).

За период с 2017 г. по 2020 г. в общей популяции уменьшилась заболеваемость практически всеми болезнями кожи и ПКК, за исключением локализованной склеродермии (рост на 3,4%), у лиц СТВ уменьшилась (на 9,3%), особенно АД (на 22,9%), КД (на 10,1%), другими дерматитами (экземой) (на 1,9%), дискоидной красной волчанкой (на 18,5%). Динамика структуры общей и первичной заболеваемости среди лиц СТВ представлена на Рисунке 5.



**Рисунок 5** – Структура общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки среди женщин с 55 лет и мужчин с 60 лет в Российской Федерации, 2010 и 2020 гг. (в %).

Анализ заболеваемости болезнями кожи и ПКК показал необходимость изучения медико-социальных характеристик, заболевших и причины их обращения за медицинской помощью.

**В главе IV «Медико-социальные характеристики пациентов старше трудоспособного возраста (женщины с 55 лет и мужчины с 60 лет), обратившихся к врачу-дерматовенерологу, и их мнение по организации медицинской помощи»** представлены результаты опроса пациентов СТВ, обратившихся к врачу-дерматовенерологу. В опросе приняли участие 688 мужчин и 792 женщины в возрасте от 55 до 94 лет (46,5 и 53,5% соотв.), средний возраст  $66,3 \pm 1,2$  года (среди мужчин –  $67,0 \pm 1,7$ , женщины –  $65,7 \pm 1,7$ ). Преобладала возрастная группа 60–64 лет, на долю которой приходится  $38,1 \pm 1,5\%$  (у мужчин –  $53,6 \pm 3,6\%$ , женщин –  $24,7 \pm 2,3\%$ ). Наименьшую составили 90-летние и старше (0,3%), практически каждый четвертый проживал на селе –  $23,5 \pm 1,2\%$  ( $22,3 \pm 2,1\%$  женщин,  $24,8 \pm 2,7\%$  мужчин).

Анализ образовательного уровня респондентов показал, что у женщин соотношение высшего и среднего образования было практически равным ( $33,7 \pm 2,8\%$  и  $34,1 \pm 2,8\%$  соответственно). В то время как более одной трети (46,3%) мужчин имели среднее образование и каждый четвертый (25,7%) – высшее. Основную часть опрошенных составили неработающие пенсионеры. Из числа работающих респондентов ( $14,7 \pm 0,8\%$ ) большинство относятся к сфере бытового обслуживания, промышленности, транспорта и образования.

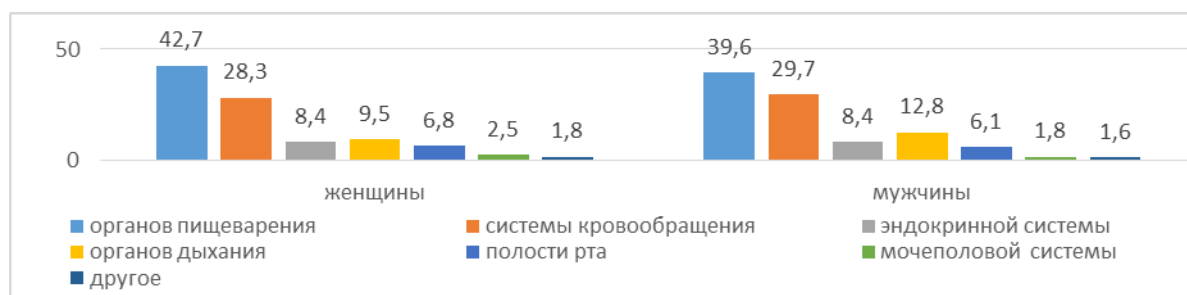
Более одной трети респондентов к врачу-дерматовенерологу обращались в связи с псориазом ( $30,3\% \pm 6,7$ ), до 87,1% отрицали наследственную отягощенность болезни, у 90,1% в анамнезе имелись одно или несколько сопутствующих заболеваний с преобладанием болезней органов пищеварения и системы кровообращения. По частоте регистрации заболевания у женщин второе место занимает аллергический дерматит ( $17,1 \pm 5,6\%$ ), а у мужчин – другие дерматиты (экзема ( $18,6 \pm 5,8\%$ )). При этом у женщин особенно часто регистрировались микозы кистей/стоп (в т.ч. онихомикозы) ( $13,1 \pm 4,2\%$ ), другие дерматиты (экзема) ( $9,7 \pm 3,0\%$ ) и склеродермия ( $9,5 \pm 2,9\%$ ).

Чувство социальной дезадаптации, связанное с заболеванием, отметили более половины респондентов (53,5%), каждый четвертый (24,9%) боялся



заразить близких, до 15,1% испытывали проблемы в общении и до 6,5% ограничивали себя от посещений мест социального обслуживания.

В структуре соматической патологии у пациентов преобладали болезни органов пищеварения и кровообращения (Рисунок 6).



**Рисунок 6** – Структура соматической патологии у пациентов, обратившихся к врачу-дерматовенерологу (в % к итогу)

Каждый пятый (20,6%) респондент занимался самолечением, при этом большинство обращались к специалистам государственных медицинских организаций (47,6%).

Результаты анализа медико-социальных характеристик пациентов и причин обращения к врачу-дерматовенерологу показали необходимость изучения мнения врачей по вопросам организации медицинской помощи пациентам и ее оптимизации.

**В главе V «Проблемы в организации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста (женщины с 55 и мужчины с 60 лет) и пути их решения»** представлены результаты изучения проблемы в организации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста путем проведения опроса врачей-дерматовенерологов в возрастном интервале от 25 до 65 лет с трудовым стажем более 15 лет. Основная часть врачей женского пола была возрасте 25-35 лет (68,9±6,9%), мужского – 46-55 лет (35,2±7,8%). Более 1/3 врачей-дерматовенерологов женского пола для повышения своих знаний предпочитали специальную литературу (33,3%), форумы/конференции (28,9%), циклы повышения квалификации (22,2%), Интернет-ресурсы (15,6%). Для врачей мужского пола на первом месте отмечены циклы повышения квалификации (46,0%), в равных соотношениях – медицинская литература,

форумы/конференции и Интернет-ресурсы (по 16,2%). До 18,1% и 0,9% врачей-дерматовенерологов организацию медицинской помощи населению СТВ оценили как удовлетворительную и неудовлетворительно.

Установлено, что при оказании медицинской помощи пациентам СТВ возникали конфликтные ситуации, особенно в связи с выпиской льготных рецептов и длительностью ожидания в очереди (Таблица 2).

**Таблица 2** – Частота развития конфликтных ситуаций у врачей-дерматовенерологов при оказании медицинской помощи пациентам старшего трудоспособного возраста (в абс. числах и в %)

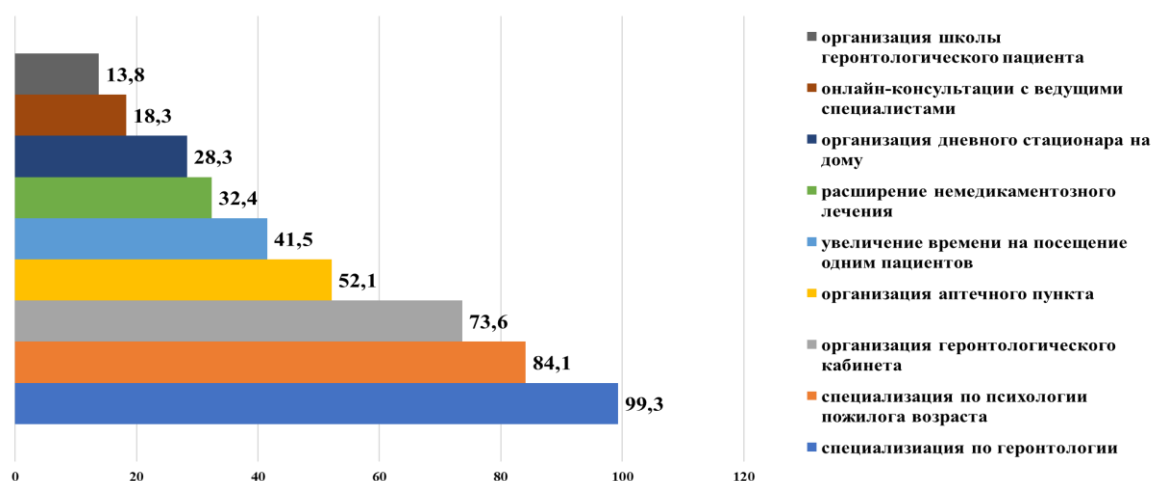
Параметры	Мужчи ы		Женщи ы		Всего	
	Редко	22	59,5%	19	42,2%	41
Часто	-	-	3	6,7%	3	3,7%
Возникают только с пожилым из-за льготных рецептов	10	27,0%	7	15,5%	17	20,7%
Другое	5	13,5%	5	11,1%	10	12,2%
Не возникают	-	-	8	17,8%	8	9,7%
В связи с длительным ожиданием	-	-	3	6,7%	3	3,7%
Итого	37	100,0%	45	100,0%	82	100,0%

Для изучения силы влияния факторов на удовлетворенность врачей-специалистов своей профессиональной деятельностью выдвигались нулевые гипотезы, что на удовлетворенность не оказывают влияния такие факторы возраст (не выполняется неравенство  $F > F_{кр.}$  ( $3,7 < 5,2$ ), поскольку величина значимости  $P = 0,09$ , а для отрицания должна быть не более 0,05); профессиональная подготовка (также не выполняется неравенство  $F > F_{кр.}$ , ( $0,8 < 6,6$ ), величина значимости  $P = 0,55$ , а должна быть не более 0,05); гендерная принадлежность (не выполняется неравенство  $F > F_{кр.}$  ( $2,3 < 18,5$ ),  $P = 0,27$  при допустимом значении не более 0,05); стаж профессиональной деятельности (не выполняется неравенство  $F > F_{кр.}$ , ( $1,03 < 6,6$ ),  $P = 0,47$ , а должна быть не более 0,05); поощрение трудовой деятельности (не выполняется неравенство  $F > F_{кр.}$  ( $3,27-16E < 3,5$ ),  $P = 1$ , а должна быть не более 0,05).

Доказано, что заявленные факторы не оказывают существенного влияния на удовлетворенность работой врачей-дерматовенерологов Ставропольского края.

Для разработки предложений по оптимизации организации медицинской помощи населению СТВ по профилю «дерматовенерология» необходимо установить новые нормы времени на посещение врачей-специалистов, соответствующие реальным затратам.

В главе VI «Мероприятия по оптимизации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста по профилю «дерматовенерология»» представлены мероприятия по оптимизации медицинской помощи населению СТВ по профилю «дерматовенерология» и оценка их реализации. С целью повышения удовлетворенности пациентов медицинской помощью большинство врачей-специалистов (84,1%) отметили необходимость изучения психологии пожилого возраста и особенностей оказания медицинской помощи при болезнях кожи и ПМК, протекающих на фоне полиморбидных состояний. Рейтинг предлагаемых врачами, в том числе организаторами здравоохранения, мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» пациентам СТВ представлен на Рисунке 7.



**Рисунок 7** – Пути совершенствования организации дерматовенерологической помощи пациентам старше трудоспособного возраста (в %)

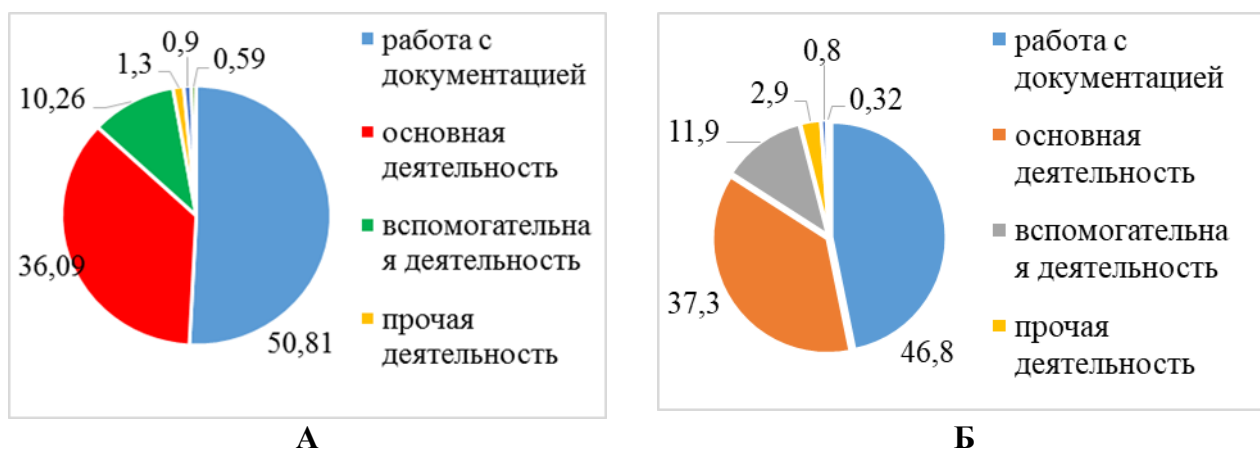
Наличие полиморбидного фона в пожилом возрасте затрудняет оказание медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», поскольку имеются

сложности в подборе препаратов. В этой связи более 1/3 врачей-дерматовенерологов предлагают расширить назначение немедикаментозного лечения (32,4%) для пациентов СТВ, в том числе санаторно-курортного с физиотерапевтическими методами воздействия. Поскольку с возрастом пациенты все чаще страдают заболеваниями опорно-двигательного аппарата, одним их факторов, повышающих качество оказания медицинской помощи данной категории пациентов, предложена организация стационара на дому (28,3%).

Для повышения информированности пациентов о своем заболевании отмечена необходимость организации школы возрастного пациента (13,8%) с целью обучения пациентов здоровому образу жизни. Показано, что наиболее актуальной проблемой в организации медицинской помощи пациентам СТВ по профилю «дерматовенерология» является знание особенностей течения болезней кожи и ПМК и психологии пожилого возраста, организация аптечного пункта (52,1%) при МО и кабинета врача-дерматовенеролога (73,6%), имеющего сертификат по геронтологии и гериатрии (62,2%), а также организация онлайн-консультаций ведущих специалистов (41,5%). По мнению 35,4% специалистов повысить знания по геронтологии и гериатрии возможно в рамках циклов повышения квалификации, каждый пятый (24,3%) – путем изучения специальной литературы, либо использования интернет-ресурсов (6,1%). При этом оказание медицинской помощи пациентам СТВ по профилю «дерматовенерология» в соответствии со стандартами лечения без учета сопутствующих заболеваний вполне достаточно эффективным считают до 26,8%, однако не для каждого пациента (20,7%) в связи с полиморбидным фоном.

Для снижения конфликтных ситуаций отмечена необходимость организации сестринского поста (93,4%), что позволит уменьшить нагрузку врача-специалиста по работе с медицинской документацией. Более половины опрошенных считают необходимым увеличить время (89,9%) на посещение одним пациентом.

В связи с вышеизложенным были разработаны организационные мероприятия по повышению результативности медицинской помощи и удовлетворенности пациентов и врачей-дерматовенерологов, в рамках реализации которых проведены фотохронометражные исследования (ФХИ) рабочего процесса врачей-дерматовенерологов. Путем ФХИ установлено, что врач при посещении одним пациентом затрачивает до 19,0 минут. Большую часть рабочего времени врача-специалиста занимает работа с документацией (50,81%). Причем в структуре затрат по работе с документацией из 9,6 минут до 3,13 минут приходится на запись в медицинской документации (Рисунок 8, А).



**Рисунок 8** – Структура затрат рабочего времени врачей-дерматовенерологов при посещении одним пациентом (в %)

При посещении врача-специалиста пациентами СТВ затраты рабочего времени увеличиваются до 25,2 минуты, в структуре общих затрат также более 1/3 рабочего времени занимает работа с документацией (из 11,8 минут до 4,02 минут занимает запись в медицинской документации) (Рисунок 8, Б).

Результаты исследования показали, что для оптимизации оказания медицинской помощи пациентам по профилю «дерматовенерология», в том числе СТВ, и в целях увеличения времени на непосредственную работу с пациентом необходимо провести:

а) компьютеризацию рабочего места, так как результаты ФХИ рабочего процесса 16 врачей-дерматовенерологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, показали, что компьютеризация в целом уменьшает

количество затрат рабочего времени врача-специалиста на работу с медицинской документацией при посещении одним пациентом;

б) разработать единую программу заполнения статистических талонов, рецептов, больничных листов, амбулаторных карт, направлений на исследования и других медицинских документаций, что позволит сократить затраты рабочего времени врача-специалиста на работу с документацией;

в) передать часть функций, не свойственных для врача-дерматовенеролога, медицинской сестре (подготовка направлений на санаторно-курортное лечение, выписка повторных рецептов для пациентов с хроническими заболеваниями, не нуждающимся на момент обращения во врачебной помощи, получение результатов исследований и т.д.).

Научно обоснованные нормы времени на посещение одним пациентом врача-дерматовенеролога, в том числе СТВ, необходимы также для планирования функции врачебной должности, численности кадров и Программы государственных гарантий.

**В главе VII «Реализация организационных мероприятий по оптимизации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста (женщины с 55 и мужчинам с 60 лет) по профилю «дерматовенерология» и оценка их результативности»** представлены результаты оценки реализации организационных мероприятий по оптимизации медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста (женщины с 55 лет и мужчинам с 60 лет) по профилю «дерматовенерология». Для реализации организационных мероприятий (Схема 1) в условиях эксперимента и оценки их результативности было сформировано две группы пациентов в соответствии с установленными критериями включения/исключения: 1-я группа пациентов – получала медицинскую помощь в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» (n = 299); 2-я группа – стандартный подход к оказанию медицинской помощи + организационные мероприятия (n = 299).

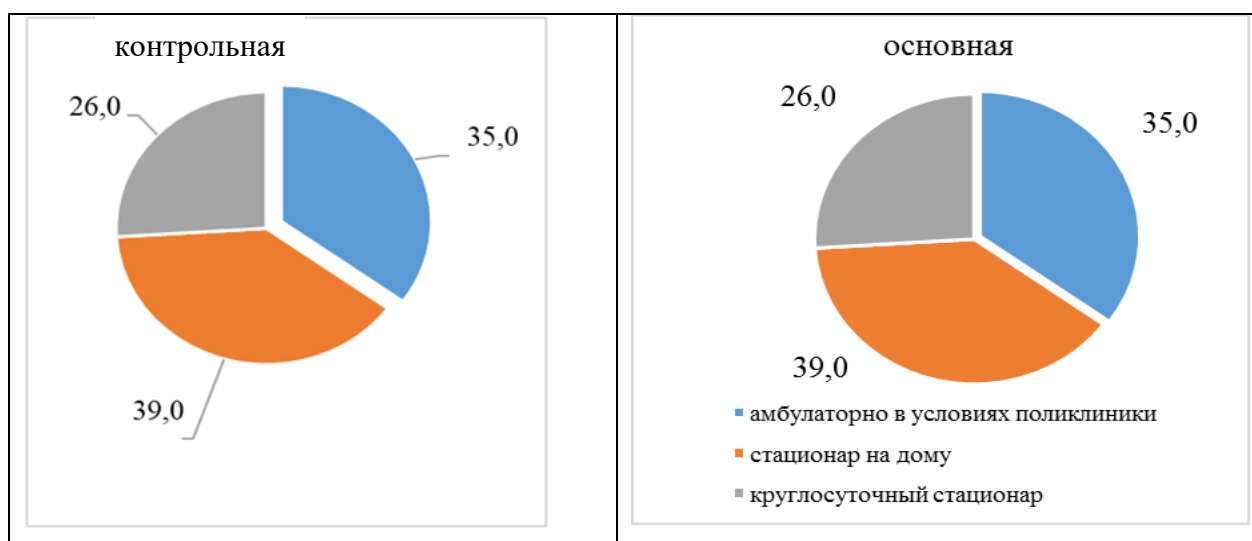
По данным опроса, рецидивы псориаза и других дерматитов (экзем) возникали до 2-3 раз в году у каждого пятого пациента ( $20,4 \pm 1,6\%$ ), полной ремиссии псориаза практически не было у каждого четвертого ( $24,6 \pm 1,7\%$ ) пациента. При этом в условиях стационара до 1 раза в году либо 1 раз в два года получали медицинскую помощь до  $21,5 \pm 1,6\%$ , остальные ( $78,5\% \pm 1,6\%$ ) желали получать лечение в амбулаторных условиях.



**Схема 1.** Организационные мероприятия по повышению удовлетворенности пациентов старше трудоспособного возраста, обратившихся к врачу-дерматовенерологу

Как представлено на схеме 1, повысить удовлетворенность пациентов можно путем повышения доступности и результативности организационных мероприятий путем внедрения телемедицинских технологий и с учетом

полиморбидного фона. Результаты текущего наблюдения за пациентами, получившими медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», показали, что до реализации организационных мероприятий у врачей-дерматовенерологов редкие конфликтные ситуации возникали с пациентами СТВ (50,0%). После реализации организационных мероприятий, вышеизложенные жалобы не зафиксированы (Схема 1). Как представлено на рисунке 9, в равных соотношениях каждый третий пациент контрольной и основной группы медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология» получал в условиях организации стационара на дому ( $39,0 \pm 1,9\%$ ), либо в условиях поликлиники с еженедельным посещением врача-специалиста ( $35,0 \pm 1,9\%$ ), каждый четвертый – в условиях стационара с круглосуточным пребыванием.



**Рисунок 9** – Условия оказания специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» (в %, n = 598)

Нами проведен SWOT анализ реализации приоритетных направлений стратегического планирования, который позволил определить сильные и слабые стороны, а также возможности и угрозы отдельных мероприятий, требующих дальнейшего совершенствования и принятия управленческих решений. Показано, что в основной группе пациентов, получивших медицинскую помощь в условиях стационара на дому, рецидивы хронических болезней кожи и ПКК уменьшились, в том числе аллергического и АД (на



15,6±2,1% и 33,3±2,7% соответственно), других дерматитов (экзем) – на 25,6±2,5%. У 98,0±0,8% пациентов с псориазом из 61 наступила полная ремиссия. В то время как в контрольной группе пациентов из 33,3%±2,7%, получивших лечение в условиях стационара на дому, рецидивы заболевания АД уменьшились на 22,2±2,4%, аллергическим дерматитом – на 9,4±1,7%, псориазом – на 33,2±2,7%, другими дерматитами (экземы) – на 20,9±2,4% (Таблица 3).

Среди получивших лечение в условиях поликлиники разница в частоте развития рецидивов заболевания у пациентов основной и контрольной группы была практически в два раза: рецидивы заболевания АД в контрольной и основной группе уменьшились на 6,3±1,4% и 12,5±1,9%, аллергическим дерматитом – на 10,3 ±1,8% и 13,8±1,9%, псориазом – на 5,6±1,3% и 5,6±1,3%, другими дерматитами (экземы) – на 0,9±0,5% и 18,4 ±2,2% соответственно (Таблица 3).

**Таблица 3** – Результативность оказания медицинской помощи пациентам основной и контрольной группы с учетом условий оказания (ремиссия при хронических болезнях кожи и подкожной клетчатки) (в %)

Нозологические формы	Основная группа (n= 299)			Контрольная группа (n= 299)		
	поликлиника	стационар на дому	стационар с круглосуточным пребыванием	поликлиника	стационар на дому	стационар с круглосуточным пребыванием
Атопический дерматит	12,5±1,9%	33,3±2,7%	58,3±2,8%	6,3±1,4%	22,2±2,4%	50,0±2,9%
Аллергический дерматит	13,8±1,9%	15,6±2,1%	45,5±2,8%	10,3 ±1,8%	9,4±1,7%	31,8±2,7%
Псориаз	5,6±1,3%	98,0±0,8%, полная ремиссия	50,3±2,8%	5,6±1,3%	33,3±2,7%,	31,3±2,7%
Другие дерматиты (экзема)	18,4±2,2%	25,6±2,5%	42,9±2,8%	0,9 ±0,5	20,9±2,4%.	35,7±2,8%

Сравнительный анализ экономической оценки результативности медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» пациентам СТВ основной и контрольной группы старше трудоспособного возраста показал, что при реализации организационных мероприятий в условиях стационара с

круглосуточным пребыванием в основной группе пациентов за счет снижения случаев рецидивов заболеваний экономический эффект составил 884 626 рублей 17 копеек. Свидетельством получения экономического эффекта (884 626 рублей 17 копеек) является то, что до реализации организационных мероприятий затраты на лечение пациентов основной группы составили 1 766 759 рублей 25 копеек, в то время как после реализации – 882 133 рубля 08 копеек, затрачено 884 626 рублей 17 копеек; в контрольной группы – затраты до реализации организационных мероприятий составили 1 766 759 рублей 25 копеек, после реализации – 1 171 198 рублей 59 копеек, при этом экономический эффект составил 595 560 рублей 66 копеек (Таблицы 4, 5).

**Таблица 4** – Экономический эффект реализации организационных мероприятий при оказании медицинской помощи пациентам в условиях стационара с круглосуточным пребыванием (основная группа)

	<i>Нозологические формы</i>	<i>Койко/дни</i>	<i>Стоимость курса лечения, руб.</i>	<i>Стоимость лечения случаев, руб.</i>	<i>Стоимость лечения (после реализации), руб.</i>	<i>Экономический эффект, руб.</i>
1	<b>Атопический дерматит</b>	17	18284,19	12×18284,19 = 219410,28	5×18284,19 = 91420,95	127 989,33
2	<b>Аллергический дерматит</b>					
	легкая	15	8917,30	1×8917,3 = 8917,3	1×8917,3 = 8917,3	0
	средне-тяжелая	17	18284,19	21×18284,19 = 383967,99	11×18284,19 = 201126,09	182841,9
3	<b>Псориаз</b>	19	42498,37	16×42498,37 = 679973,92	7×42 498,37 = 297488,59	382485,33
4	<b>Другие дерматиты (экзема)</b>					
	Легкая	15	8 917,3	4×8917,3 = 35669,2	1×8917,3 = 8917,3	26751,9
	Средне-тяжелая	17	18284,19	24×18284,19 = 438820,56	15×18284,19 = 274262,85	164557,71
	<b>Итого</b>			<b>1766759,25</b>	<b>882133,08</b>	<b>884626,17</b>

Особенностью проведения анализа эффективности реализуемых мероприятий в системе здравоохранения в силу специфики отрасли является необходимость их оценки с учетом трех направлений, в том числе: медицинской (клинической) эффективности, медико-социальной эффективности и экономической эффективности.

**Таблица 5** – Экономический эффект реализации организационных мероприятий при оказании медицинской помощи пациентам в условиях стационара с круглосуточным пребыванием (контрольная группа)

	<i>Нозологические формы</i>	<i>Койко/дни</i>	<i>Стоимость курса лечения, руб.</i>	<i>Стоимость лечения случаев, руб.</i>	<i>Стоимость лечения (после реализации), руб.</i>	<i>Экономический эффект, руб.</i>
1	<b>Атопический дерматит</b>	17	18284,19	12×18284,19 = 219410,28	6×18284,19 = 109705,14	109705,14
2	<b>Аллергический дерматит</b>					
	легкая	15	8917,30	1×8917,3 = 8917,3	–	8917,3
	средне-тяжелая	17	18284,19	21×18284,19 = 383967,99	15×18284,19 = 274262,85	109705,14
3	<b>Псориаз</b>	19	42498,37	16×42498,37 = 679973,92	11× 42498,37 = 467482,07	212 491,85
4	<b>Другие дерматиты (экзема)</b>					
	Легкая	15	8 917,3	4×8917,3 = 35669,2	1×8917,3 = 8917,3	26751,9
	Средне-тяжелая	17	18284,19	24×18284,19 = 438820,56	17×18284,19 = 310831,23	127989,33
	<b>Итого</b>			<b>1766759,25</b>	<b>1171198,59</b>	<b>595560,66</b>

Нами определялась **медицинская (клиническая) эффективность** как степень достижения медицинского результата, **медико-социальная эффективность** проводимых мероприятий (достижение длительной ремиссии при хронических заболеваниях кожи и ПКК демонстрирует высокую МСЭ проводимых мероприятий), а также **экономическая эффективность (ЭЭ)** как степень соотношения полученных результатов и произведенных затрат привлекает более высокое внимание организаторов здравоохранения. При определении эффективности лечения пациента приоритетными являются медицинская и социальная эффективность.

В результате оптимизации организации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» населению СТВ, повысилась удовлетворенность врачей-дерматовенерологов профессиональной деятельностью (на основании проведенного анкетирования), а у пациентов исчезли конфликтные ситуации в связи с рациональной организацией выписки льготных рецептов и снижением длительности ожидания очереди к врачу.

При оценке ЭЭ применяли клинико-экономический анализ (КЭА) «затраты – эффективность», при котором проводится сравнительная оценка

результатов и затрат при двух и более медицинских технологиях, эффективность которых различна. Обязательным требованием является использование одинаковых показателей результативности и затратности для всех анализируемых медицинских технологий, а результаты измеряются в одних и тех же единицах. В нашем исследовании в качестве результатов выступало снижение случаев рецидивов заболеваний и увеличение числа пациентов с полной ремиссией. Вся информация, необходимая для проведения экономического анализа «затраты – эффективность», представлена в Таблице 6, где рассматривается стоимость одного эффекта исхода лечения из всех затрат на всю группу. Из данных, представленных в Таблице 6, следует, что при оказании медицинской помощи пациентам одной единицы эффективного лечения при АД, к примеру, составляет 30 803 рубля 41 копейку, что складывается из: стоимость обращения (1077 рублей 33 копейки) + стоимость дополнительного лекарственного обеспечения в связи с полиморбидным фоном (10 000 рублей) + стоимость санаторно-курортного лечения (800 рублей x 14 дней = 11 200 рублей). Полученный результат умножили на число пролеченных пациентов и разделили на результативность лечения.

**Таблица 6** – Результаты экономического анализа «затраты – эффективность»

<i>Нозологические формы</i>	<i>Основная группа</i>			<i>Контрольная группа</i>		
	Амбулаторное лечение (обращение) + ДЛЮ, руб. за 1 ед. эффекта лечения	Стационар на дому, руб. за 1 ед. эффекта лечения	Стационар с круглосуточным пребыванием, руб. за 1 ед. эффекта лечения КСГ	Поликлиника, руб. за 1 ед. эффекта лечения	Стационар на дому, руб. за 1 ед. эффекта лечения	Стационар с круглосуточным пребыванием, руб. за 1 ед. эффекта лечения
Атопический дерматит	30 803,41	11 785,70	4 714,64	9 562,31	8 597,46	2 809,27
Аллергический дерматит	15 394,01	44 725,21	11 075,08	3 226,92	36 097,16	8 097,99
Псориаз	71 605,70	6 007,10	19 573,04	35 605,70	8 597,46	25 729,19
Другие дерматиты (экзема)	35 681,44	36 623,13	14 949,83	256 598,38	21 815,90	9 180,61

К примеру, расходы на **амбулаторное лечение пациента с атопическим дерматитом** складываются из затрат на всю группу пациентов, разделенных на

процент положительных исходов (или результативность), что позволяет получить один процент эффективного лечения (385 042 рубля 57 копеек = 29 пациентов с атопическим дерматитом умножили на амбулаторное лечение + дополнительное лекарственное обеспечение + санаторно-курортное лечение), разделенное на процент положительных исходов (12,5). Аналогичным образом провели расчеты при оказании медицинской помощи пациентам с другими нозологическими формами заболевания (Таблицы 3, 6).

Расчеты расходов на лечение пациентов в условиях **стационара на дому** складываются из стоимости посещения + дополнительного лекарственного обеспечения + санаторно-курортного лечения = 21 803 рубля 54 копейки. Все это умножили на 18 пациентов с атопическим дерматитом, что показало расходы на всю группу пациентов, равные 392 463 рубля 72 копейки. Полученный результат поделили на процент положительных исходов (33,3) (Таблицы 3, 6).

**Стационар круглосуточного пребывания** рассчитан с учетом случая лечения в соответствии с клинико-статистической группой, что взято из территориального соглашения Ставропольского края с ТФОМС. Аналогичные расчёты проведены для контрольной группы пациентов. Результаты расчетов по каждой нозологической форме сопоставлялись с данными контрольной группы (Таблица 7).

**Таблица 7** – Результаты проведения анализа «затраты – эффективность»

<i>Нозологические формы</i>	<i>Результаты оценки «затраты – эффективность»</i>		
	Поликлиника	Стационар на дому	Стационар
Атопический дерматит	3,22	1,37	1,68
Аллергический дерматит	4,77	1,24	1,37
Псориаз	2,01	0,70	0,76
Другие дерматиты (экзема)	0,14	1,68	1,63

На основании выполненных расчетов экономически эффективными в соотношении затраты/эффективность признаны: лечение других дерматитов в амбулаторно-поликлинических условиях (0,14), псориаза в стационаре на дому

(0,70) и псориаза в круглосуточном стационаре (0,76). В результате внедрения комплекса организационных мероприятий за период с 2017 по 2019 гг. у лиц старших возрастов высокими темпами начала снижаться первичная и менее значительными темпами общая заболеваемость атопическим дерматитом (на 60,2 и 30,4% соответственно) и псориазом АП (на 22,6 и 7,7% соответственно).

Таким образом, анализ заболеваемости и результаты социологического опроса среди врачей-дерматовенерологов и их пациентов позволили выявить основные проблемы в организации медицинской помощи пациентам СТВ по профилю «дерматовенерология» и на их основе разработать мероприятия по совершенствованию медицинской помощи данной возрастной группе населения. Путем реализации мероприятий в условиях организационного эксперимента была установлена их результативность, а также медицинская (клиническая), медико-социальная и экономическая эффективность.

## **ВЫВОДЫ**

1. В Ставропольском крае первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки среди всех классов болезней с 2010 по 2017 гг. сократилась с 5,6% до 4,8%, в том числе у лиц старше трудоспособного возраста с 6,1% до 5,2%, что соответствует динамике среднероссийского показателя. Общая заболеваемость данным классом болезней выросла на 20,5%, первичная – уменьшилась на 4,6%, у лиц старше трудоспособного возраста – выросла на 3,2% и 8,9% соответственно, а среднероссийские показатели снизились как в общей популяции на 7,3 и 15,2% соответственно, так и у лиц старших возрастов (на 4,4 и 8,9% соответственно). Для лиц старших возрастных групп болезни кожи и подкожной клетчатки остаются значимой проблемой, поскольку в структуре первичной заболеваемости их доля выросла с 14,4% до 18,4%, общей заболеваемости – уменьшилась с 27,2% до 18,5%, что соответствует росту первичной и снижению общей и заболеваемости в данной возрастной группе в 1,3 и 1,5 раза соответственно.

2. В Ставропольском крае с 2010 по 2017 гг. наибольшими темпами снижалась первичная и общая заболеваемость псориазом артропатическим (на 31,8 и 24,1% соответственно), локализованной склеродермией (на 41,5 и 40,0% соответственно) и первичной заболеваемости атопическим дерматитом (на 24,2%), в то время как у лиц старше трудоспособного возраста существенно возросла первичная и общая заболеваемость псориазом артропатическим (в 2,6 и 1,6 раза соответственно) и локализованной склеродермией (в 9 и 5,1 раза соответственно). В общей популяции выросла первичная и общая заболеваемость другими дерматитами (экземой) (в 2,5 и 2,4 раза) и контактным дерматитом (в 1,5 и 1,7 раза соответственно), что сопоставимо с данными у лиц старше трудоспособного возраста (другими дерматитами (экземой) - 2,8 и 2,2, контактным – по 1,6 раза соответственно). При этом первичная и общая заболеваемость атопическим дерматитом выросла в 1,9 и 1,6 раза соответственно. Показатели общей заболеваемости псориазом были сопоставимы в обеих группах (рост в 1,4 раза), в то время как первичная заболеваемость у лиц старше трудоспособного возраста выросла в 1,6 раза при снижении в общей популяции, что свидетельствует о сохраняющейся в Ставропольском крае напряженной ситуации, которая требует разработки соответствующих мероприятий.

3. Показатели первичной и общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки всего населения в России в период 2010-2017гг. изменялись разнонаправлено: возрастала первичная и общая заболеваемость не только другими дерматитами (экземой) (в 1,5 и 1,6 раза соответственно), но и локализованной склеродермией (на 17,1 и 22,7% соответственно), псориазом артропатическим (на 10,0 и 7,1% соответственно), а первичная и общая заболеваемость дискоидной красной волчанкой (в 1,9 и 1,3 раза соответственно), атопическим дерматитом (на 21,1 и 6,3% соответственно) и первичная заболеваемость контактным дерматитом (на 4,0%) выросла. При этом у лиц старше трудоспособного возраста первичная и общая заболеваемость изменялась не только разнонаправлено, но и темпы ее

существенно отличались от темпов изменения показателей заболеваемости всего населения. Максимальными темпами росла первичная и общая заболеваемость псориазом артропатическим (на 5,6 и 23,9% соответственно) и псориазом (на 16,9 и 16,1% соответственно), а первичная и общая заболеваемость атопическим дерматитом (на 36,5 и 29,1% соответственно) и контактным дерматитом (на 4,4 и 3,4% соответственно) снижалась. В структуре первичной и общей заболеваемости в России максимальная доля приходится на контактный дерматит (66,2 и 54,3% соответственно), в том числе у лиц старше трудоспособного возраста (73,8 и 61,1% соответственно).

4. В результате анкетирования пациентов старше трудоспособного возраста выявлено, что к врачу-дерматовенерологу чаще обращаются женщины (53,5% против 46,5%), преимущественно в возрасте 55-64 (53,2%) и мужчины 60-64 (53,6%) лет, проживающие в городе (77,7% и 75,2% соотв.). Высшее образование среди них более характерно для женщин (34,1 против 25,7%), среднее – для мужчин (46,3 против 33,7%). Работающие пенсионеры составили 14,7%. Основная часть респондентов женского (91,1%) и мужского (88,1%) пола имели в анамнезе одно или несколько сопутствующих заболеваний, среди которых превалировали болезни органов пищеварения (42,7 и 39,6%) и системы кровообращения (28,3% и 29,7% соответственно). Многие из пациентов испытывали психологический дискомфорт, связанный с заболеванием (53,6 и 53,4% соответственно) и боязнью заразить близких (23,2 и 26,3% соответственно). Каждый пятый (20,6%) прибегал к самолечению, хотя больше доверяли врачам медицинских организациях государственной формы собственности 47,6%. Все это обосновывает необходимость психологической поддержки и оптимизации оказания медицинской помощи пациентам старше трудоспособного возраста.

5. Исследование мнения врачей-дерматовенерологов об организации оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» лицам старших возрастов и направлениях по ее совершенствованию показало, что у врачей-дерматовенерологов конфликтные ситуации на работе возникали в



50,0±6,1% случаях, редко возникали у 20,7±6,1% и были связаны с выпиской льготных рецептов пациентам старше трудоспособного возраста (20,7%) и длительностью ожидания очереди (6,7%). Врачи в 20,7% случаев предпочитали дополнительное обучение на курсах повышения квалификации до 1 раза в год, в 84,1% случаев отметили необходимость изучения особенностей психологии пожилого возраста и оказания медицинской помощи при болезнях кожи, протекающих на фоне полиморбидных состояний, почти треть (28,8%) врачей отметили необходимость регулярного разбора сложных случаев в лечении исследуемой группы пациентов для повышения их удовлетворенности медицинской помощью. Менее половины врачей (45,1%) ежедневно работали над повышением своего профессионального уровня.

6. Время, в среднем затрачиваемое врачом-дерматовенерологом на прием одного пациента, зависит от возраста пациента, что подтверждено результатами фотохронометражных исследований рабочего процесса врачей-дерматовенерологов. При посещении пациентом (без учета возрастной группы) врач-дерматовенеролог в среднем затрачивает до 19,0 минут, а при посещении лицами старше трудоспособного возраста затраты рабочего времени увеличиваются до 25,2 минут за счет повышения затрат на основную, вспомогательную и прочую деятельность. Большую часть затрат рабочего времени у врача-специалиста занимает работа с медицинской документацией (50,81%), при посещении старшей возрастной группы пациентов затраты рабочего времени на работу с медицинской документацией практически не изменяются (46,8%).

7. Комплекс по оптимизации медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» населению старше трудоспособного возраста состоит из двух групп мероприятий. Первая группа направлена на повышение пациенториентированности и доступности медицинской помощи и включает: внедрение телекоммуникационных технологий (он-лайн консультации врача-дерматовенеролога по телефону и ВАТСАП, он-лайн консультации врачей других специальностей); мероприятия по рациональному использованию

рабочего времени врачей-специалистов и повышению комфортности пребывания пациента в медицинской организации, в т.ч. снижению времени ожидания приема врача. Вторая группа направлена на повышение результативности специализированной медицинской помощи, и включает повышение квалификации врачей-специалистов, внедрение стационарзамещающих технологий, в том числе стационара на дому.

8. Оценка результативности реализации организационных мероприятий по оптимизации оказания медицинской помощи пациентам старше трудоспособного возраста по профилю «дерматовенерология» показала, что при использовании стационара на дому для возрастных групп пациентов существенно снизились рецидивы заболеваний, в том числе аллергическим (на  $15,6 \pm 2,1\%$ ), атопическим (на  $33,3 \pm 2,7\%$ ) дерматитами, другими дерматитами (экземой) (на  $25,6 \pm 2,5\%$ ). У пациентов, страдающих псориазом в  $98,0 \pm 0,8\%$  наступила полная ремиссия. При использовании двух этапов лечения (стационар круглосуточного пребывания и санаторий) результативность лечения пациентов старших возрастных групп существенно повышалась. По сравнению с пациентами контрольной группы частота развития рецидива хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки снизилась при аллергическом (на  $45,5 \pm 2,8\%$  против  $31,8 \pm 2,7\%$  в контрольной группе) и атопическом (на  $58,3 \pm 2,8\%$  против  $50,0 \pm 2,9\%$  в контрольной группе) дерматитах, других дерматитах (экземе) (на  $42,9 \pm 2,8\%$  против  $35,7 \pm 2,8$ ), псориазе (на  $50,3 \pm 2,8\%$  против  $31,3 \pm 2,7$ ).

9. В результате внедрения комплекса организационных мероприятий за период с 2017 по 2020 гг. у лиц старших возрастов высокими темпами начала снижаться первичная и менее значительными темпами общая заболеваемость атопическим дерматитом (на 60,2 и 30,4% соответственно) и псориазом артропатическим (на 22,6 и 7,7% соответственно). В 2020 гг. у лиц старших возрастов отмечалась тенденция снижения первичной и общей заболеваемости практически всеми болезнями, относящимися к классу «Болезни кожи и подкожной клетчатки», особенно значительно снизилась первичная и общая

заболеваемость локализованной склеродермией (на 30,8 и 34,5% соответственно), атопическим дерматитом (на 24,6 и 22,7% соответственно), другими дерматитами (экземой) (на 14,6 и 12,2% соответственно) и псориазом артропатическим (на 12,5 и 19,3% соответственно). Высокие темпы снижения заболеваемости были связаны как с влиянием внедрения новых организационных технологий и снижением числа рецидивов, так и с влиянием коронавирусной инфекции, которые привели к снижению числа посещений медицинских организаций лицами старших возрастных в период действия ограничительных мероприятий.

10. От реализации организационных мероприятий по оптимизации медицинской помощи пациентам старше трудоспособного возраста был получен экономический эффект, который выражается в снижении затрат на лечение: до реализации организационных мероприятий затраты на лечение одного случая заболевания как в основной, так и контрольной группе составили по 1 766 759 рублей 25 копеек, при реализации организационных мероприятий – 882 133 рубля 08 копеек и 1 171 198 рублей 59 копеек соответственно, а экономический эффект составил 884 626 рублей 17 копеек и 595 560 рублей 66 копеек. Достигнутый экономический эффект при внедрении усовершенствованных технологий организации лечения пациентов трудоспособного возраста был на 32,7% выше, чем в контрольной группе и составил 289 065 рублей 51 копейку.

## **ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

### *На федеральном уровне*

1. Разработать и внедрить типовые отраслевые нормы времени на посещение одним пациентом врача-дерматовенеролога с учетом современных технологий оказания специализированной медицинской помощи населению, в том числе старше трудоспособного возраста.

2. Пересмотреть стандарты оказания специализированной медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста в сторону расширения более активного внедрения немедикаментозного лечения, в том числе

санаторно-курортного с физиотерапевтическими методами, позволяющими обеспечить оказание медицинской помощи при полиморбидных состояниях.

3. В программу обучения студентов высших и средних медицинских образовательных учреждений включить изучение психологических особенностей пациентов старше трудоспособного возраста и особенностей оказания медицинской помощи пациентам.

*На региональном уровне*

1. Обеспечить оснащение кабинета врача-дерматовенеролога современным оборудованием, позволяющим оказывать специализированную медицинскую помощь населению в режиме онлайн-консультаций врача-дерматовенеролога и врачей других специальностей с использованием Интернет-ресурсов.

2. Обеспечить организацию стационара на дому для пациентов старше трудоспособного возраста в целях обеспечения комфортного пребывания в период оказания специализированной медицинской помощи.

3. Для повышения информированности населения по профилактике болезней кожи и подкожной клетчатки и их рецидивов организовать школы геронтологического пациента.

4. В целях снижения конфликтных ситуаций организовать сестринские посты с делегированием им выписки рецептов при хронических заболеваниях кожи и подкожной клетчатки и направлений на анализы либо обеспечить организацию отдельного кабинета геронтологического приема.

## **СПИСОК РАБОТ АВТОРА, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК**

1. Одинец, А. В. Болезни кожи, мочеполовой системы, некоторые инфекционные и паразитарные болезни в структуре общей заболеваемости нетрудоспособного населения Ставропольского края / А. В. Одинец // Вестник последипломного медицинского образования. – 2017. – № 3. – С. 79–80. (0,08 п.л., авт. – 0,08 п.л.).

2. Чеботарев, В.В. Болезнь Морбигана / В.В. Чеботарев, А.В., Одинец, Е.Н. Шихонова //Современные вопросы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2010. – №5 – С. 64-66 (0,125 п.л., авт. – 0,04).

3. Одинец, А. В. Первичная заболеваемость и структура классов болезней в Ставропольском крае в 2010–2016 гг. /А. В. Одинец //Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С. 125. (0,04 п.л., авт. – 0,04 п.л.).

4. Одинец, А. В. Гендерный и возрастной состав пациентов с наркотической зависимостью в условия современных стандартов оказания специализированной медицинской помощи в 2013–2015 гг. / А. В. Одинец //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – №9-10. – С. 49–54. (0,3 п.л., авт. – 0,3 п.л.)

5. Одинец, А. В. Половозрастные характеристики пациентов старше трудоспособного возраста, обратившихся к врачу-дерматовенерологу с учетом их места проживания / А. В. Одинец // Вестник последипломного медицинского образования. – 2018. – № 3. – С. 58. (0,04 п.л., авт. – 0,04 п.л.).

6. Огрызко, Е. В. Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста злокачественными новообразованиями кожи и смертности от них за период с 2012 по 2016 гг. / Е. В. Огрызко, Н. А. Голубев, Н. М. Попова, А. В. Одинец // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 2. – С. 6–15. URL: <http://www.idmz.ru/jurnali/menedger-zdravoohranenija/2018/2>. (3,3 п.л., авт. – 0,8 п.л.).

7. Одинец, А. В. Частота и спектр выявляемых заболеваний у пациентов старшего трудоспособного возраста, обратившихся к врачу-дерматовенерологу / А. В. Одинец, О. И. Сачек // Вестник последипломного медицинского образования. – 2018. – № 3. – С. 59. (0,04 п.л., авт. – 0,02 п.л.).

8. Одинец, А. В. Организационные аспекты оптимизации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста по профилю «дерматовенерология» / М. А. Иванова А. В. Одинец // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 2. – С. 669– 679. (0,5 п.л., авт. – 0,2 п.л.).

9. Одинец, А. В. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в общей популяции населения и среди лиц старше трудоспособного возраста в Ставропольском крае, 2017 по 2020 гг. / А.В. Одинец, М.А. Иванова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 411–423. (0,5 п.л., авт. – 0,2 п.л.).

10. Одинец, А. В. Результаты реализации организационных мероприятий при оказании медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» пациентам старше трудоспособного возраста / А.В. Одинец // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 550–564. (0,6 п.л., авт. – 0,6 п.л.).

11. Иванова, М. А. Медицинская помощь пациентам старшей возрастной группы с хроническими дерматозами на фоне полиморбидной патологии / М. А. Иванова, А. В. Одинец // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 565–575. (0,5 п.л., авт. – 0,2 п.л.).

#### **Публикации в изданиях, входящих в международные реферативные базы данных**

12. Огрызко, Е. В. Динамика заболеваемости взрослого населения острыми формами ишемической болезни сердца и смертности от них в Российской Федерации в 2012–2017 гг. / Е. В. Огрызко, М. А. Иванова, А. В. Одинец, Д. В. Ваньков, В. В. Люцко // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 5. – С. 7–10. (0,2 п.л., авт. – 0,03 п.л.).

13. Одинец, А. В. Первичная заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями в структуре всех болезней, зарегистрированных впервые в жизни, в Российской Федерации и Северо-Кавказском федеральном округе / А. В. Одинец, Е. В. Огрызко, К. И. Данишевский, М. А. Иванова, О. В. Залевская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 290–293. (0,2 п.л., авт. – 0,03 п.л.).

14. Иванова, М. А. Общая и впервые выявленная заболеваемость болезням кожи и подкожной клетчатки в Ставропольском крае / М. А. Иванова

А. В. Одинец // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 4. – С. 434–437. (0,2 п.л., авт. – 0,08 п.л.).

### **Основные работы, опубликованные в других изданиях**

15. Одинец, А. В. Эпидемиология заболеваний кожи в Ставропольском крае в 2010–2016 гг. / А. В. Одинец // Клиническая дерматология и венерология. – 2017. – Т. 16, № 6. – С. 32–37. (0,3 п.л., авт. – 0,3 п.л.).

16. Одинец, А. В. Доля психических расстройств и расстройств поведения в структуре первичной заболеваемости населения нетрудоспособного возраста в 2010–2016 гг. / А. В. Одинец // Клиническая геронтология. – 2017. – Т. 23, № 9-10. – С. 50–51. (0,08 п.л., авт. – 0,08 п.л.).

17. Иванова, М. А. Общая заболеваемость населения нетрудоспособного возраста различными классами болезней в 2010–2016 гг. / М. А. Иванова, А. В. Одинец // Клиническая геронтология. – 2017. – Т. 23, № 9-10. – С. 30–31. (0,08 п.л., авт. – 0,04 п.л.)

18. Одинец, А. В. Различные классы болезней, зарегистрированные среди населения нетрудоспособного возраста Ставропольского края, в 2010–2016 гг. / А. В. Одинец // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 4. – С. 150–154. (0,2 п.л., авт. – 0,2 п.л.).

19. Иванова, М. А. Показатели деятельности врачей-дерматовенерологов в разрезе федеральных округов Российской Федерации / М. А. Иванова, Т. А. Соколовская, А. В. Одинец // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2016. – № 3. – С. 47–60. (0,6 п.л., авт. – 0,2 п.л.).

20. Одинец, А. В. Проблемы дерматовенерологии Северо-Кавказского федерального округа / А. В. Одинец // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2016. – № 3. – С. 25–35. (0,5 п.л., авт. – 0,5 п.л.).

21. Одинец, А. В. Заболеваемость, зарегистрированная всего, среди населения нетрудоспособного возраста в Ставропольском крае, 2010–2016 гг. / А. В. Одинец // Вестник научных конференций. – 2017. – № 7-2 (23). – С. 73–75. (0,1 п.л., авт. – 0,1 п.л.).

22. Одинец, А. В. Структура первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Ставропольском крае. / А. В. Одинец // Вестник научных конференций. – 2018. – № 8-2 (36). – С. 88–89. (0,08 п.л., авт. – 0,08 п.л.).

#### **Список сокращений и условных обозначений**

АД – атопический дерматит  
Болезни кожи и ПКК – болезни кожи и подкожной клетчатки  
ВАК – высшая аттестационная комиссия  
ДФО – Дальневосточный федеральный округ  
ЗСЖД – Западно-сибирские железные дороги  
КД – контактный дерматит  
КЭА – клинико-экономический анализ  
МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации  
МО – медицинская организация  
МНПЦ ДК – Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии  
МСЭ – медико-социальная эффективность  
ОНВИМ – острых нарушений влекущих иммунный механизм  
ОК ПМУ – отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги»  
Последствия ВВП – последствия воздействия внешних причин  
Психических расстройств и РП – психических расстройств и расстройств поведения  
ПФО – Приволжский федеральный округ  
РФ – Российская Федерация  
СССР – Союз Советских Социалистических Республик  
СЗФО – Северо-Западный федеральный округ  
СтГМУ – Ставропольский государственный медицинский университет  
СТВ – старше трудоспособного возраста  
СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ  
СФО – Сибирский федеральный округ  
ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования  
УФО – Уральский федеральный округ  
ФО – федеральный округ  
ФГБОУ ВО – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
ФГАОУ ВО – федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
ЦФО – Центральный федеральный округ  
ЦНИИОИЗ – Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения  
ЭЭ – экономическая эффективность  
ЮФО – Южный федеральный округ