

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

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

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
д-р мед. наук, доцент
Бойков Вадим Андреевич

Москва – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОЙ ФОРМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	14
1.1. Роль первичной медико-санитарной помощи в системе оказания медицинской помощи в плановой форме	14
1.2. Государственное регулирование координации и преемственности при оказании медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации ..	34
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	40
2.1. Характеристика территории и базы исследования	40
2.1. Программа исследования	51
ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ	63
3.1. Трехуровневая система оказания медицинской помощи в Томской области	63
3.2. Анализ доступности медицинской помощи в Томской области.....	71
ГЛАВА 4. МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕЖУРОВНЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОЙ ФОРМЕ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ	103
4.1. Анализ организации процесса оказания медицинской помощи в плановой форме взрослому населению на примере пилотной медицинской организации..	104
4.2. Разработка мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению.....	111
4.3. Внедрение мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению.....	115

4.4. Опыт реализации комплекса мероприятий по внедрению модели на примере ОГАУЗ «Поликлиника № 1» г. Томска.....	118
ГЛАВА 5. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МОДЕЛИ МЕЖУРОВНЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОЙ ФОРМЕ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ	126
5.1. Анализ показателей обеспечения своевременности оказания медицинской помощи в плановой форме	128
5.2. Анализ показателей преемственности между этапами оказания медицинской помощи в плановой форме	131
5.3. Анализ соответствия сроков оказания медицинской помощи в плановой форме требованиям территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	134
5.4. Анализ количества обращений пациентов с жалобами на организацию медицинской помощи	137
5.5. Итоги оценки результативности мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме	139
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	142
ВЫВОДЫ	149
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	151
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ	153
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	155
ПРИЛОЖЕНИЯ	183

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В современных социально-экономических условиях повышение доступности и качества медицинской помощи (МП) для граждан является приоритетным направлением государственной политики Российской Федерации (Указ Президента РФ от 02.07.2021 №400; Указ Президента РФ от 08.12.2025 №896; Указ Президента РФ от 07.05.2024 №309).

Достижение стратегических целей осуществляется в рамках национального проекта «Здравоохранение» (заседание президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, 2018) и национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (заседание Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, 2025). В составе мероприятий национальных проектов запланировано формирование сети медицинских организаций (МО) с учетом необходимости использования мобильных медицинских комплексов в малочисленных населенных пунктах, возведение новых и модернизация существующих объектов здравоохранения, оснащение и переоснащение медицинским оборудованием, обеспечение МО квалифицированными кадрами, а также оптимизация работы МО, оказывающих ПМСП и т.д. (федеральные проекты в составе национальных проектов «Здравоохранение», 2019-2024, «Продолжительная и активная жизнь», 2025-2030).

Важным условием в достижении результатов федеральных инициатив является эффективность управления мероприятиями по обновлению инфраструктуры, планированию сети объектов здравоохранения и модели 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, недостаточное взаимодействие между этапами трехуровневой системы оказания МП не позволяют использовать имеющийся потенциал отрасли для повышения эффективности организации МП (Прохоренко Н.Ф. и др., 2019; Бударин С.С. и др., 2019; Руголь Л.В. и др., 2020; Деев И.А. и др., 2020; Бойков В.А., 2021; Апресян А.Ю., 2022; Кобякова О.С. и др., 2022; Москвичева М.Г., Полинов М.М., 2024; Стародубов В.И. и др., 2025).

Кроме организационных проблем, необходимо отметить влияние территориальных факторов на доступность МП (Москвичева М.Г. и др., 2024; 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). Неблагоприятные географические условия, низкая плотность населения, неудовлетворительное состояние транспортной инфраструктуры ограничивают возможность обращения в МО для жителей малочисленных и труднодоступных населенных пунктов (Калашников К.Н. и др., 2018; Москвичева М.Г. и др., 2024; Найден С.Н. и др., 2022; Поточкина С.А., 2023; Руголь Л.В., 2023; Ходакова О.В. и др., 2024; Давидов Д.Р. и др., 2024; Савинова Т.Л. и др., 2025).

Таким образом, сохраняются проблемы обеспечения временной доступности МП в плановой форме (Меньшикова Л.И. и др., 2022; Суслин С.А. и др., 2023). В свою очередь, длительные сроки ожидания МП негативно влияют на качество ее оказания и снижают уровень удовлетворенности населения МП как в России, так и за рубежом (McGregor M.J. et al., 2018; Lopez-Cedru'n J.L. et al., 2019; Шейман И.М. и др., 2019; Деев И.А. и др., 2020; Бузин В.Н. и др., 2020; Ахметова А.И. и др., 2021; Заздравных Е.А. и др., 2021; Бендюк Г.Я. и др., 2023; Чукреев М.П., 2023; Назарова И.Б., 2025; Chan J. et al., 2025; Tope P.R. et al., 2025).

Степень разработанности темы исследования

Вопросы повышения доступности МП, как одного из индикаторов качества, широко обсуждаются экспертами в области здравоохранения, экономики и социологии, что свидетельствует о высокой социальной значимости данной проблематики (Руголь Л.В. и др., 2020; Вялых Н.А., 2020; Ушаков В.В., 2020; Бударин С.С. и др., 2019; Ratcliffe H. L. et al., 2020; Хусаинова, Д.К. и др., 2021; Вичева А.А., 2022; Чукреев М.П. и др., 2023; Шляхто Е.В. и др., 2023; Вильк М.Ф. и др., 2025; Никитина Л.Ю. и др., 2025).

В России и за рубежом проводятся исследования по вопросам применения различных технологий для обеспечения доступности МП, включая внутреннюю реструктуризацию содержания деятельности ПМСП на различных этапах ее оказания, развитие выездных форм медицинского обслуживания, оптимизацию процессов за счет сокращения непроизводственных затрат МО, использование информационных систем для оценки ресурсных возможностей и принятия управленческих решений (Wang X. et al., 2016; Garcia F.L., 2017; Xu X. et al., 2018; Уйба В.В. и др., 2018; Cuccia L. et al., 2019; Кобякова О.С. и др., 2022; Harada Y. et al., 2020; Ступак В.С. и др., 2021; Протасова Л.М. и др., 2022; Шинкарева Н.В. и др., 2023; Рябков В.А. и др., 2023; Затулкин В.А., 2023; Palani S. et al., 2023; Баздырев Е.Д. и др., 2023; Ходакова О.В. и др., 2024; Крякова Е.В. и др., 2024; Москвичева, М.Г. и др., 2024; Давидов Д.Р. и др., 2024; Каракулина Е.В. и др., 2024; Кренева Ю.А. и др., 2024; Dayeh M. et al., 2025; Савинова Т.Л. и др., 2025; Руголь Л.В. и др., 2025).

Следует отметить, что в доступных наукометрических базах в достаточном количестве представлены публикации с обзорами и анализом существующих стратегий обеспечения доступности МП (Bitton A. et al., 2018; Schwarz D. et al., 2019; Шишкин С.В. и др., 2022; Ladds E. et al., 2023; Khatri R. et al., 2023; Камынина Н.Н. и др., 2023). В то же время количество исследований, публикующих результаты применения рассматриваемых инициатив, остается недостаточным. В большинстве случаев эффективность той или иной методологии оценивается

авторами на основе анализа мнений представителей медицинского сообщества или пациентов (Waibel S. et al., 2015; Spigel L. et al., 2020; Foo C.D. et al., 2021; Jungholm L. et al., 2022; Жеребцова Т.А. и др., 2022; Бендюк Г.Ю. и др., 2023; Zhang H. et al., 2023; Мезенцева Т.А. и др., 2024). Реже эффективность организационных технологий измеряется на основе комплексной оценки, включающей анализ объективных данных и результаты социологических опросов (Raut A. et al., 2017; Бударин С.С. и др., 2019; Деев И.А. и др., 2020; Harada Y. et al., 2020; Viitanen J. et al., 2022; Li X. et al., 2022; Протасова Л.М. и др., 2022; Palani S. et al., 2023).

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 МП 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 оказания 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 в амбулаторных условиях 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 (КОПМП).

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).

Полученные данные систематизированы, изложены в главах собственных исследований, сформулированы выводы и практические рекомендации.

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 медицинской помощи в плановой форме.

Степень достоверности полученных результатов подтверждается достаточным объемом 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» (г. Пенза, 2020), VI Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать... болезнь» (г. Донецк, 2022), IV Съезде медицинских статистиков Москвы «Цифровая статистика. Новые задачи и траектория движения» (г. Москва, 2022), Всероссийской научно-практической конференции «От бережливых проектов к ценностному управлению» (г. Краснодар, 2024), XXXI Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (г. Москва, 2024), Всероссийской научно-практической конференции «Принятие управленческих решений на основе медико-статистических данных» (г. 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). *Акты представлены в Приложении Д.*

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).

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОЙ ФОРМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Роль первичной медико-санитарной помощи в системе оказания медицинской помощи в плановой форме

Вопросы повышения доступности МП для населения уже не первое десятилетие являются глобальной задачей большинства национальных систем здравоохранения [175]. Согласно концепции Всемирной организации здравоохранения, ключевым решением по обеспечению равноправного доступа каждого члена общества к услугам здравоохранения является ПМСП как первый уровень взаимодействия пациента с системой поэтапного оказания МП, предусматривающей комплекс массовых медицинских мероприятий, доступных каждому члену общества [169; 175].

Координирующая функция ПМСП заключается в обеспечении комплексности и непрерывности медицинского наблюдения пациента – от первичной профилактики до лечения и реабилитации. На этапе ПМСП организуются и проводятся лечебно-профилактические мероприятия, формируется дальнейший маршрут пациентов на вышестоящие уровни для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной МП, в соответствии со стандартами и порядками оказания.

Современные демографические тенденции характеризуются увеличением доли лиц старшей возрастной категории и ростом хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), требующих длительного и дорогостоящего лечения, что создает дополнительную нагрузку на системы здравоохранения [13; 20; 97–100; 186]. В результате появляется дисбаланс между спросом на медицинские услуги и их предложением, который выражается в увеличении сроков ожидания МП и начала специализированного лечения. Как следствие, повышается риск

неблагоприятных исходов заболеваний и формирования хронических патологий [7; 16; 28; 29; 50; 90; 96; 119; 121; 184; 187; 192].

Несмотря на законодательное регулирование порядка и видов поэтапного оказания МП, остаются нерешенными задачи по обеспечению ее доступности для пациентов, в связи с сохраняющимися проблемами в организации ПМСП [33; 34; 60; 110; 112; 116; 120].

Среди факторов, снижающих доступность МП, эксперты отмечают несовершенство подходов к управлению отраслью, ее отдельными сегментами или структурами, неразвитую инфраструктуру сети МО и сложные климато-географические условия [23; 33; 36; 40; 53; 60; 65; 80; 112; 114; 116; 142; 145].

Усугубляют негативное воздействие инфраструктурных и территориальных проблем неоптимальное использование потенциала квалифицированных медицинских специалистов и ресурсов системы здравоохранения; отсутствие взаимодействия и преемственности как между структурными подразделениями внутри МО, так и между МО различного уровня; особенности структурных характеристик системы оказания МП; сложные схемы маршрутизации [7; 11; 16; 20; 28; 33; 51; 63; 65; 68–69; 89; 112; 114; 119; 121; 122; 126; 128; 132; 154; 146].

Особенно острыми являются проблемы записи пациентов на плановые консультации врачей-специалистов, диагностические исследования и плановую госпитализацию [8; 33; 34; 50; 63; 110; 141; 152; 165; 192]. Отсутствие единой системы мониторинга фактических сроков ожидания на федеральном и региональном уровнях не дает представления о том, выполняются ли государственные гарантии доступности МП по времени ожидания [49; 50; 92; 119]. В свою очередь, удлинение сроков ожидания МП в плановой форме неизбежно снижает уровень удовлетворенности населения функционированием системы здравоохранения [3; 8; 17; 31; 33; 50; 63; 88; 101; 103; 119; 124; 127; 128; 141; 165; 167; 171; 191; 192].

В ходе научных исследований, направленных на повышение качества МП, проведенных в разные периоды времени и в разных регионах, авторы выявляли низкий уровень удовлетворенности населения процессом записи к врачу.

Например, в Свердловской области 41,7% респондентов остались неудовлетворенными записью на прием через регистратуру. Более того, большинство опрошенных пациентов (52%) ожидали приема более одной недели с момента обращения в МО [31].

С.А. Суслин с соавт. провели исследование уровня удовлетворенности пациентов ГБУЗ СО «Новокуйбышевская центральная городская больница» (НЦГБ) качеством оказания МП в амбулаторных условиях. Для оценки авторы применили специальный показатель, рассчитываемый по пятибалльной шкале [124]. Всего было проанкетировано 625 пациентов старше 18 лет, обратившихся за оказанием МП в НЦГБ. По данным анкетирования удовлетворены оказанием МП – 24,3% респондентов; 35,0% – скорее удовлетворены; 38,1% – скорее не удовлетворены оказанием МП в целом и 2,6% опрошенных полностью не удовлетворены. Авторы отмечали высокий удельный вес (42,1%) пациентов, испытывавших трудности при записи на прием к врачу, такие как сложность дозвониться в МО, длительное ожидание в регистратуре и отсутствие нужного специалиста в необходимое время.

Оценка сроков ожидания показала, что $20,3 \pm 1,6\%$ пациентов попали на прием к врачу в день обращения, 39,4 % пациентов на следующий день и 40,3% пациентов попали на прием в более поздние сроки. Средний срок ожидания приема для этой группы составил 10,6 дней. Данные об оценке удовлетворенности пациентов сроками ожидания в статье не представлены [124].

Изучение влияния организационных преобразований на уровень удовлетворенности граждан МП, проведенное в Томской области в 2019–2020 годах, также показало, что больше всего недовольство пациентов вызывала длительность ожидания приема врача (34,41%), проблема записи на прием (17,95%) и долгое ожидание в регистратуре (11,75%) [127].

Проблемы обеспечения доступности медицинской помощи

Как показывают результаты проведенного исследования, чаще всего в качестве негативных факторов, влияющих на доступность МП, эксперты отмечали

проблемы ограниченности ресурсов здравоохранения [35; 52; 80; 91; 116; 162]. При этом большинство авторов сходились во мнении, что для обеспечения населения МП требуется поиск новых подходов к планированию объемов МП, кадровых и материально-технических ресурсов, исходя из реальных потребностей населения [51; 54; 64; 65; 171; 192].

В значительной степени проблемы доступности МП для населения связаны с территориальным расположением МО, оказывающих ПСМСП и специализированную МП, особенно для жителей отдаленных населенных пунктов [13; 40; 53; 65; 106; 112]. Об этом свидетельствуют также результаты оценки общественного мнения, показавшие, что респонденты, проживающие в сельской местности, менее удовлетворены доступностью МП, чем городское население (66,7% и 72,2% соответственно) [40].

Еще одной причиной длительного ожидания МП и снижения удовлетворенности граждан обращением к врачу является нерациональное использование времени врача на приеме. Так, например, оформление документации на амбулаторном приеме повышает нагрузку на врачей и приводит к увеличению длительности ожидания МП [15; 33; 91; 191]. Кроме того, отмечают эксперты, смещение фокуса внимания врачей с пациента на заполнение документов снижает качество работы с пациентом, а также может приводить к профессиональному выгоранию медицинских работников [165; 191]. Согласно исследованию Y. Harada et al., затраты времени на оформление и анализ документации составляют около 34% рабочего времени врача-терапевта и часто являются причиной жалоб пациентов на длительное ожидание приема [171].

Организационные барьеры, возникающие на пути пациента при обращении в поликлинику, не только вызывают негативную оценку отдельно взятой МО, но и снижают уровень доверия населения как к государственной системе здравоохранения. Следствием этого является низкая приверженность пациентов лечению, отказ от визитов в поликлинику, в том числе с профилактической целью, в пользу не всегда обоснованных самообращений в приемные отделения стационаров для быстрого решения возникших проблем со здоровьем.

В исследовании удовлетворенности качеством медицинской помощи в амбулаторных условиях среди студентов-медиков в Казахстане установлено, что респонденты наиболее часто сталкиваются с организационными препятствиями, включая очереди в регистратуру, ожидание приема в дневном стационаре, очереди на прием к врачу. При этом 38,0 % опрошенных отметили, что при возникновении проблем со здоровьем им удобнее обратиться в медицинский кабинет колледжа, нежели к участковому врачу [141].

Управление потоками пациентов при оказании ПМСП является одним из факторов обеспечения преемственности между уровнями МП. Согласно данным А.Ю. Апресяна, исследование, проведенное в 2020 году в двух многопрофильных стационарах города Санкт-Петербурга, показало, что нарушение преемственности между амбулаторным и стационарным этапами приводило к увеличению сроков ожидания плановой госпитализации, отсутствию рекомендаций по дальнейшему лечению и динамическому наблюдению в амбулаторных условиях после выписки, что в конечном итоге снижало качество МП [7].

Проблемы, связанные с управлением потоками пациентов на уровне ПМСП, отмечают и авторы исследования, проведенного в Центре ортопедии и травматологии г. Эдмонта (Альберта, Канада, 2022). В ходе этого исследования выявлено, что отсутствие системы сортировки при отборе пациентов с остеоартритом на плановую госпитализацию приводит к длительному ожиданию специализированной МП [192].

Анализ результатов исследования роли структур ПМСП в координации процессов оказания МП, проведенного в Бразилии, показал, что более половины опрошенных пациентов выбирали обращения в службы неотложной МП или в учреждения регионального уровня, а не в специально организованные Центры семейного здоровья для первичного контакта с системой здравоохранения [150].

Среди причин, обуславливающих выбор пациентов, авторы выделили недостаточную готовность Центров семейного здоровья удовлетворять потребности населения в медицинских услугах вследствие дефицита кадровых и материальных ресурсов. Второй значимой причиной, препятствующей обращению

пациентов в Центры семейного здоровья, респонденты называли низкое качество сервисного обслуживания, проявляющееся в неудовлетворительном функционировании регистратуры и длительном ожидании приема врача, которое превышало 15 дней [150].

Согласно мнению L. Jungholm et al., недостаточная координация между участниками лечебно-диагностического процесса и нарушение преемственности на различных уровнях МП уменьшают доступность помощи для пациентов, требующих множественных комплексных медицинских вмешательств. Авторы подчеркивают, что для пациентов наиболее важной является преемственность, связанная с непрерывным взаимодействием врача и пациента в ходе длительного медицинского наблюдения [194].

Существующие структурные проблемы в организации ПМСП, такие как фрагментация МП, отсутствие координации между субъектами и этапами процесса оказания МП, приводят к более нежелательным последствиям, включая ухудшение клинических результатов здоровья пациентов в связи со снижением качества и доступности МП из-за дублирования или чрезмерного использования диагностических исследований, опасной полипрагмазии и противоречивых планов лечения [96; 145; 150; 164].

Еще одним фактором, влияющим на доступность МП, является информационная преемственность. Отсутствие единой информационной системы и ограничение доступа к информации о пациенте не позволяют в полной мере обеспечить принципы преемственности и комплексного подхода при оказании МП [18; 19; 38; 107; 147; 177; 181].

Анализируя подходы к пониманию сути категории и к классификации видов доступности МП, условно можно выделить пространственный и организационный компоненты, составляющие данное понятие. Пространственный аспект определяется влиянием сложно управляемых факторов, таких как климатогеографические условия, характер расселения жителей, плотность населения, состояние инфраструктуры территории. Организационный компонент доступности МП определяется подходами к управлению системой

здравоохранения, включая планирование и использование ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных); формирование моделей оказания МП, адаптированных к пространственным параметрам субъекта; развитие новых форм оказания МП для обеспечения равного доступа к услугам здравоохранения для всех категорий населения. Важно отметить, что организационное (управленческое) воздействие может усилить или ослабить негативное влияние пространственных факторов на доступность МП.

Принципы организации качественной и доступной первичной медико-санитарной помощи

Вопросы повышения доступности ПМСП широко обсуждаются отечественными и зарубежными экспертами как в сфере здравоохранения, так и в смежных отраслях. Инициативы и стратегии по совершенствованию ПМСП разрабатываются как на уровне международных сообществ и национальных систем здравоохранения, так и на региональном и локальном уровнях [9; 57; 66; 129–131; 144; 169; 173; 180; 184].

В 2015 году в результате сотрудничества Bill & Melinda Gates Foundation, Группы Всемирного банка, Всемирной организации здравоохранения в сотрудничестве с Ariadne Labs and Results for Development (лаборатория «Ариадна» и «Результаты для развития») была запущена Инициатива по повышению эффективности ПМСП [187]. Центральное место в данной концепции занимали 4С-принципа: доступность для первого обращения (1С-first-contact accessibility), преемственность (2С-continuity), комплексность (3С-comprehensiveness) и координация (4С-coordination) [181; 187].

По мнению A. Bitton et al. [187], несмотря на десятилетия инвестиций в инфраструктурные элементы, не удалось в полной мере обеспечить соответствие системы оказания МП принципам ПМСП. В качестве решения авторы предложили концепцию «5S-5M-5C», которая описывает основные инструменты преобразования ключевых ресурсов здравоохранения в эффективную систему оказания ПМСП. Предыдущую модель (4С-4S) исследователи расширили, включив

дополнительные компоненты: наблюдение (5S-surveillance) и пациентоцентричность (5C-person-centred).

В соответствии с данной концепцией, связующим звеном между инфраструктурными элементами и принципами ПМСП выступают методы управления медицинскими процессами, обозначенные как «5М»: мультидисциплинарные команды (1М – multidisciplinary teams), мотивация (2М – motivation), измерение (оценка) показателей здоровья (3М – measurement), регулярный мониторинг и анализ показателей здоровья (4М – monitoring), а также управление системой здравоохранения и популяциями в целом (5М – facility and population health management).

Модель представляет собой структурированный подход к повышению эффективности системы оказания ПМСП посредством преобразования ресурсов системы здравоохранения в качественные результаты (доступность, преемственность, пациентоцентричность) с помощью соответствующих методов и средств – мультидисциплинарные команды, мотивация, оценка и мониторинг (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Концепция эффективной ПМСП по А. Bitton et al. [187]

Отдельно в литературе поднимаются проблемы организации МП в странах с низким и средним уровнем дохода, где ПМСП остается недофинансированной областью и слабо интегрирована со смежными сферами государственного сектора. Отмечается, что исторически системы здравоохранения не были спроектированы или обеспечены ресурсами для надежного выполнения основных функций ПМСП. Часто системы здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, могут обеспечить преимущественно спонтанный спрос на медицинские услуги, предоставляя эпизодическую МП, как правило, неотложную, в учреждениях различных форм и уровней в зависимости от состояния пациента [153; 156].

По оценке авторов исследования, проведенного в 2019 году в США, такое оказание помощи становится все более «неадекватным и устаревшим» по мере роста бремени ХНИЗ, включая психические и поведенческие расстройства [153]. В этом контексте для достижения целей в области устойчивого развития и всеобщего охвата услугами здравоохранения важное значение будет иметь фокус на обеспечение взаимодействия и преемственности при оказании МП.

Взаимодействие выступает как процесс коммуникации, интеграции, взаимообусловленных действий между структурными элементами системы здравоохранения, а преемственность рассматривается как логическая последовательность этапов лечебно-диагностического процесса, комплексность и непрерывность медицинского наблюдения [16; 89; 90; 96].

В Российской Федерации обеспечение преемственности оказания МП на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из медицинской организации, передаче дежурства и иных обстоятельствах) является одним из показателей качества и безопасности медицинской деятельности и обеспечивается организацией взаимодействия между МО и структурными подразделениями (Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н).

В зарубежной литературе выделяют три компонента преемственности в организации МП. Первый компонент – реляционный или терапевтический, который характеризуется длительными межличностными отношениями между

пациентом и одним или несколькими врачами. Второй – информационный, проявляющийся в доступности для медицинских специалистов записей о состоянии здоровья пациента, анамнезе и истории заболеваний, что обеспечивает обоснованность врачебных решений. Третий компонент – преемственность управления, заключающаяся в последовательном и сбалансированном подходе к организации медицинского наблюдения. Это включает профилактические мероприятия как на уровне населения, так и отдельного пациента, а также динамическое наблюдение за течением заболевания [156; 157; 159; 164; 187; 192].

В течение 20 лет на основе данной концепции было проведено множество исследований в области организации доступной и качественной ПМСП, уточнены некоторые определения и разработаны количественные показатели, а также предложены новые подходы к пониманию преемственности и ее составляющих [174; 194].

Из трех типов преемственности наибольший отклик у пациентов вызывают устойчивые, лечебные (терапевтические) взаимоотношения между пациентами и медицинскими работниками, то есть медицинская преемственность [7; 13; 90; 104; 143; 147; 156; 184; 190]. В то же время обеспечение непрерывного медицинского наблюдения за одной группой пациентов может снизить доступность ПМСП для другой группы. Это обусловлено необходимостью медицинской бригады ограничить общее число пациентов под наблюдением [174].

В отечественной системе здравоохранения терапевтическая преемственность обеспечивается преимущественно через территориально-участковый принцип организации МП, методологические основы которого были заложены Н.А. Семашко в 1930-х годах XX века [45; 138]. Указанный принцип подразумевает закрепление определенного участка территории за врачом-терапевтом участковым для организации медицинского обслуживания населения и наблюдения пациента одним врачом относительно продолжительное время. Применение участкового характера нашло отражение в системе сначала советских, а затем и российских диспансеров, проводивших специализированное лечение пациентов, диспансерное наблюдение и профилактику заболеваний [139].

Терапевтическая непрерывность медицинского наблюдения имеет особое значение для пациентов с множественными хроническими заболеваниями, поскольку она способствует снижению частоты незапланированных госпитализаций, уменьшению риска прогрессирования этих заболеваний и развитию коморбидных состояний [7; 89; 90; 96; 157; 174; 181; 194]. Наблюдаются устойчивые связи между преемственностью и более высоким уровнем удовлетворенности пациентов и врачей, высокими показателями состояния здоровья и более низкой смертностью [157; 189].

Такое мнение справедливо как для зарубежного, так и для российского здравоохранения. Понимание этих противоречий и стремление к организации сбалансированной системы непрерывного медицинского наблюдения является стратегически целесообразным.

Информационная преемственность необходима как системам здравоохранения в целом, так и медицинским работникам для обеспечения безопасного и качественного медицинского наблюдения за пациентами в течение длительного времени [38; 107; 133; 147; 164; 177; 178]. В свою очередь для пациентов понимание того, что у медицинского специалиста, у которого они наблюдаются, есть доступ к медицинским сведениям, способствует возникновению чувства безопасности и доверия во взаимоотношениях с системой здравоохранения [178].

При исследовании мнения профессионального медицинского сообщества относительно влияния преемственности внутри и между организациями на обеспечение непрерывной и последовательной помощи пациентам с ХНИЗ, проведенном в Швеции, установлено, что пациенты выделяют ведение качественных медицинских записей как один из ключевых факторов, обеспечивающих прозрачность лечебно-диагностического процесса на различных уровнях медицинской помощи. Это особенно важно при изменении состояния здоровья пациентов [194].

Среди проблем обеспечения информационной преемственности многие авторы отмечают несовершенство медико-статистического учета, а также отсутствие единого ресурса с информацией о состоянии здоровья пациентов с возможностью доступа для ознакомления и внесения записей медицинскими работниками при оказании МП [38; 107]. Часто пациенты имеют несколько записей в разных МО, что приводит к еще большей фрагментации информационной преемственности [177].

В Российской Федерации обеспечение информационной преемственности является одним из приоритетных направлений национального проекта «Здравоохранение». В соответствии со стратегией цифровой трансформации здравоохранения (утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2021 г. № 3980-р), внедрение информационных технологий направлено на снижение нагрузки на медицинский персонал, обеспечение поддержки принятия врачебных решений, а также развитие системы маршрутизации и взаимодействия с пациентом на всех этапах предоставления МП [5].

Третий тип преемственности – управленческий – представляет собой последовательное и согласованное управление состоянием здоровья пациентов с учетом изменяющихся потребностей на протяжении всей жизни и на различных уровнях медицинского обслуживания [157; 174; 187]. Основными ограничениями для обеспечения данного типа преемственности в организации ПМСП являются дефицит медицинского персонала и фрагментарность систем маршрутизации пациентов. Эти обстоятельства требуют привлечения дополнительных ресурсов и перестройки системы с целью ее интеграции [88; 101; 112; 125; 134; 136; 161].

Особенно важна преемственность работы в многопрофильном лечебно-диагностическом процессе. Чем чаще прерывается процесс диагностики и лечения, тем менее эффективной и более напряженной становится работа врачей и менее предсказуемым результат лечения [7; 16; 49; 90]. Непрерывность лечебно-диагностического процесса является важным аспектом в повышении удовлетворенности медицинских специалистов и пациентов результатами лечения [157].

Подходы к повышению доступности и качества медицинской помощи

Анализ научных публикаций за 2017–2025 годы позволил определить основные подходы к повышению доступности МП, реализованные на уровне региона, муниципального образования или учреждения здравоохранения [14–16; 35; 38; 39; 57; 58; 63–69; 74; 88; 103; 106; 111; 113; 115–118; 120; 125; 128; 133; 147; 149; 165; 166; 171; 192]. Одним из примеров является внедрение проекта «Новая модель организации оказания медицинской помощи» (далее – Новая модель) в субъектах Российской Федерации в период 2019–2024 годов [1; 57; 58; 73; 102].

Внедрение данной инициативы направлено на сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в поликлиники, упрощение процедуры записи на прием к врачу и повышение доступности ПМСП для населения. Полученные данные свидетельствуют о росте доли МО, достигших целевых показателей по критериям Новой модели, которые включают качество управления потоками пациентов, организацию пространства, а также систему предварительной записи и приема пациентов в МО [1; 57; 58]. Результаты исследований, проведенных в отдельных субъектах Российской Федерации, подтверждают положительное влияние внедрения Новой модели на деятельность анализируемых МО [58].

Эффективность организационных решений во многом зависит от сложившихся подходов к их внедрению на всех уровнях управления. Показательным является пример реализации комплекса организационно-управленческих мероприятий в рамках федерального инцидента № 38 «Организация записи на прием к врачу».

В 2022 году в рамках федерального инцидента был инициирован пилотный проект по внедрению методических рекомендаций «Организация записи на прием к врачу, в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» [66]. Основанием для открытия федерального инцидента и проведения пилотного проекта послужила

необходимость обеспечения доступности записи на прием к врачам, как минимум, по 14 основным медицинским специальностям.

Ключевое решение пилотного проекта заключалось в повышении производительности лечебно-диагностических процессов за счет перераспределения нагрузки между медицинскими работниками с высшим и средним образованием и немедицинскими специалистами, а также оптимизации маршрутизации пациентов в зависимости от цели обращения [66]. Оценка эффективности внедрения организационных мероприятий выполнялась с использованием показателей, характеризующих доступность временных слотов в расписании приема врачей, количество пациентов, успешно записавшихся на прием, в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг, глубину очереди ожидания и уровень обратной связи с записавшимися пациентами [66].

Анализ практического опыта реализации пилотного проекта в субъектах Российской Федерации, проведенный Е.В. Каракулиной и соавт. [14] по данным анкетирования руководителей МО (469 МО из 49 субъектов Российской Федерации), показал, что наиболее распространены были следующие модели перераспределения нагрузки между категориями персонала и управления потоками пациентов:

- 1) возложение отдельных функций врача на фельдшера, акушера при неукomплектованности МО;
- 2) формирование комплексных мобильных медицинских бригад по определенному профилю оказания МП;
- 3) организация доврачебного приема пациентов, включая оказание неотложной МП с выполнением вызовов на дом, оформление медицинской документации пациенту (рецепты на льготные лекарственные препараты, листки нетрудоспособности и т. п.).

Авторы проведенного исследования обращают внимание на разноплановость применяемых технологий, что подтверждает перспективы развития данного направления в условиях кадрового дефицита и дисбаланса [14].

Однако учитывая, что ряд нормативно-правовых актов регламентирует расширение зоны ответственности среднего медицинского персонала и перераспределение функционала без подробного описания механизмов реализации, возникает необходимость разработки единых подходов к определению функций врачебного и среднего медицинского персонала, а также возможности их перераспределения, включая привлечение лиц без медицинского образования [14].

В зарубежной практике пример перераспределения функций представлен в исследовании S. Palani et al., проведенном в медицинских центрах Министерства по делам ветеранов США [165]. Решение заключалось в передаче функций по внесению информации в медицинские документы от врача на медицинских регистраторов. Анализ результативности данного организационного изменения показал, что перераспределение административных обязанностей увеличило количество посещений на 8,5 дня в смену ($p = 0,002$) и сократило время ожидания в отделениях ортопедических медицинских центров на 8,54 дня ($p < 0,001$) [165].

Перспективным направлением перераспределения нагрузки являются технологии искусственного интеллекта. Автоматизация функций по сбору и обработке анамнеза пациентов, обратившихся на амбулаторный прием, может сократить затраты времени врачей на опрос пациентов и работу с документами [171; 191].

Y. Harada et al. провели эксперимент по внедрению автоматизированной электронной системы сбора анамнеза «AI Monshin» с целью автоматизации заполнения пациентами анкет и последующей обработки данных для формирования резюме по собранному анамнезу [171]. По результатам исследования установлено, что время ожидания приема врача после внедрения «AI Monshin» статистически не отличается от времени ожидания до проведения эксперимента: до внедрения – 74,3 мин., после – 74,4 мин. Использование автоматизированной системы сбора анамнеза на основе ИИ не способствовало сокращению времени ожидания пациентов. Однако, по мнению авторов исследования, данный сервис улучшил качество МП за счет оптимизации распределения обязанностей среди персонала [171].

В 2022 году были опубликованы данные исследования аналогичной системы, выполненного учеными из Китайской Народной Республики [191]. В ходе исследования для проведения опроса пациентов и выработки рекомендаций по необходимым диагностическим тестам перед посещением врача применялась система «Smart-doctor». Результаты показали, что использование искусственного интеллекта для оптимизации процедуры амбулаторного приема позволило сократить время ожидания пациентов с 21,81 [6,66; 73,10] до 8,78 [3,97; 33,88] минут ($p < 0,01$) и повысить удовлетворенность пациентов МП на 17,53% – с 3,7 до 4,3 баллов ($p < 0,001$) [191].

В числе широко применяемых организационных технологий совершенствования процессов выделяется методология бережливого производства [25]. В Томской области в 2018–2019 годах реализован региональный проект «Внедрение Стандарта организации медицинской помощи в амбулаторных условиях на территории Томской области» (далее – Стандарт) с целью повышения доступности МП населению в амбулаторных условиях (Томская область начинает внедрять стандарт организации амбулаторной помощи // Официальный интернет-портал Администрации Томской области : офиц. сайт. 2025. 16 янв. URL: <https://tomsk.gov.ru/news/front/view?id=36847> (дата обращения: 25.10.2025). Ключевые положения Стандарта разработаны с использованием методов бережливого производства и направлены на стандартизацию процессов управления потоками пациентов и маршрутизации, коммуникации персонала с пациентами, а также организации работы регистратур МО [103].

Результаты исследования, опубликованные И.А. Деевым с соавт., показали положительную динамику по большинству индикаторов в 2019 году относительно 2018 года [103]. Так, доля пациентов, которым не был назначен повторный прием лечащего врача, снизилась на 34,9% ($p < 0,05$) в 27 из 32 МО. Количество пациентов, записанных на плановую консультацию к врачу-специалисту, выросло на 6,1% ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют об улучшении преемственности между этапами лечебно-диагностического процесса. Кроме того, существенно сократилась длительность ожидания в регистратуре: интервал от

получения талона в инфомате до приема пациента уменьшился на 12,93% ($p < 0,05$). Наиболее значимым эффектом внедрения Стандарта, отмечают авторы, стало увеличение охвата населения диспансеризацией (на 14,72% в 2019 году по сравнению с 2018 годом ($p < 0,05$)) и диспансерным наблюдением (на 15,65% в 2019 году относительно 2018 года). И.А. Деев с соавт. делают вывод, что метод стандартизации является эффективным инструментом повышения доступности МП. Вместе с тем успешность организационных изменений на региональном уровне зависит от системного управленческого воздействия [103].

Еще одним примером использования методологии бережливого производства является опыт совершенствования процессов в стоматологических поликлиниках г. Санкт-Петербурга, который описал В.А. Затулкин [35]. Основанием для внедрения новых организационных технологий стала необходимость улучшения доступности и качества МП в условиях кадрового дефицита и недоукомплектованности материально-технической базы МО. Выполнены основные мероприятия по управлению потоками пациентов, включая введение должности администратора холла и установку навигационных указателей. Также проведена оптимизация организации пространства и стандартизация рабочих процессов. Данные опроса пациентов и хронометражных наблюдений, проведенных для оценки результативности изменений, показали снижение временных затрат пациентов в регистратуре на 12–16 минут по сравнению с исходным значением и увеличение числа пациентов, удовлетворенных организацией МП, на 33,0% [35].

По направлению снижения территориального неравенства в доступе к МП для сельского населения широко распространенной практикой являются выездные формы работы с применением мобильных медицинских бригад и передвижных медицинских комплексов [13; 74; 92; 106; 111].

В Республике Саха (Якутия) реализуется проект «Республиканский центр мобильных бригад», разработанный с целью повышения доступности ПМСП для населения отдаленных и труднодоступных районов, включая жителей Арктической зоны региона [74]. В 2024 году на территории субъекта функционировали 10

мобильных медицинских бригад (многопрофильных и специализированных), в состав которых входили 267 врачей по 14 специальностям. Задачи мобильных медицинских бригад заключались в оценке здоровья населения, проведении ранней диагностики ХНИЗ, выявлении пациентов, нуждающихся в специализированной и высокотехнологичной МП и организации диспансерного наблюдения с применением телемедицинских технологий [74].

Л.Н. Архипова с соавт. отмечает высокую результативность проведенной работы [74]. За период реализации проекта МП охвачено население 45% труднодоступных населенных пунктов (62 тыс. пациентов). В 2024 году обследовано более 35 тыс. пациентов, выявлено более 77 тыс. случаев заболеваний, из них 11% – впервые выявленные. Население Арктической зоны региона положительно оценило инициативу: «уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи в Арктической зоне составил 63,6%, что выше среднереспубликанского уровня» [74].

Важным условием развития выездной формы оказания МП является рациональное планирование и использование ресурсов передвижных подразделений как на уровне региона, так и в МО [13; 65; 92; 111; 112]. В исследовании Л.В. Руголь с соавт. представлены данные, свидетельствующие о разном уровне обеспеченности субъектов Российской Федерации передвижными медицинскими комплексами. По мнению авторов, это обусловлено отсутствием нормативного регулирования и контроля со стороны региональных органов управления здравоохранением в части оснащения и распределения средств для выездных подразделений. Кроме того, различные подходы к планированию объемов оказания МП в выездной форме, нормированию нагрузки на мобильные медицинские бригады приводят к неполному отражению параметров эффективности работы в формах федерального статистического наблюдения [111].

Данные исследований по вопросам использования передвижных подразделений в субъектах Российской Федерации позволяют сделать вывод о наличии резервов для повышения эффективности выездной формы оказания МП в плановой форме.

Например, анализ деятельности передвижных подразделений Волгоградской области в 2018–2022 годах показал, что рост показателя в 3,8 раза за указанный период произошел преимущественно за счет увеличения нагрузки на передвижные медицинские комплексы в городской местности в условиях небольших расстояний и компактного проживания городского населения на данной территории [92]. Ю.С. Левахина с соавт. считает, что данный факт свидетельствует о резервах использования данных технологий для сельских жителей [92].

О.В. Ходакова с соавт. отмечает перспективность выездной формы работы для повышения доступности МП для жителей сельских, малонаселенных и труднодоступных территорий, а также на предприятиях и в учебных заведениях при проведении профилактических медицинских мероприятий [13].

В качестве примера выездной формы работы из зарубежной практики можно привести опыт внедрения интегрированной программы оказания ПМСП на дому мультидисциплинарными медицинскими бригадами [148]. В рамках ретроспективного когортного исследования выполнен сравнительный анализ эффективности интегрированной программы оказания ПМСП на дому и программы домашнего ухода в сочетании со стандартной МП. Оценка проводилась на основании данных о числе обращений пациентов старше 65 лет (245 человек) в МО в течение 21 месяца наблюдения. Как показано в результатах исследований, после включения в интегрированную программу ПМСП на дому число посещений в отделение неотложной МП и число госпитализаций стабилизировалось, в то время как в группе пациентов, получавших домашний уход, частота посещений отделений неотложной МП и госпитализаций продолжала расти [148].

В другом исследовании, реализованном в Китайской Народной Республике [160], для улучшения координации МП в пилотных провинциях была интегрирована единая система взаимодействия, объединяющая учреждения здравоохранения различных уровней и специализаций.

Предпосылками стало увеличение затрат на здравоохранение в результате роста распространенности ХНИЗ, связанных со старением населения, которое

усугублялось высоким уровнем фрагментации системы МП, характерной для системы здравоохранения в Китайской Народной Республике.

Оценка эффективности внедрения системного решения проводилась по трем показателям: индексу разрыва (перерывы или пробелы в диагностике и лечении), индексу дублирования медицинских услуг и индексу избыточного назначения (предоставления) медицинских услуг. Анализ выполнялся на примере двух групп МО (29 учреждений): первая группа включала МО, интегрированные в единую систему взаимодействия; вторая – МО, продолжающие работу в традиционной трехуровневой системе. Полученные данные не выявили статистически значимых различий в динамике указанных индексов между провинциями. На основе этого авторы сделали вывод о том, что для повышения качества МП, кроме организационной интеграции, необходимо обеспечить координацию и взаимодействие на всех уровнях системы здравоохранения [160].

Ввиду широкого распространения экспертного мнения о значительном влиянии кадрового дефицита и недостаточной укомплектованности материально-технической базы МО на снижение доступности МП, представляется целесообразным рассмотреть подход к управлению ресурсами, предложенный С.С. Будариним с соавт. [52]. Авторы описали опыт внедрения Стандарта качества использования ресурсов (СКУР: Стандарт качества управления ресурсами // НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента : офиц. сайт. URL: <https://niioz.ru/projects/skur-standart-kachestva-upravleniya-resursami/> (дата обращения 17.10.2025) в 9 городских поликлиниках г. Москвы, оказывающих МП взрослому населению. Исследование взаимосвязи показателей Стандарта качества использования ресурсов и показателей, оценивающих доступность МП, выявило прямую зависимость доступности МП от качества управления ресурсами [52].

О необходимости оценки рисков при изменении подходов к управлению ресурсами и планированию объемов МП свидетельствуют результаты исследования, опубликованные Garcia F.L. et al. в 2022 году [170].

В 2018 году в г. Рио-де-Жанейро (Бразилия) была проведена реформа системы оказания ПМСП с целью повышения ее доступности при сокращении

расходов на здравоохранение. В ходе реформирования был осуществлен переход от модели семейной медицины к традиционной модели ПМСП. Отличие между этими моделями состояло в численности обслуживаемого населения на одну бригаду (до 4,5 тыс. пациентов в модели семейной медицины и до 16,0 тыс. пациентов в традиционной модели) и в составе медицинских бригад. В 2022 году Garcia F.L. et. al. оценили результаты реформы по показателям, отражающим доступность ПМСП. Анализ показал снижение среднегодового числа медицинских бригад в 2020 году по сравнению с 2017 годом на 33,1% ($p < 0,05$). Одновременно уменьшился охват населения ПМСП с 62,6% в 2017 году до 40,5% в 2020 году [170].

Результаты анализа научной литературы продемонстрировали многообразие подходов к организации медицинской деятельности, что требует продолжения поиска высокоэффективных решений, направленных на повышение доступности МП, соответствующих особенностям отдельных регионов страны.

1.2. Государственное регулирование координации и преемственности при оказании медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации

Система здравоохранения Российской Федерации обладает развитой законодательной базой, регулирующей вопросы обеспечения доступности и качества МП для населения. Охрана здоровья населения и оказание МП гарантируются Конституцией Российской Федерации, которая закрепляет совместную ответственность Российской Федерации и субъектов Российской Федерации за вопросы, связанные с здравоохранением. В соответствии со статьей 79 Конституции РФ, вопросы координации и обеспечения доступности и качества МП находятся в совместном ведении указанных уровней власти [46].

Основным нормативным актом, регулирующим отношения в сфере здравоохранения в Российской Федерации, является Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ [137]. Данный закон устанавливает правовые основы и ключевые параметры доступности и качества МП, а именно:

- 1) организацию оказания МП по принципу приближенности к месту жительства, работы или обучения пациента;
- 2) обеспечение достаточного количества медицинских работников с соответствующим уровнем квалификации;
- 3) предоставление возможности выбора МО и врача в соответствии с требованиями федерального законодательства;
- 4) применение утвержденных порядков и стандартов оказания МП;
- 5) предоставление МО гарантированного объема МП в рамках программы государственных гарантий;
- 6) планирование и размещение МО государственной и муниципальной систем здравоохранения с учетом потребностей населения;
- 7) обеспечение транспортной доступности МО для всех категорий населения;
- 8) оснащение медицинских работников средствами связи и транспортными средствами для перевозки пациентов в ближайшую МО в случаях, угрожающих жизни и здоровью;
- 9) оснащение МО оборудованием, учитывающим особые потребности инвалидов и иных лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- 10) внедрение и использование телемедицинских технологий.

С целью реализации конституционного права граждан на получение бесплатной МП, закрепленного в статье 41 Конституции Российской Федерации, в Российской Федерации действует система обязательного медицинского страхования (ОМС), которая является формой социальной защиты населения в области охраны здоровья [136]. Базовый объем МП, предоставляемой в рамках ОМС, включен в программу государственных гарантий бесплатного оказания МП гражданам (ПГГ), ежегодно утверждаемую Правительством Российской Федерации.

Согласно программе государственных гарантий, гражданам Российской Федерации предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- 1) ПМСП, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;

- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, МП;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная МП.

Показатели доступности и качества МП ежегодно утверждаются в рамках программ государственных гарантий Российской Федерации и ТПГГ субъектов Российской Федерации. При формировании вышеуказанных программ учитываются сбалансированность требуемых объемов МП для населения и возможностей государственной системы здравоохранения; наличие медицинских кадров и уровень их квалификации; доступность необходимых медицинских технологий на конкретных территориях; климатические и географические особенности региона, а также транспортная доступность МО [77–79].

В течение последнего десятилетия ключевым преобразованием системы организации оказания МП стало внедрение трехуровневой модели в 2012 году в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 года № 2511-р [95]. Программа содержала методологические подходы для поэтапного перехода на трехуровневую систему оказания МП в субъектах Российской Федерации [26; 95].

Ранее система оказания МП предусматривала два уровня взаимодействия: поликлинический и стационарный. Поступление пациентов на каждый из уровней и их маршрутизация осуществлялись в порядке самообращения пациентов или посредством службы скорой медицинской помощи [37].

Переход к трехуровневой системе был вызван следующими основными факторами:

- 1) тенденциями территориального планирования, направленными на обеспечение доступности объектов ПМСП, с учетом состояния транспортной инфраструктуры, географического положения и численности населения населенного пункта;
- 2) необходимостью рационального распределения и оптимизации маршрутизации пациентов в МО с учетом потребности в различных видах МП;

3) развитием новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения, что обусловило необходимость оптимального размещения оборудования и медицинских кадров в соответствии с реальной потребностью населения;

4) низким уровнем удовлетворенности населения работой системы здравоохранения.

Таким образом, начиная с 2013 года, МП населению Российской Федерации организована преимущественно по трехуровневой модели [95].

Первый уровень включает поликлинические отделения городских, районных и центральных районных больниц, а также городские поликлиники. МО первого уровня предоставляют ПМСП, предусматривающую комплекс мероприятий по первичной профилактике, диагностике и лечению заболеваний и патологических состояний без применения сложных и ресурсоемких методов.

Второй уровень – МО (городские и районные больницы), включающие в структуру специализированные межмуниципальные отделения и/или межмуниципальные центры (сосудистые, травматологические и другие), а также диспансеры и многопрофильные городские больницы. МО второго уровня оказывают преимущественно специализированную МП, не используя высокотехнологичные виды и методы диагностики и лечения.

Третий уровень – региональные МО, многопрофильные клинические больницы, которые оказывают специализированную МП, включая высокотехнологичную МП в условиях стационара и дневного стационара при стационаре.

Модель представляет собой вертикально интегрированную систему: региональный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения отвечает за определение видов и объемов МП на каждом уровне, маршрутизацию пациентов, а также координацию деятельности МО на различных уровнях [109].

Для обеспечения преемственности, доступности и качества МП, а также для эффективной реализации ТПГГ субъектам Российской Федерации рекомендовано сформировать и развивать трехуровневую систему оказания МП гражданам. При этом необходимо учитывать региональные особенности размещения населения,

такие как соотношение городского и сельского населения, плотность расселения, а также расстояние между малыми и крупными населенными пунктами [95].

Требования к размещению МО государственной и муниципальной систем установлены Приказом Министерства здравоохранения России от 27 февраля 2016 года № 132н [83]. Эти требования основаны на показателях численности населения и могут корректироваться с учетом транспортной доступности, климатических и географических условий, уровня и структуры заболеваемости населения субъектов Российской Федерации, особенностей половозрастного состава населения, а также возможности соблюдения нормативов оказания МП и плановой мощности МО.

Низкая плотность населения, типичная для большинства регионов СФО и Дальнего Востока, влияет на обоснованность размещения многопрофильных МО в пределах зоны оптимальной доступности для каждого жителя. Это объясняется тем, что климато-географические особенности и недостаточная развитость инфраструктуры в удаленных от региональных центров территориях снижают привлекательность сельских районов и малых городов для высококвалифицированных медицинских специалистов [23; 40; 75; 80; 142].

Указанные факторы подчеркивают важность управления потоками пациентов на уровне оказания ПМСП, включая формирование оптимальной маршрутизации пациентов по уровням оказания МП и развитие выездных форм оказания МП [9; 65; 112; 122]. Преемственность на различных этапах оказания МП пациентам обеспечивается координацией деятельности специалистов и МО. Данный процесс регулируется требованиями федерального и регионального законодательства в сфере здравоохранения, включая положения программы государственных гарантий.

Резюме

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы продемонстрировал важное значение обеспечения доступности медицинской помощи в достижении национальной цели развития Российской Федерации по

сохранению и укреплению здоровья населения. В многочисленных исследованиях ведущих российских экспертов поднимаются вопросы инфраструктурных и географических ограничений, снижающих доступность медицинской помощи. Важно отметить, что специфичность их проявления во многом зависит от условий организации медицинской деятельности. Так, негативное влияние неблагоприятных территориальных факторов усиливают сложные схемы маршрутизации пациентов; кадровый дефицит и недостаточная ресурсная обеспеченность усугубляются неоптимальным управлением ресурсами, организация оказания МП в плановой форме – отсутствием координации и преемственности как между структурными подразделениями внутри МО, так и между МО различного уровня.

Сохраняющиеся проблемы и тенденции в системе оказания ПМСП требуют продолжения поиска новых подходов к повышению доступности МП с последующей разработкой комплекса мероприятий, направленных на совершенствование межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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).

2.1. Характеристика территории и базы исследования

2.1.1. Система организации здравоохранения в Томской области

Томская область является субъектом Российской Федерации и входит в состав СФО. Территория региона расположена преимущественно на юго-востоке Западно-Сибирской равнины. Общая площадь составляет 314,4 тыс. км², протяженность области с севера на юг – около 600 км, с запада на восток – 780 км. На западе регион граничит с Тюменской и Омской областями, на северо-западе с Ханты-Мансийским автономным округом – Югрой, на востоке – с Красноярским краем, на юге – с Новосибирской и Кемеровской областями. Административный центр региона расположен в г. Томске. В состав Томской области входит 20 муниципальных образований. Плотность населения составляет 3,4 жителя на 1 км² (Таблица 1). В период проведения исследования в Томской области проживало 1077,4 тыс. человек, из них городское население составляло 72,5% от общей численности области, сельское – 27,5% [97].

Таблица 1 – Характеристика Томской области по территориальному делению и численности населения в 2019 году

Муниципальное образование	Площадь, тыс. км ²	Численность населения, человек	Число жителей на 1 км ²
Александровский	30,0	7921	0,3
Асиновский	5,9	33267	5,6

Продолжение Таблицы 1

Муниципальное образование	Площадь, тыс. км ²	Численность населения, человек	Число жителей на 1 км ²
Бакcharский	24,7	11645	0,5
Верхнекетский	43,3	15771	0,4
Зырянский	4,0	11416	2,9
Каргасокский	86,9	18906	0,2
Кожевниковский	3,9	20268	5,2
Колпашевский	17,1	38254	2,2
Кривошеинский	4,4	11861	2,7
Молчановский	6,4	12133	1,9
Парабельский	35,0	12234	0,3
Первомайский	15,6	16476	1,1
Тегульдетский	12,3	5991	0,5
Томский	10,0	76872	7,7
Чаинский	7,2	11475	1,6
Шегарский	5,0	18884	3,8
г. Томск	0,3	596446	2150,0
г. Кедровый	1,7	3079	1,8
г. Стрежевой	0,2	41230	193,6
ЗАТО г. Северск	0,5	113313	233,3
Томская область	314,4	1077442	3,4

Система здравоохранения включала 72 государственные МО, в том числе 3 федеральных, 69 подчиненных субъектам Российской Федерации и 1 ведомственную МО. В 2020 году количество МО сократилось за счет реорганизации трех учреждений здравоохранения, подчиненных субъектам Российской Федерации. С 2020 по 2022 год существенных изменений в сети МО не происходило. В качестве базы для проведения исследования была определена 31 МО, подведомственная Департаменту здравоохранения Томской области (ДЗТО), оказывающая ПМСП взрослому населению в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу.

Перечень МО, включенных в базу для проведения исследования:

- 1) ОГАУЗ «Поликлиника № 1»;
- 2) ОГАУЗ «Поликлиника № 3»;

- 3) ОГАУЗ «Поликлиника № 4»;
- 4) ОГАУЗ «Медико-санитарная часть «Строитель»»;
- 5) ОГАУЗ «Поликлиника № 8»;
- 6) ОГАУЗ «Поликлиника № 10»;
- 7) ОГАУЗ «Больница № 2»;
- 8) ОГАУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. Б.И. Альперовича»;
- 9) ОГБУЗ «Медико-санитарная часть № 1»;
- 10) ОГБУЗ «Медико-санитарная часть № 2»;
- 11) ОГАУЗ «Межвузовская поликлиника»;
- 12) ОГАУЗ «Томская районная больница»;
- 13) ОГБУЗ «Лоскутовская районная поликлиника»;
- 14) ОГАУЗ «Светленская районная больница»;
- 15) ОГБУЗ «Асиновская районная больница»;
- 16) ОГАУЗ «Александровская районная больница»;
- 17) ОГБУЗ «Бакчарская районная больница»;
- 18) ОГБУЗ «Верхнекетская районная больница»;
- 19) ОГБУЗ «Зырянская районная больница»;
- 20) ОГБУЗ «Каргасокская районная больница»;
- 21) ОГАУЗ «Кожевниковская районная больница»;
- 22) ОГБУЗ «Колпашевская районная больница»;
- 23) ОГАУЗ «Кривошеинская районная больница»;
- 24) ОГБУЗ «Молчановская районная больница»;
- 25) ОГБУЗ «Парабельская районная больница»;
- 26) ОГБУЗ «Первомайская районная больница»;
- 27) ОГБУЗ «Тегульдетская районная больница»;
- 28) ОГБУЗ «Чаинская районная больница»;
- 29) ОГБУЗ «Шегарская районная больница»;
- 30) ОГАУЗ «Стрежевская городская больница»;
- 31) ОГБУЗ «Моряковская участковая больница».

Все МО включены в единую региональную МИС ТО, разработанную АО «БАРС Групп», которая занесена в реестр российского программного обеспечения и соответствует требованиям нормативных правовых актов Минздрава Российской Федерации (БАРС.Здравоохранение – МИС 2.0 // Барс.Групп : сайт. <https://bars.group/directions/meditsinskaya-informatsionnaya-sistema2/> (дата обращения: 25.10.2025).

В системе настроены модули для цифровизации основных процессов в МО, обмена данными между участниками региональной государственной системы здравоохранения и централизованного сбора показателей со всей сети с целью мониторинга и принятия управленческих решений.

2.2.2. Характеристика медико-демографических показателей Томской области

На протяжении последних пяти лет в Томской области продолжается снижение численности населения, что в целом соотносится с демографической ситуацией в СФО и Российской Федерации (Рисунок 2).

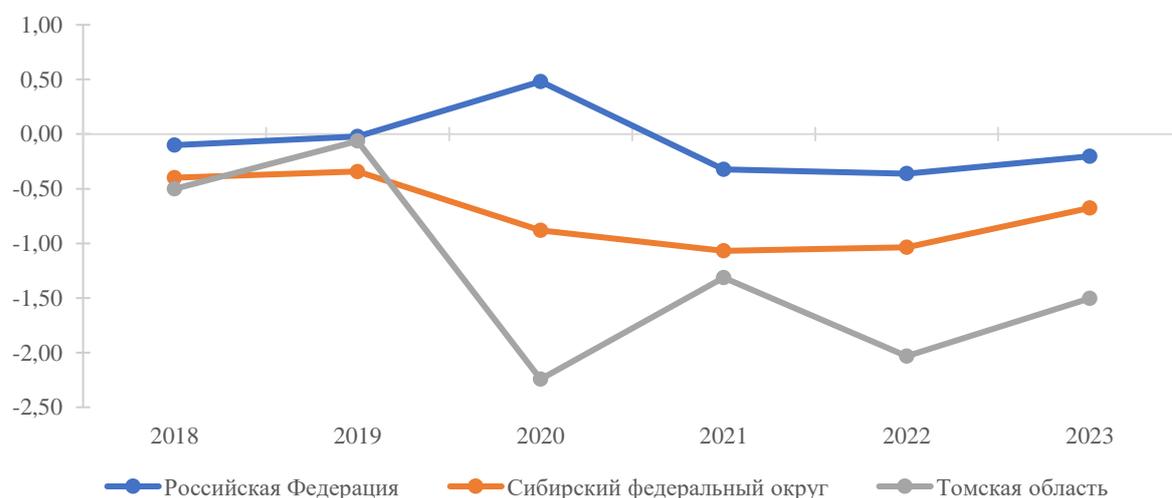


Рисунок 2 - Динамика показателей ежегодного прироста (убыли) населения Российской Федерации, СФО и Томской области за 2018–2023 годы (прирост (убыль) за год, %)

После прироста численности населения в 2019 году (0,28%) в Томской области наблюдается волнообразная динамика показателя с тенденцией к снижению.

Негативные демографические явления (снижение рождаемости на фоне повышения смертности), наблюдавшиеся в предыдущие периоды, предопределили отрицательную динамику естественного движения населения, начиная с 2018 года (Рисунок 3).

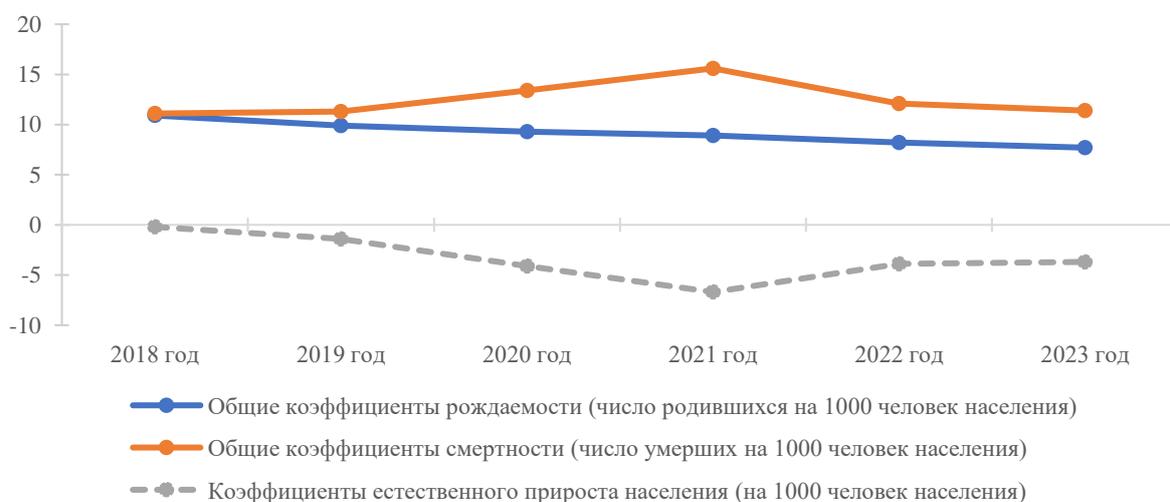


Рисунок 3 - Показатели естественного движения населения ТО в динамике за 2018–2023 годы (на 1 000 человек населения)

Значительный вклад в численность населения вносит миграционный процесс. По итогам 2023 года коэффициент миграционной убыли в Томской области составил -46,4 на 10 000 населения, в 2022 году миграционная убыль составляла -62,0 на 10 000 населения. Следует отметить, что среди регионов СФО устойчивый миграционный прирост наблюдается только в Красноярском крае и Новосибирской области.

В разрезе муниципальных образований Томской области демографическая ситуация также характеризуется негативной тенденцией (Таблица 2). Естественный прирост населения в течение периода наблюдений сохранялся только в Томском районе, за исключением 2021 года, когда показатель смертности превысил показатель рождаемости на 0,6 промилле.

Максимальные демографические потери за последние несколько лет наблюдаются в Шегарском, Молчановском, Кривошеинском, Колпашевском районах и г. Северске. Продолжающаяся естественная убыль населения вызвана высоким темпом снижения рождаемости и ростом уровня смертности.

Таблица 2 – Коэффициенты естественного прироста населения в динамике за 2018–2023 годы

Наименование муниципального образования	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Шегарский район	-9,2	-12,4	-14,2	-14,4	-10,1	-11,06
Александровский район	-2,4	-3,9	-6,1	-9	-6,5	-8,93
Кривошеинский район	-4,7	-6,9	-5,9	-12	-6,1	-8,44
Колпашевский район	-1,3	-5,5	-7,1	-10,3	-9,6	-7,89
Молчановский район	-4,1	-4,8	-6,8	-11,3	-8,9	-7,8
Зырянский район	-3	-3,4	-4,9	-13	-9,8	-7,59
Чаинский район	-1,1	-4	-3,8	-3,5	-5,3	-7,45
Тегульдетский район	-2,2	-3,2	-6,1	-8,3	-3,6	-6,06
Асиновский район	-4,5	-5,3	-7,2	-9,9	-6,7	-6,03
г. Северск	-3,1	-4,2	-8,7	-11,4	-6,8	-5,93
Первомайский район	-1,5	-2,1	-5,1	-10,2	-6,1	-4,9
Кожевниковский район	0,4	-2,3	-6,8	-9,5	-5,9	-4,48
Бакчарский район	-1,8	-0,8	-4	-9,9	-6,7	-4,36
Каргасокский район	-2,2	-1,9	-1,5	-8,2	-6,2	-4
г. Стрежевой	3,1	2	-1,1	-4,5	-2,1	-3,86
Верхнекетский район	-1,4	-3,9	-5,3	-10,1	-5,4	-3,43
г. Кедровый	-2,2	-2,9	-6,7	-3,6	-2,7	-3,04
Парабельский район	-1,5	1,9	-5,7	-6,3	-3,5	-2,88
г. Томск	1	-0,5	-3	-5,3	-2,6	-2,7
Томский район	1,8	2,3	0,8	-0,6	0,1	0,93
Томская область	-0,2	-1,4	-4,1	-6,6	-3,9	-3,62

Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении

Показатель ОПЖ в Томской области стабильно превышает средний показатель по СФО, однако остается ниже среднероссийского уровня (Рисунок 4). В 2019 году значение ОПЖ в Томской области составило 72,85 года; в Российской Федерации – 73,34 года. В СФО впервые было зафиксировано превышение отметки 70 лет.

В 2020–2021 годах на фоне неблагоприятных событий, связанных с пандемией COVID-19, отмечалось значительное снижение показателя ОПЖ как в Томской области, так и в Российской Федерации в целом. В 2022 году ситуация стабилизировалась, и уровень ОПЖ стал возвращаться к значениям 2019 года.

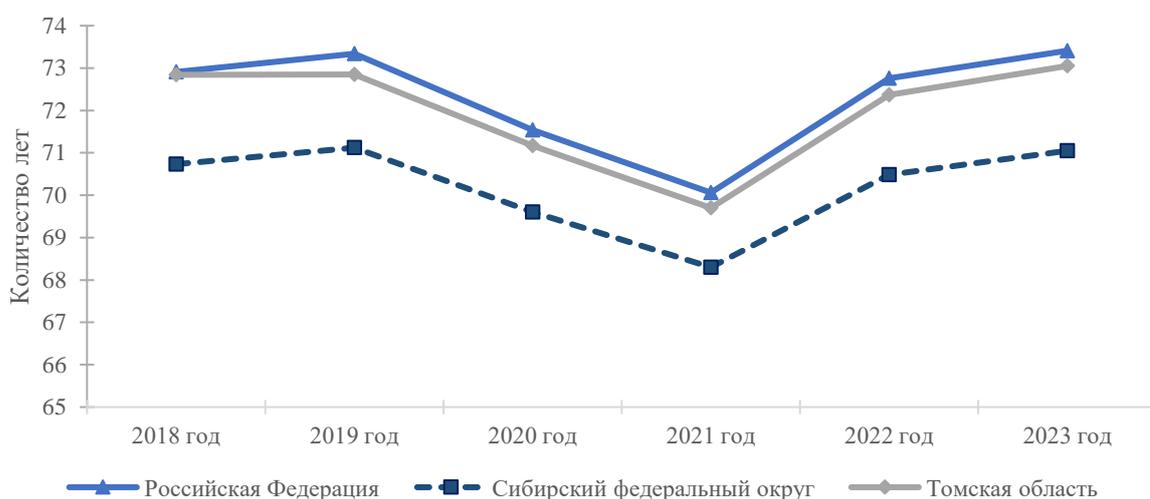


Рисунок 4 – Динамика показателей ОПЖ населения Томской области в сравнении с СФО и Российской Федерации (число лет) за 2018–2023 годы

По итогам 2023 года показатель ОПЖ на территории Томской области составил 73,05 года, что на 0,12 года выше показателя 2019 года (72,93 года) и на 0,72 года выше показателя 2022 года (72,33 года). Следует отметить, что достигнутый уровень был самым высоким за последние 30 лет.

Половозрастная структура населения

В период проведения исследования возрастная структура населения Томской области соответствовала стационарному типу: доля лиц моложе трудоспособного

возраста составляла 18,5–19,2%, трудоспособного возраста – 57,3–59,1% (628 тыс. человек), старше трудоспособного возраста – 22,4–23,6% (242 тыс. человек).

Выраженных изменений в возрастной структуре населения за этот период не выявлено (Рисунок 5). В 2021 году по сравнению с 2018 годом наблюдались незначительные сдвиги в сторону сокращения доли населения старше трудоспособного возраста (-1,8%) и младше трудоспособного возраста (-0,6%) при увеличении доли трудоспособного населения на 2,1%.

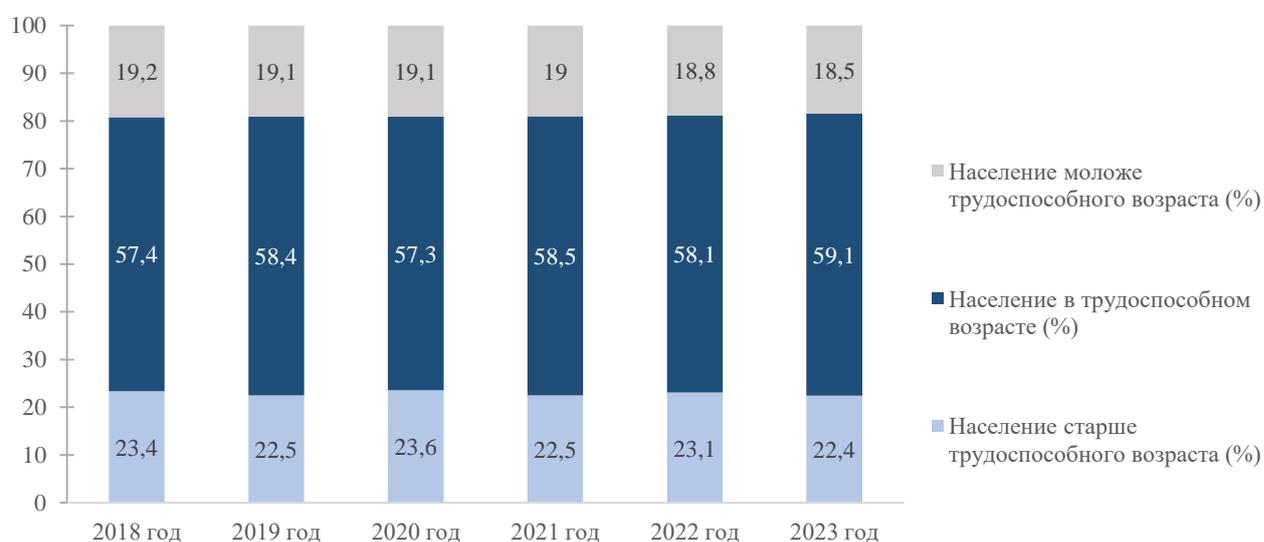


Рисунок 5 – Распределение показателей удельного веса основных возрастных групп населения Томской области в динамике за 2018–2023 годы

Примечание к рисунку 5: на конец 2019–2020 годов: мужчины 16–60 лет и женщины 16–55 лет; на конец 2021 года: мужчины 16–61 лет и женщины 16–56 лет.

В 2022 году показатели удельного веса основных возрастных групп населения Томской области практически соответствовали значениям 2018 года. Негативная динамика демографических показателей с 2020 года, включая снижение показателя ОПЖ и избыточную смертность, обусловлена влиянием пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, которая стала одним из наиболее серьезных вызовов для системы здравоохранения за последнее столетие.

2.2.3. Основные показатели заболеваемости и смертности населения Томской области

За период исследования уровень общей заболеваемости на территории Томской области повысился на 0,46% (Рисунок 6). Пик снижения уровня общей заболеваемости в Томской области зарегистрирован в 2021 году (-15,61% по сравнению с 2018 годом), в то время как в Российской Федерации и СФО наблюдался рост показателя относительно предыдущих периодов. В 2022 году темп прироста показателя общей заболеваемости в Томской области составил 8,91% по сравнению с 2021 годом, однако уровень оставался существенно ниже показателей СФО (на 24,49%) и Российской Федерации (на 19,82%).

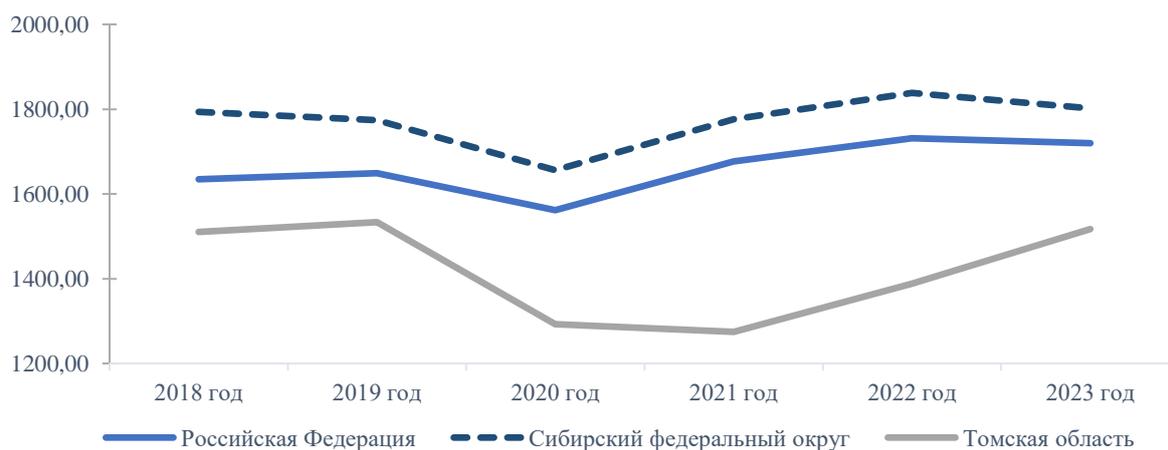


Рисунок 6 - Сравнительная динамика уровня общей заболеваемости в Томской области, СФО и Российской Федерации за 2018–2023 годы (случай заболевания на 1 000 населения)

Сложившаяся ситуация стала следствием ограничительных мероприятий с приостановлением оказания МП в плановой форме, включая проведение диспансеризации и ПМО, в период пандемии COVID-19. Однако следует отметить, что в СФО и Российской Федерации такого выраженного снижения уровня общей заболеваемости в этот же период не было отмечено. В 2023 году ситуация стабилизировалась, оказание МП в плановой форме, включая профилактические мероприятия, возобновилось в полном объеме. В результате уровень общей

заболеваемости в Томской области в 2023 году составил 1 517,20 случая заболевания на 1 000 населения, что выше показателя 2022 года на 9,29%.

Динамика общей заболеваемости свидетельствует об относительной стабильности: так, в течение последних пяти лет наиболее распространенными остаются болезни органов дыхания, системы кровообращения и эндокринной системы (Таблица 3).

Таблица 3 – Динамика общей заболеваемости среди населения Томской области (случай на 1 000 населения) за 2018–2023 годы

Код МКБ-10	Классы болезней	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
J00-J99	Болезни органов дыхания	372,6	375,8	364,8	369,5	387,0	420,5
I00-I99	Болезни системы кровообращения	207,3	205,7	151,9	142,0	161,3	179,4
E00-E90	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	93,6	106,5	86,4	79,2	95,4	126,3
M00-M99	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	147,2	150,5	111,3	98,8	102,5	122,9
J00-J99	Болезни органов пищеварения	133,7	136,2	109,9	100,4	97,2	100,1
H00-H59	Болезни глаза и его придаточного аппарата	100,5	100,8	71,4	71,6	76,4	90,0
N00-N99	Болезни мочеполовой системы	97,2	97,4	70,3	66,2	70,1	87,3
S00-T98	Травмы и отравления	57,4	56,6	42,8	39,2	43,5	52,2
C00-D48	Новообразования	41,0	44,1	39,4	40,3	46,3	50,8
A00-B99	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	50,2	52,1	40,9	37,2	52,8	46,3
L00-L99	Болезни кожи и подкожной клетчатки	42,8	41,7	36,5	34,1	38,8	45,8
F00-F99	Психические расстройства и расстройства поведения	39,5	39,9	38,0	39,0	41,2	44,3
G00-G99	Болезни нервной системы	50,2	49,2	32,5	31,1	34,1	40,6
H60-H95	Болезни уха и сосцевидного отростка	34,4	34,5	25,3	21,3	23,6	31,5
D50-D89	Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	10,0	11,3	8,4	8,2	11,1	13,9

До пандемии COVID-19 в 2020 году первое место по распространенности традиционно занимали болезни системы кровообращения, на втором месте – болезни органов дыхания и на третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. В период с 2020 по 2022 год наблюдался значительный рост заболеваний органов дыхания. Максимальное увеличение было зафиксировано в 2022 году и составило 135,04% по сравнению с «доковидным» 2019 годом.

По итогам 2023 года картина заболеваемости взрослого населения выглядела следующим образом: на первом месте – болезни системы кровообращения (223,4 случая на 1 000 населения), на втором – болезни органов дыхания (222,5 случаев на 1 000 населения), на третье место впервые вышли болезни эндокринной системы. Устойчивое повышение заболеваемости болезнями эндокринной системы наблюдается в течение последних 10 лет. Некоторое снижение отмечалось в 2020–2022 годах, после чего в 2023 году произошло существенное увеличение на 48,68% по сравнению с 2022 годом. Такая ситуация связана, в том числе, с расширением охвата населения ПМО и диспансеризацией.

В период 2018–2023 годов ранговое распределение причин смерти по основным классам заболеваний оставалось без существенных изменений. Как и в целом по Российской Федерации, основной вклад в структуру смертности населения Томской области вносили болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, болезни органов дыхания и пищеварения, а также внешние причины.

Основной вклад в структуру причин смертности населения Томской области, как и в СФО и Российской Федерации в целом, на протяжении последних лет вносят: болезни системы кровообращения (45,9%); новообразования (19,2%); несчастные случаи, травмы и отравления (9,0%). В 2020 году впервые за последние 10 лет было зафиксировано увеличение показателя смертности от болезней органов дыхания – он составил 116,2 смертей на 100 тыс. населения, что более чем в два раза превышает показатели предыдущих периодов (2012 год – 55,0 смертей на 100 тыс. населения).

2.1. Программа исследования

Методологическую основу диссертационного исследования составили методы организационного моделирования, организационного эксперимента, аналитический и статистический методы.

Объектом исследования является система организации оказания МП взрослому населению. **Предмет исследования** – процесс межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях.

В настоящей диссертационной работе межуровневое взаимодействие подразумевает согласованность действий и коммуникации между МО разных уровней, этапами оказания МП или организационными структурами МО. Изучение системы организации оказания МП с позиции межуровневого взаимодействия МО позволяет рассмотреть проблемы обеспечения преемственности и доступности МП как на уровне подразделений МО, так и при направлении во внешние МО.

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.

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. Не учитывались жалобы по поводу лекарственного обеспечения, качества оказания

МП, ресурсного обеспечения и этико-деонтологических проблем с медицинским персоналом.

Источником данных исследования является информационная база ОГБУЗ «МИАЦ Томской области». Материалы не содержали 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).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0.228.8. Распределение количественных данных, полученных в ходе исследования, не соответствовало нормальному закону, что было установлено с помощью критерия Шапиро-Уилка (уровень значимости 0,05). Поэтому все количественные показатели представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха в формате Me [Q1; Q3]. 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.

Базой исследования являлись областные государственные учреждения здравоохранения – МО Томской области, оказывающие ПМСП взрослому населению в амбулаторных условиях. Структура МО распределена следующим образом:

- городские поликлиники – 7;
- районные поликлиники – 1;
- поликлиники и поликлинические отделения в составе районной больницы – 17;
- поликлиники и поликлинические отделения в составе городской больницы – 6.

Научно-исследовательская работа включала пять последовательных этапов (Таблица 4).

Таблица 4 – Программа диссертационного исследования

Этапы исследования	Источник информации	Объем исследования	Методы исследования
<p>Этап 1. Анализ литературы, законодательно-правовых и организационно-методических документов</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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» 	<p>194 источника, включая медицинскую литературу, федеральные и региональные законы и подзаконные акты</p>	<p>аналитический, контент-анализ</p>
<p>Этап 2. Анализ оказания МП взрослому населению Томской области в амбулаторных условиях и выявление ключевых проблем обеспечения доступности МП в плановой форме</p>	<ul style="list-style-type: none"> - статистические издания Росстата (официальный интернет-ресурс Росстата); - статистические издания ОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр Томской области»; - база данных медицинской информационной системы Томской области (МИС ТО); - реестр обращений граждан по вопросам организации МП в Департамент здравоохранения Томской области 	<ul style="list-style-type: none"> - ФФСН № 30 по Томской области за 2018–2023 гг. (6 отчетных форм); - записи электронных журналов учета посещений МИС ТО, с числом направлений: 4974 случаев за 2018 г. 4592 случаев за 2019 г. 5684 случаев за 2022 г. 4880 случаев за 2023 г. 1130 случаев зарегистрированных обращений за 2018–2019 гг. (461 ед.) и 2022–2023 гг. (669 ед.) 	<p>аналитический, статистический</p>

Продолжение Таблицы 4

Этапы исследования	Источник информации	Объем исследования	Методы исследования
<p>Этап 3. Разработка комплекса мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 плановой форме текущего и целевого состояния на примере пилотной МО ОГАУЗ «Поликлиника № 1» г. Томска 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях (модель): типовое положение КОПМП, должностные инструкции сотрудников КОПМП, алгоритмы подпроцессов оказания МП в плановой форме (5 блок-схем) 	<p>аналитический, организационного моделирования</p>
<p>Этап 4. Внедрение модели межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению в соответствии с утвержденным планом мероприятий и системой мониторинга сроков исполнения</p>	<ul style="list-style-type: none"> - тактические планы работ (ТПР) реализации мероприятий по внедрению КОПМП в МО Томской области; - контрольные листы оценки уровня внедрения КОПМП 	<p>За 2019 г. и 1 кв. 2020 г.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>аналитический, организационного моделирования, организационного эксперимента, статистический</p>

Продолжение Таблицы 4

Этапы исследования	Источник информации	Объем исследования	Методы исследования
<p>Этап 5. Оценка результативности организационных решений путем сравнения уровней показателей по итогам 2019 г., 2022 г. и 2023 г. с базовым периодом (2018 г.) на основе разработанной методики</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 Департамент здравоохранения Томской области 	<ul style="list-style-type: none"> - 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>аналитический, статистический</p>

На первом этапе проведен анализ научной литературы и документальных источников информации об организации МП в динамике ее развития в Российской Федерации и за рубежом, а также о механизмах взаимодействия между уровнями МО. Рассмотрены подходы к формированию системы показателей для оценки результативности организационных преобразований. Составлены план и программа диссертационного исследования. Использовались аналитический метод исследования и метод контент-анализа.

На втором этапе исследования проведен анализ системы организации оказания МП взрослому населению Томской области в амбулаторных условиях за период 2018–2023 годы.

Анализ проводился по данным форм федерального статистического наблюдения (ФФСН) № 30 «Сведения о медицинской организации», электронных форм учетных и отчетных медицинских документов, нормативно-правовых документов в сфере здравоохранения.

Рассчитаны и проанализированы показатели, характеризующие доступность медицинской помощи в плановой форме: сеть объектов ПМСП, деятельность передвижных подразделений, мощность подразделений, оказывающих МП в амбулаторных условиях, обращаемость населения в МО и кадровая обеспеченность.

Для формирования базы исследования из МИС ТО были выгружены электронные журналы регистрации направлений пациентов старше 18 лет, оформленных по форме 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию» (далее – направление ф.057/у) за периоды 2018–2019 и 2022–2023 годы. Период с 2020 по 2021 год исключен из исследования из-за приостановления оказания МП в плановой форме в рамках мероприятий по сдерживанию распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Параметры выгрузки случаев направлений ф.057/у из МИС ТО представлены в Таблице 5.

Таблица 5 – Параметры выгрузки случаев направлений ф.057/у из МИС ТО

Параметр	Значение
Дата выдачи направления ф.057/у на плановую консультацию (прием) врача-специалиста, диагностическое исследование	01.01.2018 – 31.12.2019; 01.01.2022 – 31.12.2023
Возраст пациента	старше 18 лет в анализируемом периоде
МО, направившая на проведение лечебно-диагностических мероприятий	МО подчинения субъекта Российской Федерации (Томская область), оказывающая ПМСП взрослому населению в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу

Для дальнейшего анализа были отобраны случаи направлений по ф.057/у в ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» (МО 3 уровня) по таким параметрам, как вид и статус оказания медицинской услуги, диагноз пациента, дата оказания медицинской услуги (Таблица 6).

Таблица 6 – Критерии отбора направлений ф.057/у для оценки временной доступности МП

Параметр	Признак
Медицинская услуга	а) прием (осмотр, консультация) врача-специалиста первичный по всем специальностям; б) инструментальные диагностические исследования (рентгенографические, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования)
Диагноз по международному классификатору болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)	– С00-С97; – Е10-Е14; – I10-I13, I20-I25, I60-I69; – J40-J43, J44, J47J45-J46
МО, в которую направлен пациент	МО 3 уровня подчинения субъекта Российской Федерации (Томская область), оказывающая ПМСП взрослому населению в амбулаторных условиях – ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»
Статус медицинской услуги	оказана
Дата оказания медицинской услуги	зарегистрирована в МИС ТО

В анализируемый спектр нозологий включены диагнозы из группы ХНИЗ, которые, согласно официальной статистике, являются наиболее частыми причинами инвалидности и смертности как в Российской Федерации, так и в мировом масштабе: злокачественные новообразования; сердечно-сосудистые заболевания, в частности болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания; хронические болезни органов дыхания и сахарный диабет [97–100; 108].

Для анализа динамики обоснованных жалоб пациентов по вопросам организации МП были выбраны обращения граждан, поступившие в ДЗТО в виде бумажных или электронных документов и зарегистрированные надлежащим образом согласно требованиям Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» [135]. Из общего количества обращений (1 130 случаев) выделено и проанализировано 318 обоснованных жалоб, связанных с такими проблемами, как длительное ожидание записи к врачу-специалисту, очереди у врачебных кабинетов, а также сложная маршрутизация при направлении на консультации врачей-специалистов и диагностические исследования. Указанные причины были выбраны как наиболее точно отражающие мнение пациентов о проводимых изменениях в организации МП в МО. Жалобы, касающиеся лекарственного обеспечения, качества оказания МП, ресурсного обеспечения и этико-деонтологических вопросов, в исследование не включались. Используются аналитический и статистический методы.

Третий этап предусматривал разработку комплекса мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению в амбулаторных условиях и методику для оценки его результативности. Мероприятия проводились на базе пилотной МО, оказывающей ПМСП взрослому населению в амбулаторных условиях (ОГАУЗ «Поликлиника № 1» г. Томска). По итогам исследования разработана организационная технология оказания МП в плановой форме. Ключевым

элементом являлся КОПМП, интегрированный в схему маршрутизации пациентов при обращении в поликлинику.

Основной задачей КОПМП являлась организация взаимодействия с внешними МО для обеспечения преемственности между уровнями оказания МП при направлении пациентов на диагностические исследования, консультации специалистов и плановую госпитализацию [8; 9; 68; 69; 103]. Результаты апробации организационной технологии в условиях пилотной поликлиники стали основанием для принятия решения о внедрении КОПМП в существующую модель межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению в МО Томской области (Рисунок 7).

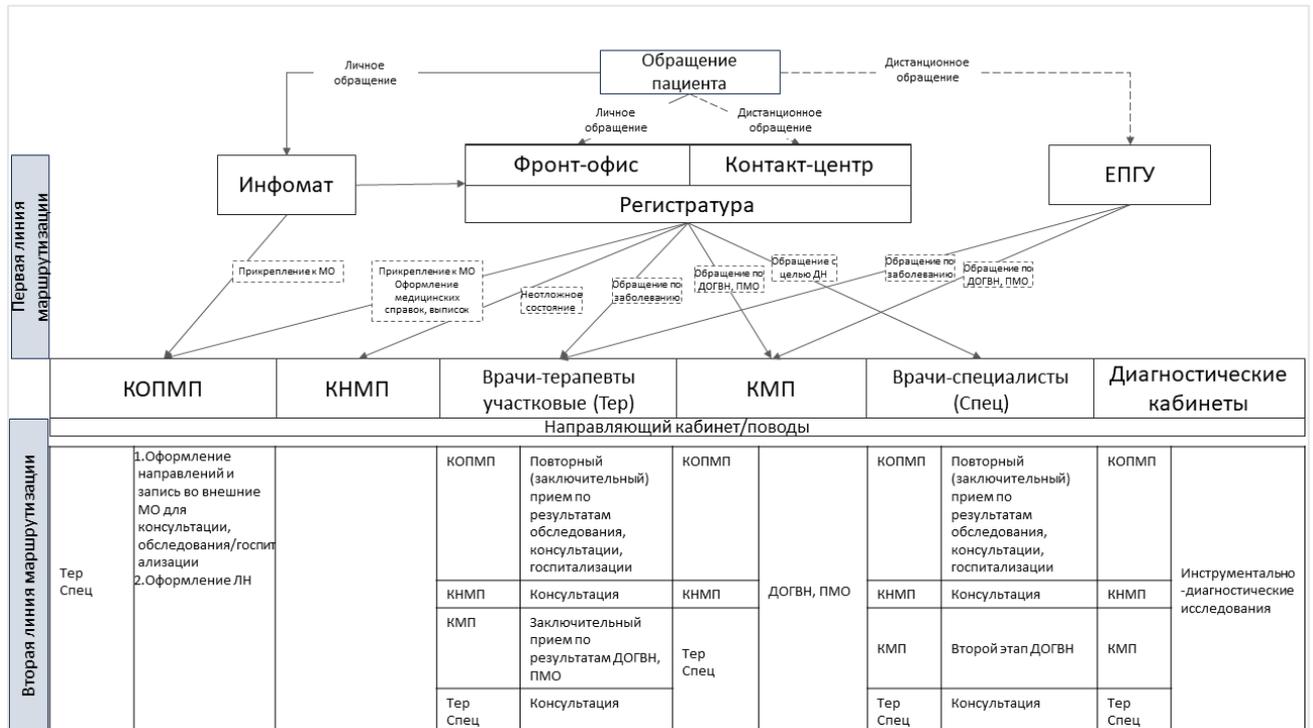


Рисунок 7 - КОПМП в схеме маршрутизации пациента в поликлинике

Для анализа результативности мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия МО были разработаны показатели, оценивающие доступность МП в плановой форме (Таблица 7).

Таблица 7 – 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 ТПГГ, %	число направлений пациентов, по которым проведена плановая консультация врача-специалиста в установленные сроки / общее число пациентов, направленных на консультации $\times 100\%$	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 ТПГГ, %	число направлений пациентов, по которым проведено обследование в установленные сроки / общее число пациентов, направленных на обследование $\times 100\%$	сведения из МИС ТО (журнал направлений во внешние МО)
5.	Количество обоснованных жалоб пациентов по вопросам организации МП, поступающих в ДЗТО (ед. на 100 тыс. посещений в МО)	число объективных жалоб / число посещений $\times 10000$	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 (журнал направлений во внешние МО)
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 (журнал направлений во внешние МО)
*Врач-специалист – врач, оказывающий ПСМСП по профилю специальности			

В ходе реализации задач на третьем этапе исследования использовались метод организационного моделирования, метод организационного эксперимента и аналитический метод.

На четвертом этапе реализовано внедрение усовершенствованной модели в МО Томской области в рамках регионального проекта «Внедрение Стандарта организации медицинской помощи в амбулаторных условиях на территории Томской области» (региональный проект). План реализации регионального проекта предусматривал выполнение комплекса организационно-методических и контрольных мероприятий. Мониторинг своевременности выполнения плана проводился по данным тактического плана реализации (ТПР). Пример формы ТПР представлен в приложении В. Для оценки степени внедрения требований к организации КОПМП в МО были разработаны контрольные листы (чек-лист), которые заполнялись специалистами ОГБУЗ «МИАЦ ТО» на основании результатов выездных проверок и отчетов МО о деятельности КОПМП. Форма чек-листа представлена в приложении Г. В течение периода исследования (2019 год, 1 кв. 2020 года, 2022–2023 годы) мероприятия были реализованы в 31 МО (Приложение Д).

На четвертом этапе использованы метод организационного моделирования, аналитический и статистический методы.

На пятом этапе проведена оценка результативности организационных решений методом сравнения уровней показателей по итогам 2019, 2022 и 2023 года с базовым периодом (2018 год). Для проведения сравнительного анализа показателей результативности мероприятий все МО, участники исследования, были распределены по двум группам: группа А – МО, в которых КОПМП были организованы в 2019 году и первом квартале 2020 года, и группа Б – МО, в которых КОПМП в течение указанного периода не был организован. Для определения групп МО были использованы данные ТПР за 2019 год и первый квартал 2020 года, чек-листов оценки организации работы КОПМП. В группу А вошла 21 МО, в том числе 13 поликлиник в составе районных больниц, 4 городские поликлиники и 4 поликлиники в составе городских больниц. Группа Б включала 10 МО, в том числе

6 поликлиник в составе районных больниц, 2 городские поликлиники и 2 поликлиники в составе городских больниц.

Для анализа результативности мероприятий была проведена оценка различий до и после внедрения изменений: по критерию Wilcoxon Matched Pairs Test для двух зависимых выборок. Проводилось последовательное сравнение уровней динамических рядов для каждой группы МО (группа А (n=21), группа Б (n=10) в 2019, 2022, 2023 годах с уровнем 2018 года. Цель анализа – оценить значимость изменений между периодами исследования.

Для оценки значимости различий между группами МО использовался критерий Mann-Whitney для сравнения уровней динамического ряда между двумя независимыми выборками.

ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Трехуровневая система оказания медицинской помощи в Томской области

В Томской области распределение МО по уровням оказания МП определяется видами и условиями оказания МП, территориальным планированием сети учреждений здравоохранения, транспортной доступностью и численностью населения муниципальных образований и населенных пунктов.

Трехуровневая система предусматривает маршрутизацию пациентов по уровням (этапам) в соответствии с порядками и стандартами оказания МП по профилю заболевания.

На первом уровне организовано оказание следующих видов МП:

- а) ПМСП, в том числе ПСМСП;
- б) специализированная (за исключением высокотехнологичной) МП по четырем профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический;
- в) скорая, в том числе скорая специализированная, МП;
- г) паллиативная МП.

МО первого уровня оказывали МП в пределах муниципального образования или внутригородского округа. Основными структурными единицами МО первого уровня являлись поликлиники и амбулаторно-поликлинические отделения (АПО), включая врачебные амбулатории, оказывающие ПМСП населению по участково-территориальному принципу.

Второй уровень включал городские и районные больницы со специализированными межмуниципальными отделениями и/или межмуниципальными центрами; специализированные больницы; больницы скорой медицинской помощи; медицинские центры, диспансеры и многопрофильные городские больницы. МО второго уровня обеспечивали оказание специализированной МП (за исключением высокотехнологичной) по пяти и более

профилям населению нескольких муниципальных образований; скорой, в том числе скорой специализированной, МП.

Третий уровень включал МО, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную МП в условиях стационара и дневного стационара.

Перечень видов, форм и условий оказания МП регламентирован ТПГГ, в рамках которой гражданам Томской области гарантировано оказание ПМСП и ПСМСП; специализированной, в том числе высокотехнологичной МП; скорой, в том числе скорой специализированной, МП; паллиативной МП [77; 78; 79].

Согласно ТПГГ, ПСМСП предоставляется врачами-специалистами по направлению врача-терапевта участкового, а также при самостоятельном обращении пациента в МО. В частности, ПСМСП оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную МП, и при невозможности оказания МП того или иного профиля в МО по месту прикрепления, данная МП оказывается в других МО по направлению лечащего врача [77].

Стоит отметить, что в период проведения исследования на региональном уровне отсутствовали четкие критерии и условия выбора МО для направления пациентов на консультацию к врачу-специалисту или на диагностические исследования. Такая неопределенность приводила к выбору МО без учета ее загруженности и длительности ожидания назначенной МП. В результате происходило превышение сроков оказания МП в плановой форме и нарушение требований, установленных ТПГГ.

Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в Томской области

ПМСП входит в гарантированный государством объем бесплатной МП гражданам Российской Федерации, застрахованным в системе ОМС [136]. ПМСП оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара

как в плановой, так и в неотложной формах и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и патологических состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения [77].

Перечень видов, форм и условий оказания ПМСП, а также порядок и условия предоставления МП, включая целевые показатели критериев доступности и качества МП, оказываемой гражданам на территории Томской области, регламентированы ТПГГ.

В период проведения исследования оказание ПМСП осуществлялось в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ МЗСР № 543н) [85].

В оказании ПМСП по ТПГГ участвовали МО различных форм собственности, включенные в реестр МО, осуществляющих деятельность в системе ОМС на территории Томской области.

В 2019 году в перечень МО, оказывающих ПМСП гражданам старше 18 лет, прикрепленным к ним и застрахованным в системе ОМС, включал 39 МО, в том числе 3 федеральных МО и 4 МО частной системы здравоохранения [59]. В Таблице 8 представлен перечень МО, подведомственных ДЗТО, с распределением численности прикрепленного населения по учреждениям и участкам за 2019 год.

Таблица 8 – Перечень МО, подведомственных Департаменту здравоохранения Томской области, с распределением численности населения в 2019 году

№	МО	Численность населения, человек	Средняя численность населения на участках, человек	
			Терапевтический участок	Участок ВОП
Город Томск				
1.	ОГАУЗ «Поликлиника № 1»	26 499	1 767	нет
2.	ОГАУЗ «Поликлиника № 3»	38 836	1 811	1 239

Продолжение Таблицы 8

№	МО	Численность населения, человек	Средняя численность населения на участках, человек	
			Терапевтический участок	Участок ВОП
3.	ОГАУЗ «Поликлиника № 4»	57 448	1 901	нет
4.	ОГАУЗ «МСЧ «Строитель»	29 717	1 701	1 409
5.	ОГАУЗ «Поликлиника № 8»	15 108	1 910	нет
6.	ОГАУЗ «Поликлиника № 10»	52 821	1 902	1 594
7.	ОГАУЗ «Больница № 2»	29 725	1 675	1 560
8.	ОГАУЗ «ГКБ № 3 им. Б.И. Альперовича»	45 128	1 912	1 383
9.	ОГБУЗ «МСЧ № 1»	4 142	1 471	нет
10.	ОГБУЗ «МСЧ № 2»	61 208	1 913	нет
11.	ОГАУЗ «Межвузовская поликлиника»	39 503	1 831	нет
12.	ОГБУЗ «Поликлиника ТНЦ СО РАН»	13 123	1 885	нет
Городской округ «Город Томск»				
13.	ОГАУЗ «Томская РБ»	27 339	1 464	1 716
14.	ОГБУЗ «Лоскутовская РП»	21 675	1 503	1 302
15.	ОГАУЗ «Светленская РБ»	31 606	1 588	1 803
Районы Томской области				
16.	ОГБУЗ «Асиновская РБ»	35 125	1 666	1 345
17.	ОГАУЗ «Александровская РБ»	7 710	2 023	1 247
18.	ОГБУЗ «Бакчарская РБ»	14 415	1 784	1 547
19.	ОГБУЗ «Верхнекетская РБ»	14 760	1 748	1 475
20.	ОГБУЗ «Зырянская РБ»	13 107	1 359	1 219
21.	ОГБУЗ «Каргасокская РБ»	20 182	1 495	1 129
22.	ОГАУЗ «Кожевниковская РБ»	18 868	1 533	1 125
23.	ОГБУЗ «Колпашевская РБ»	38 788	1 801	1 493
24.	ОГАУЗ «Кривошеинская РБ»	12 320	1 376	1 215
25.	ОГБУЗ «Молчановская РБ»	12 908	1 182	1 503
26.	ОГБУЗ «Моряковская УБ»	4 401	1 241	нет
27.	ОГБУЗ «Парабельская РБ»	12 998	1 699	978

Продолжение Таблицы 8

№	МО	Численность населения, человек	Средняя численность населения на участках, человек	
			Терапевтический участок	Участок ВОП
Районы Томской области				
28.	ОГБУЗ «Первомайская РБ»	17 123	1 348	1 176
29.	ОГБУЗ «Тегульдетская РБ»	6 435	1 000	нет
30.	ОГБУЗ «Чаинская РБ»	10 097	1 582	1 377
31.	ОГБУЗ «Шегарская РБ»	18 095	1 667	1 038
Город Стрежевой				
32.	ОГАУЗ «Стрежевская ГБ»	38 525	1 889	1 209

В 2019 году общая численность застрахованных граждан старше 18 лет, прикрепленных к МО Томской области, оказывающим ПМСП, составляла 928 971 человек. Из них 439 118 человек проживали на территории города Томска, а 489 853 – в районах Томской области. В г. Томске ПМСП прикрепленному населению оказывали 19 МО, из которых 12 подчинялись субъекту Российской Федерации (в том числе 7 самостоятельных поликлиник и 5 МО больничного типа, с АПО для оказания ПМСП) и 8 МО представляли федеральную и частную системы здравоохранения.

В период исследования распределение территорий обслуживания между МО Томской области было неравномерным. Среди государственных учреждений здравоохранения преобладали МО с численностью прикрепленного населения менее 30 тыс. человек.

Выраженные диспропорции наблюдались среди МО г. Томска. Большая часть граждан, застрахованных в системе ОМС, прикреплена для получения ПМСП к трем МО: ОГБУЗ «МСЧ № 2», ОГАУЗ «Поликлиника № 4» и ОГАУЗ «Поликлиника № 10». Наименьшее количество прикрепленного населения (менее 20 тыс. человек) зарегистрировано в ОГАУЗ «Поликлиника ТНЦ СО РАН» (13 123 человек) и ОГАУЗ «Поликлиника № 8» (15 108 человек).

Такая разница в численности прикрепленного населения между областными МО обусловлена устоявшейся схемой территориального планирования и особенностями распределения зон медицинского обслуживания (Рисунок 8).

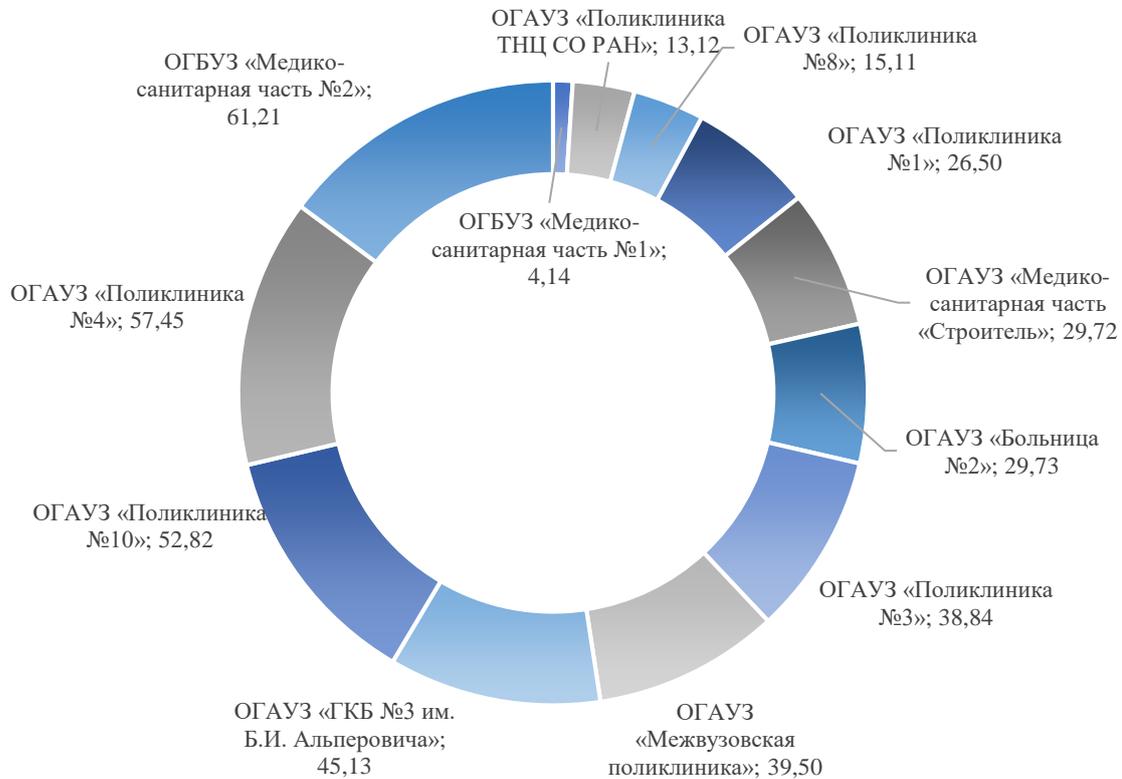


Рисунок 8 - Распределение численности населения между МО г. Томска в 2019 году (тыс. человек)

В районах Томской области ПМСП оказывала 21 МО областного подчинения. Среди районных больниц Томской области наименьшее количество обслуживаемого населения зарегистрировано в ОГБУЗ «Моряковская участковая больница» – 4 401 человек, а также в ОГБУЗ «Тегульдетская районная больница» – 6 435 человек. Максимальная численность обслуживаемого населения наблюдается в Колпашевской районной больнице – 38 788 человек и в ОГБУЗ «Стрежевская городская больница» – 38 525 человек. Такая разница объясняется климато-географическими особенностями региона и численностью населения в пределах муниципальных образований.

Согласно Приказу МЗСР № 543н от 15.05.2012 [85], количество должностей врачей-специалистов в МО определяется в зависимости от численности

прикрепленного населения. Для большинства специальностей врачей, ведущих амбулаторный прием, минимальная норма составляет 1,0 должности на 20 000 человек прикрепленного населения. К таким специальностям относятся врач-хирург-ортопед, врач-уролог, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог, врач-невролог, врач-кардиолог и врач-эндокринолог. На основе численности врачей, ведущих амбулаторный прием, рассчитывается также количество должностей в диагностических кабинетах и отделениях и планируется материально-техническое обеспечение.

Таким образом, численность населения, прикрепленного к МО для оказания ПМСП, напрямую влияет на возможности учреждения по обеспечению граждан гарантированным объемом бесплатной МП. В период проведения исследования 50% МО обслуживали население численностью менее 20 000 человек. Малая мощность таких учреждений часто не позволяла обеспечить выполнение консультативно-диагностических мероприятий в условиях одной поликлиники. Для установления диагноза и лечения пациентов направляли во внешние МО г. Томска.

Территориально-участковый принцип оказания ПМСП реализован через создание зон медицинского обслуживания взрослого населения по месту жительства, работы или учебы. В МО Томской области организованы терапевтические участки и участки врача общей практики (ВОП). Норматив численности обслуживаемого населения врачом-терапевтом участковым и ВОП рекомендован Приказом МЗСР № 543н от 15.05.2012 [85]. Он составляет для одного терапевтического участка в городских условиях – 1 700 человек, в сельской местности – 1 300 человек, а для участка врача общей практики – 1 200 человек.

Рекомендованные нормативы закреплены постановлением Администрации Томской области от 15.12.2009 № 200а «Об утверждении Положения о системе оплаты труда работников областных государственных учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения Томской области, и внесении изменений в постановление Администрации Томской области от 27.04.2009 № 80а» (далее – Постановление АТО № 200а от 15.12.2009) [76]. Размер надбавки врачам-

терапевтам участковым и медицинским сестрам врачей-терапевтов участковых, а также врача общей практики и медицинским сестрам врачей общей практики устанавливается пропорционально численности прикрепленного населения.

Согласно Тарифному соглашению на оплату МП по ОМС на территории Томской области в 2019 году от 29.12.2018, стимулирующая надбавка указанным категориям медицинских работников устанавливалась при соблюдении следующих условий [77]:

- полная укомплектованность участка;
- выполнение установленного объема работ и показателей (критериев качества);
- замещение в МО не менее одной ставки с учетом фактически отработанного времени;
- наличие действующего сертификата специалиста по занимаемой должности.

При укомплектованности участка ниже нормативной численности прикрепленного населения, указанного в пункте 35 Постановления АТО № 200а от 15.12.2009 [76], размер надбавки снижался пропорционально отношению фактической численности прикрепленного населения к нормативной. В 2019 году в большинстве МО Томской области средняя численность населения на терапевтических участках превышала установленные нормативы как минимум на 100 человек, а на участках врача общей практики – на 500 и более человек. Следует отметить, что увеличение надбавки при превышении численности прикрепленного населения по нормативу на терапевтических участках или участках врача общей практики не предусмотрено.

Таким образом, в 2019 году поликлиники и поликлинические отделения работали в условиях повышенной нагрузки на врачей-терапевтов участковых и ВОП. Данная ситуация осложнялась недостаточной укомплектованностью врачами указанной категории. Более детальный анализ данного показателя представлен в последующих разделах работы.

3.2. Анализ доступности медицинской помощи в Томской области

Для проведения анализа доступности МП взрослому населению Томской области использовались показатели, характеризующие инфраструктуру и деятельность МО, оказывающих МП взрослому населению в амбулаторных условиях, а также показатели, оценивающие результативность процесса организации оказания МП взрослому населению в амбулаторных условиях.

Анализ основан на данных деятельности МО Томской области, оказывающих ПМСП, и проводился в два этапа: в 2019 году на этапе начала организационных преобразований и в 2024 году – при подведении итогов реализации запланированных мероприятий.

3.2.1. Инфраструктура и деятельность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях

Для оценки инфраструктуры системы оказания МП и деятельности МО, оказывающих ПМСП, проанализированы показатели обеспеченности передвижными подразделениями; мощность подразделений, оказывающих МП в амбулаторных условиях; кадровая обеспеченность; пропускная способность передвижных подразделений и амбулаторно-поликлинических отделений; обращаемость населения в МО.

Сеть объектов первичной медико-санитарной помощи Томской области

В течение периода исследования в сети объектов ПМСП происходили изменения, обусловленные демографическими процессами и необходимостью приведения сети МО в соответствие с требованиями федерального законодательства. Реструктуризация была проведена в отношении числа врачебных и фельдшерских здравпунктов (2019 год), а также фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий в 2021 году (Таблица 9).

Таблица 9 – Изменение в сети объектов ПМСП за 2018–2023 годы

Структурное подразделение ПМСП	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Фельдшерско-акушерские пункты	243	249	246	254	255	256
Фельдшерские пункты	21	21	20	20	19	18
Врачебные здравпункты	5	1	1	1	1	1
Фельдшерские здравпункты	12	6	6	6	6	6
Врачебные амбулатории	21	21	21	24	25	27
Участковые больницы	3	3	3	3	3	2
Отделения врача общей практики	85	79	78	73	72	67
Межмуниципальные центры	7	7	7	7	7	7

За период исследования количество передвижных медицинских подразделений в Томской области увеличилось с 33 ед. в 2018 году до 45 ед. в 2023 году. В структуре передвижных медицинских подразделений МО Томской области в течение 2018–2023 годов функционировали мобильные медицинские бригады ($41,7 \pm 7,7\%$), мобильные врачебные бригады ($38,7 \pm 11,7\%$) и передвижные медицинские комплексы ($19,6 \pm 6,6\%$).

За время исследования количество передвижных медицинских комплексов увеличилось в 3 раза (с 4 ед. в 2018 году до 12 ед. в 2023 году). Нарастивание объемов произошло за счет приобретения передвижных фельдшерско-акушерских пунктов в районы Томской области в рамках реализации регионального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения» национального проекта «Здравоохранение» [82].

Количество мобильных медицинских бригад увеличилось в 2 раза (с 9 ед. в 2018 году до 18 ед. в 2023 году), а число мобильных врачебных бригад, напротив, снизилось на 25% (с 20 ед. в 2018 году до 15 ед. в 2023 году).

Основные ресурсы передвижных медицинских подразделений сосредоточены в районах Томской области (80% по состоянию на 2023 год), что обусловлено более высокой потребностью МО, расположенных в сельской

местности, в дополнительных средствах для обеспечения доступности ПМСП жителям отдаленных населенных пунктов.

Деятельность передвижных подразделений медицинских организаций районов Томской области

Для оценки пропускной способности передвижных подразделений в районах Томской области были проанализированы показатели среднего числа выездов на одну бригаду и среднего числа посещений на один выезд бригады (Таблица 10).

Таблица 10 – Показатели деятельности передвижных подразделений районов Томской области в динамике за 2018–2023 годы (медиана, межквартильный размах)

Показатель	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Мобильные врачебные бригады						
Количество бригад	17	13	11	11	11	13
Среднее число выездов на одну бригаду	21,3 [14,5; 44,5]	24,0 [11,0; 44,0]	8,0 [4,0; 8,0]	17,5 [5,0; 45,8]	26,5 [5,0; 42,5]	24,0 [8,0; 49,5]
Среднее число посещений на один выезд бригады	43,2 [27,5; 75,2]	74,6 [40,0; 116,8]	52,0 [44,5; 215,0]	71,0 [41,1; 173,1]	156,9 [31,3; 312,6]	103,4 [28,5; 220,8]
Мобильные медицинские бригады						
Количество бригад	5	13	13	14	16	14
Среднее число выездов на одну бригаду	48,0 [28,0; 50,0]	38,5 [15,0; 56,5]	16,0 [11,8; 25,5]	21,0 [15,5; 46,5]	37,0 [20,5; 67,0]	37,0 [20,5; 67,0]
Среднее число посещений на один выезд бригады	76,3 [32,6; 95,0]	64,5 [25,1; 48,7]	85,3 [22,4; 119,6]	78,4 [30,2; 188,9]	62,1 [22,6; 122,6]	39,5 [20,2; 206,4]

Из представленных данных видно, что со снижением количества мобильных врачебных бригад увеличивалось среднее число выездов на одно подразделение, исключение составил 2020 год. Количество посещений мобильной врачебной бригады в течение периода наблюдения варьировалось от 43,2 [27,5; 75,2] посещений за один выезд в 2018 году до 103,4 [28,5; 220,8] посещений за один выезд в 2023 году. Широкий межквартильный размах свидетельствует о

выраженных различиях между районами Томской области, обусловленных климато-географическими факторами (плотность населения, сезонная транспортная доступность и т. п.) и организационными условиями деятельности МО. Вследствие неравномерного изменения показателя за изучаемый период 2018–2023 годы был произведен расчет скользящей средней по двум периодам (Рисунок 9). Выявлена тенденция к росту числа посещений мобильной врачебной бригады за один выезд. Темп прироста показателя в 2023 году по сравнению с 2018 годом составил 139,7% ($p < 0,05$).

Пик роста среднего числа выездов на одну бригаду был отмечен в 2022 году и составил 121,0% относительно 2021 года ($p < 0,05$) и 263,2% по сравнению с 2018 годом ($p < 0,05$).



Рисунок 9 – Динамика показателей нагрузки на мобильную врачебную бригаду за 2018–2023 годы (медиана)

Основной вклад в рост посещений на один выезд мобильной медицинской бригады внесли передвижные подразделения Каргасокского (в 5,8 раза), Кожевниковского (в 3,4 раза) и Колпашевского (в 2,6 раза) районов.

Анализ показателей нагрузки на мобильные медицинские бригады показал, что за период наблюдения (2018–2023 годов) среднее число выездов на одно подразделение снизилось на 22,9% – с 48,0 [28,0; 50,0] выездов в 2018 году до 37,0 [20,5; 67,0] выездов в 2023 году.

Количество посещений мобильной медицинской бригады в течение периода наблюдения снизилось с 76,3 [32,6; 95,0] посещений за один выезд в 2018 году до 39,5 [20,2; 206,4] посещений за один выезд в 2023 году. Значения показателя, как и в случае, рассмотренном выше, существенно отклоняются от медианы по причинам, связанным с различиями в условиях деятельности МО и характеристиками территории муниципального образования. Снижение активности мобильных врачебных бригад обусловлено приостановлением МП в плановой форме в 2020 году с целью предотвращения распространения COVID-19.

Однако, начиная с 2021 года, наблюдается устойчивая тенденция увеличения числа выездов на одно подразделение (Рисунок 10). Необходимо отметить, что одной из причин снижения рассматриваемого показателя является расширение географии выездов мобильных медицинских бригад за счет организации работы передвижных подразделений еще в шести районах Томской области (2019 год).

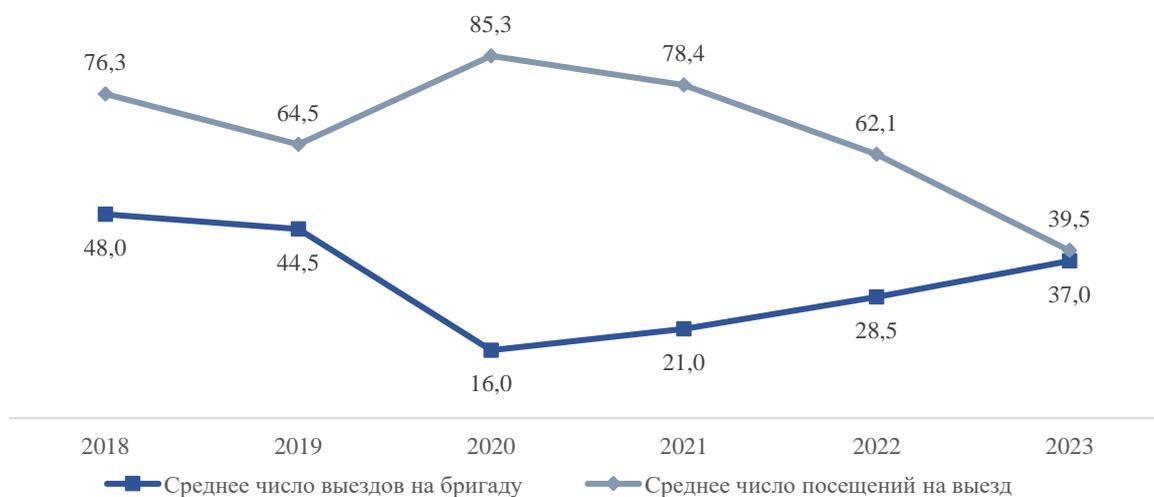


Рисунок 10 – Динамика показателей нагрузки на мобильную медицинскую бригаду за 2018–2023 годы (медиана)

Анализ работы передвижных подразделений за 2018–2023 годы демонстрирует повышение активности выездных подразделений с 2019 года. Количество посещений во время выездов мобильных врачебных бригад увеличилось на 35,2% по сравнению с 2018 годом. Также в 2019 году зафиксирован рост числа посещений мобильных медицинских бригад, который составил 42,6% по сравнению с 2018 годом ($p < 0,05$).

В 2021 году рост посещений мобильных врачебных бригад составил 52,8% относительно 2020 года ($p < 0,05$) и к 2023 году стал выше уровня 2019 года на 3,6%. Количество выездов мобильных медицинских комплексов в 2023 году увеличилось в 3,5 раза по сравнению с 2021 годом, однако число посещений, выполненных мобильными комплексами при выездах, снизилось на 75,9% (Рисунок 11).



Рисунок 11 – Динамика числа посещений мобильных бригад за 2018–2023 годы в районах Томской области (тысяч посещений)

Примечание к рисунку 11 – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при $p < 0,05$; ^A – при сравнении с 2018 годом, ^B – при сравнении с 2019 годом, ^C – при сравнении с 2020 годом, ^D – при сравнении с 2021 годом, ^E – при сравнении с 2022 годом, ^F – при сравнении с 2023 годом.

В результате в 2023 году нагрузка на один мобильный комплекс в Томской области уменьшилась и составила 137 посещений в год, что значительно ниже показателей по Российской Федерации и по СФО.

Плановая и фактическая мощность подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Плановая мощность характеризует пропускную способность подразделений, оказывающих МП в амбулаторных условиях (АПО) с обеспечением требований санитарно-эпидемиологического режима. Показатель выражается числом

посещений в смену, исходя из размера площади на одно посещение. Для анализа избыточности или дефицита площадей АПО в Томской области показатель плановой мощности АПО был рассчитан на 10 тыс. населения (посещений в смену) по методике Росстата (ЕМИСС. Государственная статистика. [офиц. сайт]. URL : <https://www.fedstat.ru/indicator/41680#>). В Таблице 11 представлена количественная характеристика мощности АПО муниципальных образований Томской области в расчете на численность населения за 2018–2023 годы.

Таблица 11 – Мощность АПО медицинских организаций в Томской области на 10 тыс. населения в динамике за 2018–2023 годы (посещений в смену)

Муниципальное образование	Плановая мощность АПО на 10 тыс. населения, посещений в смену						Темп прироста, % 2023 к 2018	Фактическая мощность АПО на 10 тыс. населения, посещений в смену						Темп прироста, % 2023 к 2018
	2018	2019	2020	2021	2022	2023		2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Численность населения до 15 тыс. человек														
Александровский	253,2	259,7	259,7	263,2	270,3	277,8	9,7	206,3	196,1	171,4	175,0	179,7	188,9	-8,5
Тегульдетский	350,0	350,0	350,0	350,0	328,1	323,1	-7,7	220,0	220,0	151,7	145,0	135,9	136,9	-37,8
г. Кедровый	400,0	400,0	400,0	400,0	461,5	461,5	15,4	103,3	123,3	103,3	133,3	146,2	107,7	4,2
Бакчарский	258,6	256,4	258,6	260,9	267,9	267,9	3,6	150,0	142,7	127,6	157,4	127,7	136,6	-8,9
Зырянский	263,2	267,9	270,3	275,2	270,3	270,3	2,7	197,4	196,4	145,9	167,0	159,5	155,0	-21,5
Кривошеинский	252,1	254,2	254,2	258,6	247,9	250,0	-0,8	187,4	194,9	143,2	164,7	153,7	151,7	-19,1
Молчановский	366,9	366,9	366,9	366,9	363,9	366,9	0,0	155,4	155,4	120,7	147,1	141,0	141,3	-9,0
Парабельский	262,3	264,5	266,7	268,9	280,7	280,7	7,0	207,4	189,3	155,8	144,5	167,5	193,9	-6,5
Чаинский	252,2	252,2	254,4	254,4	247,9	250,0	-0,9	152,2	161,7	116,7	139,5	130,8	141,4	-7,1
Численность населения от 15 до 30 тыс. человек														
Верхнекетский	322,8	322,8	324,8	331,2	349,3	354,2	9,7	192,4	179,7	135,0	151,9	156,8	146,5	-23,8
Каргасокский	220,6	221,8	223,0	226,6	238,3	239,7	8,6	194,2	185,6	131,0	170,1	195,4	202,3	4,2
Кожевниковский	182,3	182,3	182,3	183,2	182,3	183,2	0,5	146,3	139,4	90,6	140,1	112,8	125,2	-14,4

Продолжение Таблицы 11

Муниципальное образование	Плановая мощность АПО на 10 тыс. населения, посещений в смену						Темп прироста, %	Фактическая мощность АПО на 10 тыс. населения, посещений в смену						Темп прироста, %
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023 к 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023 к 2018
Первомайский	439,4	442,1	444,8	450,3	434,1	439,4	0,0	141,2	142,1	126,4	135,4	118,6	125,5	-11,2
Шегарский	185,2	185,2	184,2	184,2	175,9	178,6	-3,6	167,7	156,6	141,1	165,3	154,8	164,8	-1,7
Численность населения от 30 до 50 тыс. человек														
Асиновский	250,9	249,4	249,4	250,2	248,7	249,4	-0,6	191,3	196,4	148,2	182,0	185,1	194,0	1,4
Колпашевский	237,6	241,4	244,6	249,3	289,9	294,4	23,9	149,9	152,0	132,8	152,3	177,6	196,6	31,2
г. Стрежевой	242,7	245,1	250,6	257,1	262,5	266,7	9,9	153,2	146,6	117,0	123,4	119,7	126,4	-17,5
Численность населения от 50 до 100 тыс. человек														
Томский	165,4	160,0	156,7	156,1	143,2	144,7	-12,5	136,3	139,0	121,4	138,3	128,0	142,0	4,2
Численность населения более 500 тыс. человек														
г. Томск	173,2	173,0	177,2	174,3	180,3	181,1	4,5	165,6	172,2	135,8	157,4	167,0	174,7	5,5
Томская область	178,2	178,0	180,5	179,6	182,7	183,7	3,1	147,1	150,2	119,3	138,2	141,9	149,2	1,4

Плановая мощность за период наблюдений снизилась с 19 202 посещений в смену в 2018 году до 19 171 посещения в смену в 2023 году. Изменения плановой мощности в период исследования были связаны с изменением размера площадей АПО за счет открытия подразделений (в г. Томске и Томском районе) или реорганизации подразделений в малонаселенных районах. Мощность АПО в расчете на численность населения в течение периода наблюдений увеличилась на 3,1% с 178,2 посещений в смену на 10 тыс. населения в 2018 году до 183,7 посещений в смену на 10 тыс. населения в 2023 году ($p = 0,056$). Рост показателя обусловлен снижением численности населения в регионе (за 6 лет темп убыли составил 3,2%).

Фактическая мощность АПО за 2018–2023 годы снизилась на 1,8% (с 15 849 посещений в смену в 2018 году до 15 563 посещений в смену в 2023 году), в расчете

на численность населения фактическая мощность стала ниже на 1,4% в 2023 году относительно 2018 года ($p < 0,05$).

Учитывая неоднородность территории региона по климато-географическим условиям и демографической ситуации, муниципальные образования Томской области были распределены на 5 групп, в зависимости от численности населения на конец года, где первая группа – это районы с численностью населения до 15 тыс. человек, вторая группа – от 15 до 30 тыс. человек, третья – от 30 до 50 тыс. человек, четвертая – от 50 до 100 тыс. человек (Томский район) и пятая группа – более 500 тыс. человек (г. Томск).

Из представленных данных видно, что в группе муниципальных образований с численностью населения менее 15 тыс. человек рост плановой мощности АПО на 10 тыс. населения составил 3,4% ($p > 0,05$) с 262,3 [253,2; 350,0] посещений в смену в 2018 году до 277,8 [267,9; 323,1] посещений в смену в 2023 году (Рисунок 12).

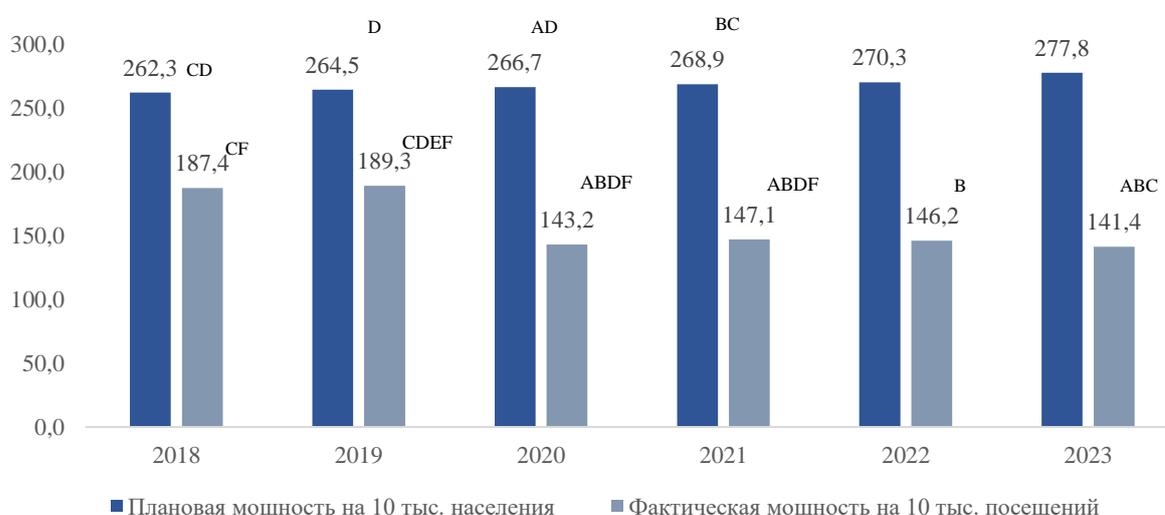


Рисунок 12 – Динамика плановой и фактической мощности АПО на 10 тыс. населения в группе муниципальных образований с численностью населения менее 15 тыс. человек (посещений в смену)

Примечание к рисунку 12 – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при $p < 0,05$; ^A – при сравнении с 2018 годом, ^B – при сравнении с 2019 годом, ^C – при сравнении с 2020 годом, ^D – при сравнении с 2021 годом, ^E – при сравнении с 2022 годом, ^F – при сравнении с 2023 годом.

Наибольший прирост отмечен в северных районах региона – г. Кедровом (15,4%), Александровском (9,7%) и Парабельском районах (7,0%). Увеличение

показателя связано со снижением численности населения муниципальных образований в период с 2018 по 2023 год. За 6 лет фактическая мощность на 10 тыс. населения снизилась на 23,6% ($p < 0,05$) со 187,4 [152,2; 206,3] фактических посещений в смену до 141,4 [137,0; 155,0] фактических посещений в смену. Уровень использования мощностей АПО составил $59,4 \pm 9,5\%$. Значительно сократилось число посещений в смену на 10 тыс. населения в Тегульдетском, Зырянском и Кривошеинском районах. Снижение показателя связано с увеличением численности населения данных муниципальных образований в период с 2018 по 2023 год и сокращением числа обращений в смену.

Во второй категории муниципалитетов рост плановой мощности АПО на 10 тыс. населения за период исследования (2018–2023 годы) составил 8,6% ($p > 0,05$) с 220,6 [185,2; 322,8] посещений в смену в 2018 году до 239,7 [183,2; 354,2] посещений в смену в 2023 году (Рисунок 13).

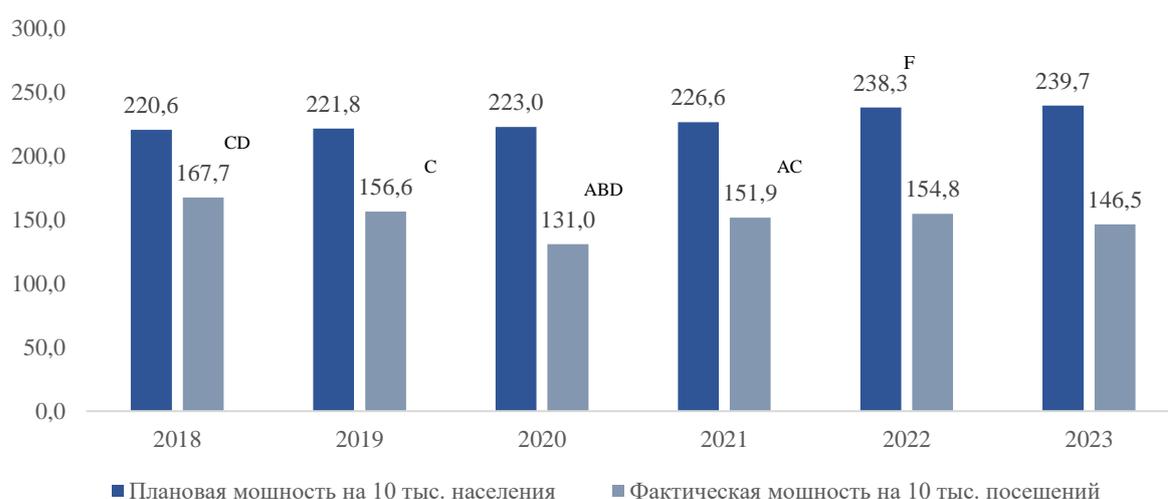


Рисунок 13 – Динамика плановой и фактической мощности АПО на 10 тыс. населения в группе муниципальных образований с численностью населения от 15 до 25 тыс. человек (посещений в смену)

Примечание к рисунку 13 – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при $p < 0,05$; ^A – при сравнении с 2018 годом, ^B – при сравнении с 2019 годом, ^C – при сравнении с 2020 годом, ^D – при сравнении с 2021 годом, ^E – при сравнении с 2022 годом, ^F – при сравнении с 2023 годом.

Наибольший прирост плановой мощности в расчете на численность населения отмечен, как и в предыдущей группе, на севере Томской области в

Верхнекетском (9,7%) и Каргасокском (8,6%) районах, убыль – в Шегарском районе (3,6%), расположенном на юге региона. За период наблюдения фактическая мощность на 10 тыс. населения снизилась на 12,6% ($p > 0,05$) со 167,7 [146,3; 192,4] фактических посещений в смену до 146,5 [125,5; 164,8] фактических посещений в смену. Уровень использования мощностей амбулаторно-поликлинических подразделений за исследуемый период составил $66,4 \pm 6,3\%$, максимальное снижение наблюдалось в Верхнекетском районе (23,8%), минимальное – в Шегарском районе (1,7%).

В муниципальных образованиях третьей группы (численность населения от 30 до 50 тыс. человек) рост плановой мощности АПО на 10 тыс. населения за 2018–2023 годы составил 9,9% ($p > 0,05$) с 242,7 [237,6; 251,0] посещений в смену в 2018 году до 266,7 [249,4; 294,4] посещений в смену в 2023 году (Рисунок 14).

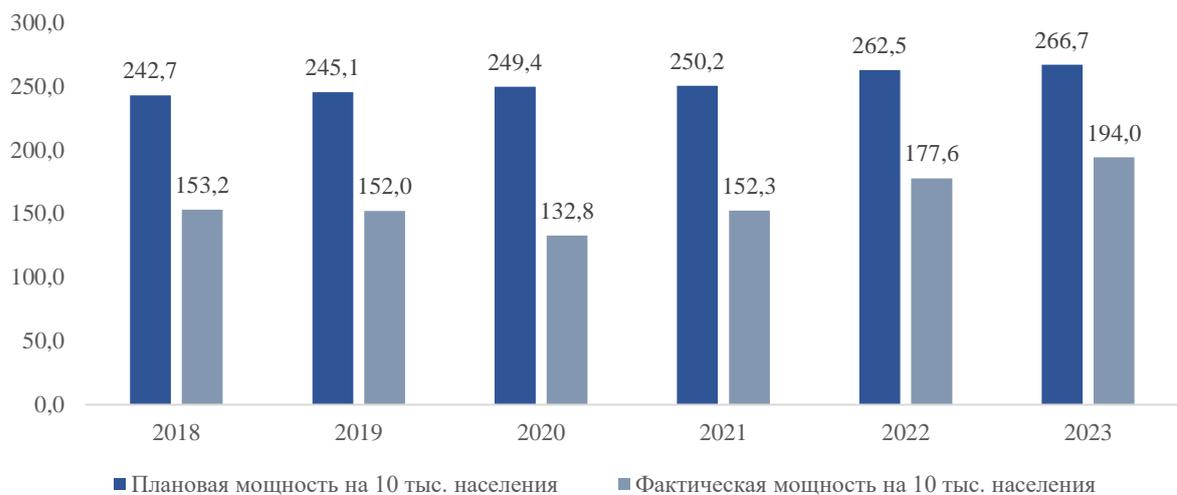


Рисунок 14 – Динамика плановой и фактической мощности АПО на 10 тыс. населения в группе муниципальных образований с численностью населения от 30 до 50 тыс. человек (посещений в смену)

Максимальный прирост плановой мощности в расчете на численность населения отмечен в Колпашевском районе (23,9%) за счет открытия врачебной амбулатории в мкр. Матьянги г. Колпашево на 35 посещений в смену. За рассматриваемый период фактическая мощность на 10 тыс. населения увеличилась на 26,7% ($p > 0,05$) со 153,2 [149,9; 191,3] фактических посещений в смену до 194,0

[126,4; 196,6] фактических посещений в смену. Уровень использования мощностей АПО за 2018–2023 годы составил $63,3 \pm 6,6\%$. Снижение уровня показателя было отмечено в г. Стрежевом (17,5%), рост – в Колпашевском районе (31,0%). При сравнении медианных значений показателей статистически значимых различий между периодами не наблюдалось.

К четвертой категории муниципальных образований был отнесен Томский район (89,3 тыс. населения по состоянию на 2023 год). За 6 лет (2018–2023 годы) плановая мощность АПО в расчете на численность населения стала больше на 4,6% в связи с увеличением размера площадей подразделений, оказывающих МП в амбулаторных условиях на 20 посещений в смену в 2023 году (Рисунок 15).

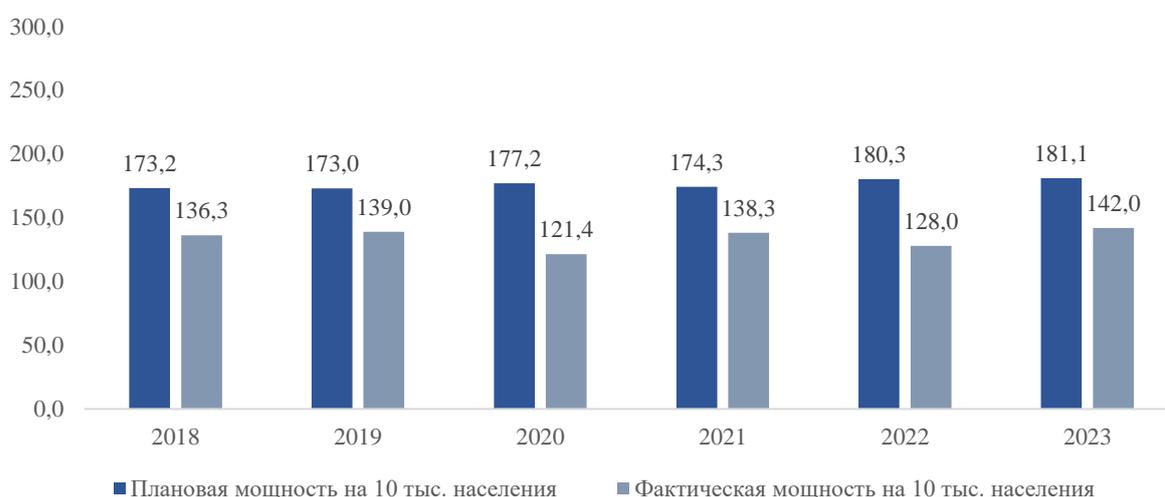


Рисунок 15 – Динамика плановой и фактической мощности АПО на 10 тыс. населения в группе муниципальных образований с численностью населения от 50 до 100 тыс. человек (посещений в смену)

Фактическая мощность АПО на 10 тыс. населения увеличилась на 4,2% ($p > 0,05$) со 136,3 до 142,0 фактических посещений в смену. Уровень использования мощностей АПО за 2018–2023 годы составил $76,1 \pm 5,0\%$. Необходимо отметить, что на протяжении периода наблюдения плановая мощность АПО в Томском районе была ниже, чем в муниципальных образованиях с более низкой численностью населения. При этом фактическая нагрузка на АПО была сопоставима с данными районами.

В г. Томске размеры площадей подразделений, оказывающих МП в амбулаторных условиях, сократились на 86 посещений в смену (2018 год – 10 331 посещение в смену; 2023 год – 10 245 посещений в смену), при этом плановая мощность АПО на 10 тыс. населения увеличилась на 4,5% (2018 год – 173,2 посещения в смену; 2023 год – 181,1 посещения в смену). Уровень использования плановой мощности за 6 лет составил $91,2 \pm 8,1\%$.

На Рисунке 16 представлено соотношение средних значений плановой и фактической мощности АПО за 2018–2023 годы в распределении муниципальных образований по категориям в зависимости от численности населения.

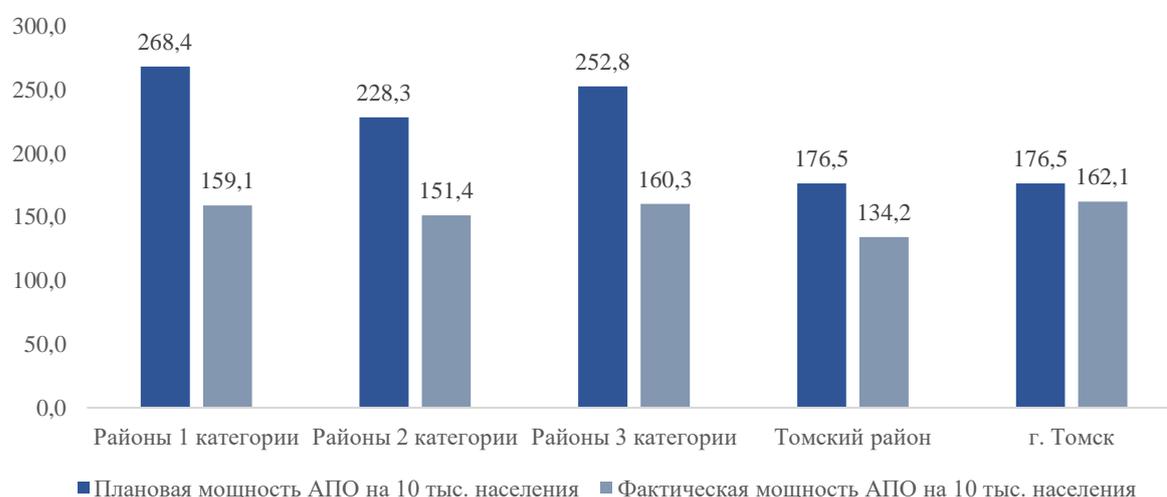


Рисунок 16 – Динамика плановой и фактической мощности АПО на 10 тыс. населения в зависимости от численности населения (посещений в смену)

Из диаграммы видно, что с увеличением численности населения муниципального образования снижается плановая мощность АПО в расчете на 10 тыс. населения и, соответственно, сокращается разрыв между обеспеченностью площадями амбулаторных подразделений (плановая мощность АПО на 10 тыс. населения) и их использованием (фактическая мощность АПО на 10 тыс. населения).

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о дисбалансе использования плановой мощности АПО в г. Томске и районах Томской области. В малонаселенных районах, расположенных на севере региона, имеется резерв

площадей для увеличения охвата населения лечебно-диагностическими мероприятиями ПМСП. Ограничением для использования мощностей АПО является территориальная доступность АПО для посещения жителями населенных пунктов, удаленных от МО. В свою очередь, высокий уровень использования мощности АПО в областном центре свидетельствует о загруженности подразделений МО г. Томска, оказывающих МП в амбулаторных условиях. Таким образом, меры по обеспечению доступности плановой МП должны быть направлены на минимизацию воздействия территориальных факторов, ограничивающих доступ жителей отдаленных населенных пунктов к МО, и на устранение организационных барьеров при маршрутизации пациентов по уровням оказания МП в плановой форме.

Показатель обращаемости населения в медицинские организации Томской области

Динамика обращаемости населения в медицинские организации является важной характеристикой доступности МП в плановой форме. В Томской области за 2018–2023 годы было выполнено 30,56 млн. посещений в МО, оказывающие ПМСП взрослому населению по территориально-участковому принципу, среднегодовое число посещений за 6 лет составило $6\,605,3 \pm 560$ посещений на 1000 населения.

В 2019 году в МО региона было выполнено 7 703,2 посещения на 1000 человек населения. Обращаемость населения в МО, оказывающие МП в амбулаторных условиях, в 2019 году увеличилась на 1,8% по сравнению с предыдущим периодом. Рост данного показателя зафиксирован в 11 муниципальных образованиях области. Из общего числа посещений 68,8% приходилось на обращения по поводу заболеваний, что на 8,8% больше по сравнению с предыдущими тремя годами, а 31,1% посещений были связаны с профилактикой и иными целями, при этом отмечено снижение на 6,4%. Эти данные сопоставимы с показателями по СФО (63,9% и 36,1% соответственно) и по Российской Федерации (65,5% и 34,5% соответственно).

В 2020 году показатель обращаемости населения в МО, оказывающие МП в амбулаторных условиях, снизился на 21,4% по сравнению с 2018 годом. Снижение наблюдалось во всех муниципальных образованиях области, кроме города Кедрового.

С 2021 года наблюдается устойчивый рост числа посещений, при этом темп прироста по сравнению с 2020 годом составил 16,6%. В 2022 году на территории МО области было зарегистрировано 7 156,9 посещений врачей на 1 000 человек населения (Таблица 12). За тот же период посещаемость врачей на дому значительно увеличилась: темпы прироста составили 75,1% в 2020 году и 90,6% в 2021 году по сравнению с 2019 годом. В 2022 году отмечено снижение данного показателя на 17,3%, однако уровень посещаемости на дому остается на 57,5% выше показателей 2019 года.

Таблица 12 – Обращаемость в медицинские организации Томской области в динамике за 2018–2023 годы (посещений на 1 000 населения)

Показатель	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Посещения к врачам	7 525,5	7 703,2	6 054,5	7 063,6	7 156,9	7 465,3
Из общего числа посещений к врачам – профилактические	2 817,5	2 919,4	1 912,3	2 470,7	2 523,7	2 837,4
Из общего числа посещений к врачам – на дому	374,7	380,1	665,3	724,6	598,7	449,4

В 2023 году по сравнению с 2022 годом зафиксированы положительные изменения по ряду показателей: увеличилось число посещений врачей МО на 5,3%; число визитов с профилактической целью возросло на 12,7%; при этом наблюдалось снижение количества посещений врачами на дому на 25,3%.

С 2019 года сохраняется устойчивая тенденция к увеличению числа посещений в кабинеты неотложной МП. По сравнению с 2018 годом данный показатель увеличился на 27,7%. В 2022 году в кабинеты неотложной МП было выполнено 387 712 посещений, что соответствует темпу прироста в 61,3 % по отношению к 2019 году (Таблица 13).

Таблица 13 – Деятельность кабинетов неотложной медицинской помощи в динамике за 2018–2023 годы

Показатель	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Число посещений в кабинеты неотложной МП, всего	188 318	240 386	273 994	307 703	387 712	343 627

Рост числа посещений кабинетов неотложной МП является положительным фактором, позволяющим снизить нагрузку как на службы СМП, так и на врачей-специалистов, осуществляющих плановый прием пациентов в АПО.

Для более детального анализа показатель обращаемости населения в МО, оказывающие ПМСП взрослому населению, был стратифицирован на группы муниципальных образований по численности населения, где первая группа – это районы с численностью населения до 15 тыс. человек, вторая группа – от 15 до 30 тыс. человек, третья – от 30 до 50 тыс. человек, четвертая – от 50 до 100 тыс. человек (МО Томского района) и пятая группа (МО г. Томска) – более 500 тыс. человек.

Среднегодовое число обращений в МО Томской области за 2018–2023 годы составило $7\,158,5 \pm 735,7$ посещений на 1000 населения, наименьшее значение было зафиксировано в 2020 году ($5\,979,1 \pm 1\,415,9$), наибольшее в 2023 году ($8\,273,4 \pm 4\,072,3$), темп роста за 6 лет составил 15,5%; $p > 0,05$.

В МО, расположенных в районах первой группы, среднегодовое число обращений за 2018–2023 годы составило $8\,094,6 \pm 601,0$ посещений на 1 000 населения, наименьшее значение было зафиксировано в 2020 году ($6\,973,6 \pm 865,4$), темп убыли за 6 лет составил 4,8%; $p > 0,05$ (Таблица 14).

Таблица 14 – Динамика обращаемости населения в медицинские организации Томской области, оказывающие ПМСП взрослому населению, в распределении по численности населения за 2018–2023 годы (посещений на 1 000 населения)

Группы муниципальных образований	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп прироста 2023 г. к 2018 г., %
1 группа	С 8 683,1 $\pm 1\,413,0$	СЕ 8 783,0 $\pm 1\,442,8$	ABDEF 6 973,6 $\pm 865,4$	BC 7 986,9 $\pm 822,2$	BCDF 7 873,2 $\pm 844,6$	С 8 268,2 $\pm 1\,111,0$	-4,8

Продолжение Таблицы 14

Группы муниципальных образований	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп прироста 2023 г. к 2018 г., %
Александровский	10 535,8	9 959,7	8 781,4	9 265,2	9 502,4	9 992,1	-5,2
Тегульдетский	10 484,4	10 755,0	7 466,6	7 384,7	7 705,0	8 125,5	-22,5
Бакчарский	7 046,6	7 313,7	6 477,0	8 413,0	7 116,7	7 413,3	5,2
Зырянский	8 776,7	8 972,9	6 634,7	7 677,9	7 688,2	7 715,9	-12,1
Кривошеинский	9 273,5	9 787,5	7 277,5	8 517,7	8 474,7	8 587,2	-7,4
Молчановский	7 189,6	7 500,4	5 894,8	7 463,3	7 409,1	7 494,2	4,2
Парабельский	9 456,9	8 647,9	7 039,9	6 586,2	7 461,3	8 888,9	-6,0
Чаинский	8 548,6	9 705,9	7 130,1	8 754,2	8 656,3	9 631,6	12,7
2 группа	С 8 632,5 ±1 291,9	С 8 422,2 ±1 126,9	ABDEF 6 628,7 ±1 036,2	С 8 257,0 ±882,7	С 8 159,6 ±1 469,1	8 558,8 ±1 400,2	-0,9
Верхнекетский	10 369,2	9 988,3	7 573,3	8 723,6	8 879,2	8 453,1	-18,5
Каргасокский	9 145,7	8 952,1	6 447,3	8 533,0	9 602,8	10 158,1	11,1
Кожевниковский	7 840,8	7 734,2	5 152,2	8 062,3	6 766,4	7 541,7	-3,8
Первомайский	6 979,6	7 054,4	6 301,6	6 835,3	6 397,3	6 884,4	-1,4
Шегарский	8 827,4	8 382,0	7 669,1	9 130,8	9 152,2	9 756,7	10,5
3 группа	8 214,2 ±910,5	8 435,2 ±1171,2	6 816,5 ±589,7	7 951,9 ±1311,8	8 199,3 ±1573,7	8 865,0 ±1703,3	7,9
Асиновский	9 258,0	9 784,8	7 458,7	9 354,9	9 747,0	10 375,8	12,1
Колпашевский	7 583,1	7 685,3	6 691,6	7 744,9	8 249,9	9 200,2	21,3
г. Стрежевой	7 801,6	7 835,5	6 299,2	6 755,9	6 600,9	7 019,0	-10,0
4 группа (МО Томского района)	6 048,7 ±789,7	6 445,4 ±742,2	5 670,1 ±614,8	6 377,1 ±624,9	6 403,1 ±773,3	7 078,3 ±762,0	17,0
5 группа (МО г. Томска)	5 418,9 ±1293,1	С 5 906,9 ±1 747,8	BDEF 4 725,9 ±1 331,6	С 5 697,9 ±1 631,7	С 5 828,9 ±1 761,7	С 8 321,3 ±7 364,6	53,6
Томская область	7 160,2 ±1959,9	7 396,3 ±1920,4	5 979,1 ±1415,9	7 059,1 ±1617,2	7 083,3 ±1686,8	8 273,4 ±4072,3	15,5

Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при $p < 0,05$;
^A – при сравнении с 2018 годом, ^B – при сравнении с 2019 годом, ^C – при сравнении с 2020 годом, ^D – при сравнении с 2021 годом, ^E – при сравнении с 2022 годом, ^F – при сравнении с 2023 годом.

После спада в 2020 году уровень посещений не достиг значений 2018 года, тем не менее наблюдается устойчивая тенденция к росту показателя (Рисунок 17).

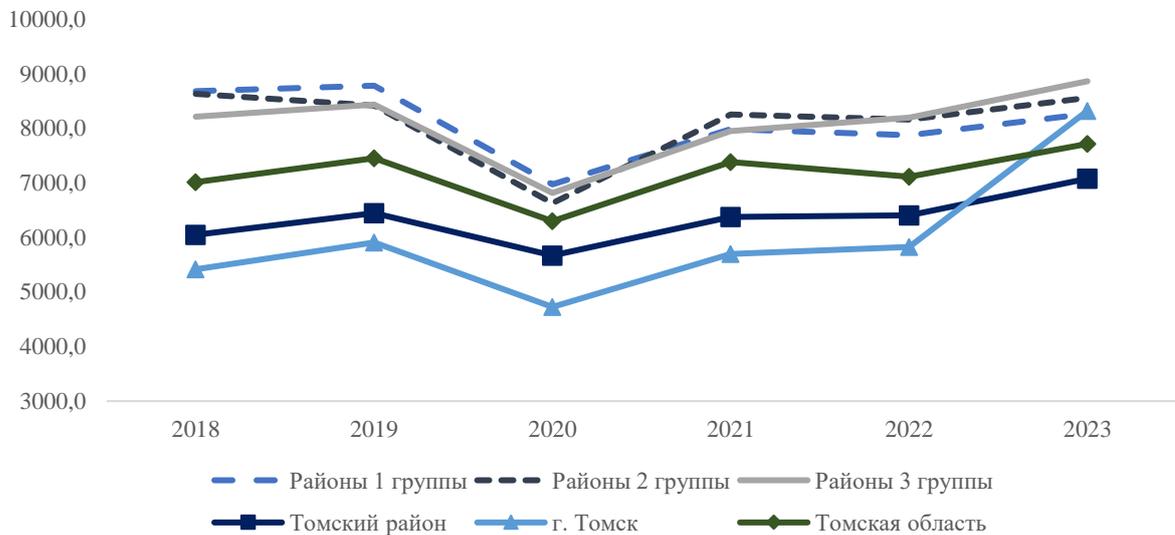


Рисунок 17 – Динамика посещений в МО муниципальных образований Томской области в распределении по численности населения за 2018–2023 годы (посещений на 1 000 населения)

В МО, расположенных в районах второй группы, сложилась подобная ситуация: среднегодовое число обращений за 2018–2023 годы составило $8\,109,8 \pm 747,0$ посещений на 1 000 населения, наименьшее значение было зафиксировано в 2020 году ($6\,628,7 \pm 1\,036,2$), наибольшее в 2018 году ($8\,632,5 \pm 1\,292,0$), темп убыли за 6 лет составил 0,9% ($p > 0,05$).

В МО, расположенных в районах третьей группы, среднегодовое число обращений за 2018–2023 годы составило $8\,080,3 \pm 691,0$ посещений на 1 000 населения, наименьшее значение было зафиксировано в 2020 году ($6\,816,5 \pm 589,7$), наибольшее в 2023 году ($8\,865,0 \pm 1\,703,0$), темп роста за 6 лет составил 7,9% ($p > 0,05$).

В МО, расположенных в районах четвертой группы, среднегодовое число обращений за 2018–2023 годы составило $6\,337,1 \pm 468,0$ посещений на 1 000 населения, наименьшее значение было зафиксировано в 2020 году ($5\,670,1 \pm 614,8$), наибольшее в 2023 году ($7\,078,3 \pm 762,0$), темп роста за 6 лет составил 17,2% ($p > 0,05$).

В МО г. Томска среднегодовое число обращений за 2018–2023 годы составило $5\,983,3 \pm 1\,222,8$ посещений на 1 000 населения, наименьшее значение было зафиксировано в 2020 году ($4\,725,9 \pm 1\,331,6$), наибольшее в 2023 году ($8321,3 \pm 478,9$), темп роста за 6 лет составил 53,6% ($p > 0,05$).

Таким образом, динамика обращаемости населения в МО районов Томской области имеет схожую тенденцию, характеризующуюся периодами спада числа посещений в 2020 году и подъемами в 2019 и в 2021 годах. Менее выраженные изменения наблюдались в МО Томского района, более чувствительными к введению ограничительных противоэпидемических мероприятий в 2020 году оказались МО районов Томской области.

Рассматривая динамику обращений населения в МО в зависимости от территориального расположения и численности населения за 2018–2023 годы, можно отметить, что в муниципальных образованиях первой, второй и третьей группы (численность населения до 50 тыс. человек) уровень посещений в течение всего периода наблюдений был выше, чем в МО Томского района и г. Томска (Рисунок 18).

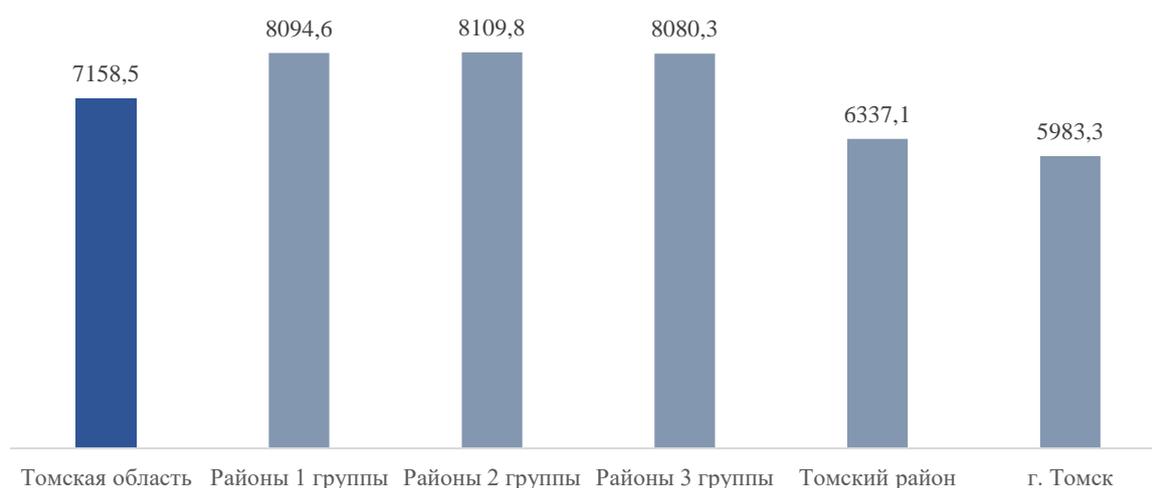


Рисунок 18 – Среднегодовое число обращений населения в МО за 2018–2023 годы в распределении по группам муниципальных образований по численности населения (посещений на 1 000 человек)

Более высокая востребованность районных МО может быть обусловлена ограниченным выбором учреждений для посещений населением, проживающим на

территории данных муниципальных образований, а также пропускной способностью подразделений, оказывающих МП в амбулаторных условиях.

В МО г. Томска и Томского района складывается противоположная ситуация. Более низкий уровень обращений по сравнению с районными МО может быть связан с более широким выбором медицинских организаций для посещения, включая МО частной и федеральных форм собственности.

Также необходимо отметить рост обращаемости населения в многопрофильные больницы и специализированные диспансеры Томской области. За период исследования (2018–2023 годы) число посещений увеличилось на 7,4% (с 919,0 на 1 000 населения в 2018 году до 986,8 на 1 000 населения). Наибольшее число посещений наблюдалось в 2019 году (995,3 на 1 000 населения), наименьшее в 2020 году (835,1 на 1 000 населения). В 2023 году показатель приблизился к уровню, достигнутому в 2019 году, и составил 986,8 посещений на 1 000 населения.

Проведенный анализ демонстрирует положительную динамику показателя обращаемости населения в МО, оказывающие ПМСП взрослому населению Томской области. Низкий уровень посещений в МО г. Томска, наблюдаемый в 2018–2022 годах, и стремительный рост, зафиксированный в 2023 году, позволяют сделать вывод о наличии резервов для повышения доступности МП за счет увеличения интенсивности работы первичного звена здравоохранения. Увеличение уровня обращаемости населения в многопрофильные и специализированные МО, оказывающие МП в амбулаторных условиях, свидетельствует, с одной стороны, о повышении нагрузки на учреждения, оказывающие МП на втором и третьем уровне, а с другой стороны, о повышении их доступности для населения с 2019 года.

Обеспеченность врачебными кадрами медицинских организаций Томской области

Согласно официальной статистике, в 2019 году в МО, подведомственных Департаменту здравоохранения Томской области, работали 4 094 врача (физических лица), из них 2 343 – в АПО. По сравнению с 2018 годом, численность

врачей, работающих в АПО, снизилась на 19 человек (0,76%). За весь период наблюдения численность врачей, оказывающих МП в амбулаторных условиях, уменьшилась на 4,98%. Соответственно, сократился показатель обеспеченности врачами с 22,0 на 10 000 населения в 2018 году до 21,0 в 2021 году, оставшись при этом выше средних значений по СФО и Российской Федерации. В 2022 году показатели вернулись к уровню 2018 года.

В 2019 году показатель обеспеченности врачебными кадрами в МО Томской области составил 43,45 врача на 10 тыс. населения. Этот показатель превышал федеральный норматив (41,0 врача на 10 тыс. населения) на 5,96% и был выше уровня СФО (37,6 врача на 10 тыс. населения) и Российской Федерации (37,6 врача на 10 тыс. населения) на 15,55%. Вместе с тем обеспеченность врачами в МО, находящихся в подчинении субъекта Российской Федерации, была ниже федерального норматива на 7,32% и составила 38,0 врача на 10 тыс. населения.

Показатель обеспеченности областных МО врачами АПО за 5 лет увеличился с 22,0 на 10 тыс. населения в 2018 году до 23,4 на 10 тыс. населения в 2023 году. Рост данного показателя зарегистрирован в 7 из 19 муниципальных образований региона, включая г. Томск.

Темпы роста варьировались от 0,51% в Асиновском районе до 12,2% в Кожевниковском районе. В остальных районах Томской области произошло снижение обеспеченности врачебными кадрами АПО. Скорость снижения к итогу 2022 года составила от 0,79% в Колпашевском районе до 16,03% в г. Стрежевой. Наименьший уровень обеспеченности врачами АПО в 2023 году зарегистрирован в г. Кедровом (11,4 на 10 000 населения), наибольший – в г. Томске (29,9 на 10 000 населения).

Укомплектованность должностей врачами АПО в анализируемый пятилетний период характеризуется нестабильной динамикой. Максимальное снижение показателя зафиксировано в 2020 году – 65,41% (на 3,42% меньше по сравнению с 2018 годом). В последующие годы – 2021 и 2022 – наблюдалось восстановление уровня укомплектованности (Рисунок 19).

В 2019 году значение показателя достигало 66,53% при уровне совместительства, равном 1,1. Наименьшие значения укомплектованности отмечены в Асиновском (55,61%), Чаинском (56,82%), Кожевниковском (58,30%) и Колпашевском (59,9%) районах. Наибольший уровень укомплектованности зарегистрирован в Шегарском районе и составил 82,23%.

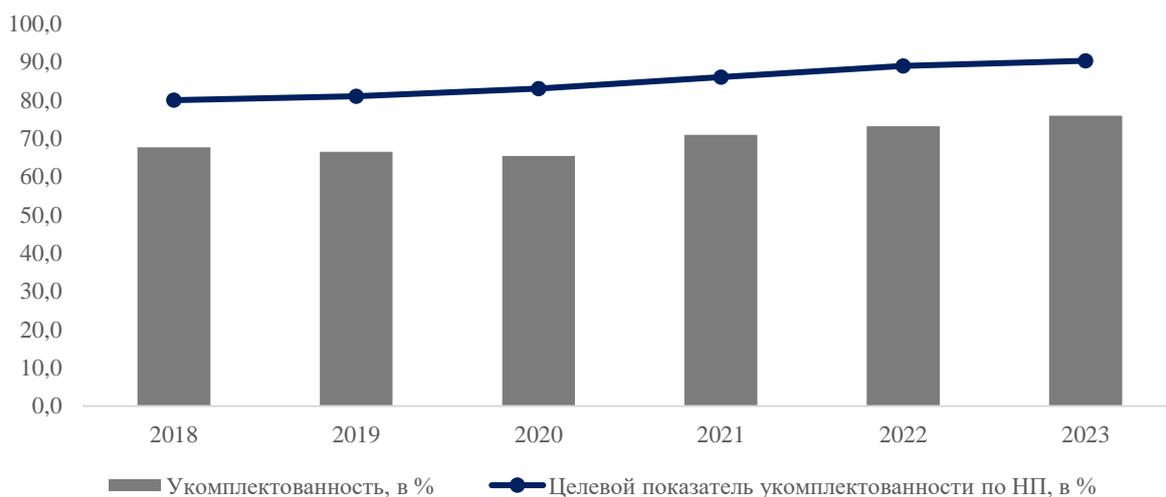


Рисунок 19 - Динамика укомплектованности должностей врачей АПО в Томской области за 2018–2022 годы

Примечание к рисунку 19 - НП – национальный проект «Здравоохранение»

Оценка потребности во врачебных кадрах, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях для обеспечения объемов ТППГ, проводилась на основе выявления дефицита или профицита специалистов. Для этого сравнивались планируемые потребности в кадрах с фактическими данными об их наличии, получаемыми из форм статистической отчетности. Данные собирались в соответствии с Методикой расчета потребности во врачебных кадрах, утвержденной приказом Минздрава России от 29.11.2019 № 974 «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах» [84].

Основой для расчета необходимой численности врачей, оказывающих МП в амбулаторных условиях, послужили объемы МП (число посещений на одного жителя), установленные ТППГ с учетом региональных особенностей и уровня заболеваемости населения Томской области.

Дефицит или профицит врачей, оказывающих МП в амбулаторных условиях, определяется как разница между расчетным и фактическим числом врачей в абсолютных значениях. В Таблице 15 приведены данные сравнительного анализа соответствия фактической численности врачей лечебной группы плановой потребности для выполнения объемов ТПГГ в 2019 году.

Таблица 15 – Дефицит врачебных кадров лечебной группы для выполнения ТПГГ Томской области в 2019 году

№	Показатель	Значение
1	Плановая потребность во врачебных кадрах для выполнения ТПГГ	2 178
2	Фактическая численность врачей МО подчинения субъекта	1 812
3	Дефицит врачебных кадров для выполнения ТПГГ в МО подчинения субъекта	-366
4	Численность врачей иных МО Томской области, привлекаемых с учетом планирования объемов по ТПГГ	203
5	Дефицит кадров в МО с учетом планирования объемов по ТПГГ	-163

Согласно полученным данным, в 2019 году амбулаторные подразделения испытывали дефицит в 163 врача-специалиста. Наибольший разрыв между плановой потребностью и фактическим числом врачебных кадров наблюдался по специальностям нефрология, пульмонология, ревматология, урология-андрология и травматология-ортопедия.

Таким образом, на ранних этапах организационных преобразований в отрасли наблюдался кадровый дефицит по большинству врачебных специальностей лечебного профиля. Следует особо подчеркнуть, что необеспеченная потребность в кадрах по таким специальностям, как кардиология, пульмонология, хирургия, онкология, колопроктология, вносила существенный вклад в длительность ожидания МП в плановой форме и сроки установления диагнозов при выявлении подозрения на ХНИЗ или факторов, их вызывающих.

Обеспеченность врачами-терапевтами участковыми

За период с 2018 по 2023 год численность врачей-терапевтов участковых в Томской области снизилась на 2,08% с 337 до 330 человек. Наиболее значительное сокращение численности произошло в 2023 году по сравнению с 2022 годом и составило 7,04% (25 врачей). Одновременно сократилось количество терапевтических участков – с 372 до 364, что связано с уменьшением численности населения региона.

В 2019 году недостаточная укомплектованность врачами-терапевтами участковыми была зафиксирована в МО Александровского (66,71%) и г. Стрежевой (65,73%). В 2023 году низкий уровень укомплектованности выявлен в Чаинском (50,03%), Колпашевском (73,34%), Кривошеинском (74,98%), Молчановском районах (75,23%) и г. Стрежевой (67,8%). Недоукомплектованность врачами-терапевтами участковыми при высокой доле совместительства приводит к дополнительной нагрузке на врачей и ухудшает качество и доступность ПМСП взрослому населению данных муниципальных образований. Отрицательная динамика численности врачей АПО в период с 2019 по 2021 год обусловлена, прежде всего, адаптацией системы здравоохранения для оказания МП населению в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, возникшей в 2020–2021 годах. В указанный период оказание МП в плановой форме в амбулаторных условиях было приостановлено, а врачи переведены на должности в стационарных учреждениях. Стабилизация эпидемиологической ситуации в 2022 году способствовала постепенному возвращению численности врачей к исходным значениям.

Стоит отметить, что показатель укомплектованности должностей врачами амбулаторного приема, наоборот, увеличился на 3,2 пункта в 2021 году по сравнению с 2018 годом при сохранении коэффициента совместительства на уровне 1,2 в 2018 и 2019 годах. Этот рост обусловлен, в том числе, приведением штатного числа врачебных должностей, оказывающих МП в амбулаторных условиях в соответствие с федеральными нормативами. Таким образом, в период

проведения исследования кадровая обеспеченность отрасли характеризовалась стабильно низкими показателями укомплектованности и высокими коэффициентами совместительства среди врачей амбулаторного приема в МО областного подчинения.

Недостаточная укомплектованность терапевтами участковых участков на фоне превышения нормативной численности населения по терапевтическим и педиатрическим участкам, а также дефицит врачей в областных МО, в том числе в районах Томской области стали основными предпосылками для разработки и внедрения управленческих решений, направленных на обеспечение населения доступной МП в данных условиях.

3.2.2. Анализ результативности процесса организации оказания медицинской помощи в плановой форме взрослому населению

Анализ результативности процесса организации оказания МП проводился согласно разработанной методике, включающей цели и результаты, комплекс показателей (Таблица 7; Раздел 2) и методы оценки (Рисунок 20).

Цель	Доступность медицинской помощи		
Показатели	<p align="center">Своевременность</p> <p>1. Сокращение средней длительности ожидания плановой консультации врача-специалиста, дней</p> <p>2. Сокращение средней длительности ожидания планового диагностического исследования, дней</p>	<p align="center">Преимственность</p> <p>3. Увеличение доли пациентов, записанных к врачам-специалистам медицинскими работниками, от общего количества направленных пациентов, %</p> <p>4. Сокращение доли пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру или контакт-центр), %</p>	<p align="center">Соответствие требованиям ТППГ</p> <p>5. Увеличение удельного веса направлений, по которым сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста не превышали сроки, установленные ТППГ, %</p> <p>6. Увеличение удельного веса направлений, по которым сроки ожидания планового диагностического исследования не превышали сроки, установленные ТППГ, %</p>
	Сокращение количества жалоб пациентов на организацию МП, поступающих в ДЗТО, ед. на 100 тыс. посещений в МО		
Оценка	Сбор и первичная обработка данных Статистическая обработка и анализ показателей Оценка и интерпретация результатов		

Рисунок 20 – Схема оценки результативности организации оказания МП в плановой форме

Для оценки использовались параметры, характеризующие своевременность оказания плановой МП, преимущество в лечебно-диагностическом процессе и соответствие сроков ожидания плановой МП установленным ТППГ. В качестве результирующего показателя применялся индикатор, оценивающий динамику количества жалоб на организацию МП в МО Томской области. Своевременность оказания МП в научной литературе трактуется как соблюдение установленных сроков проведения лечебно-профилактических мероприятий на каждом этапе оказания МП или как необходимость выполнения (или невыполнения) определенных действий в конкретный период предоставления МП.

Оценка своевременности оказания медицинской помощи в плановой форме

Независимо от подхода, выявление случаев несвоевременного оказания медицинских услуг свидетельствует о недостатках в организации МП и может стать причиной жалоб со стороны населения, а также повлечь ответственность медицинских работников и МО [4; 8; 140].

Основываясь на вышеизложенном, для оценки своевременности оказания МП в плановой форме были использованы показатели, отражающие сроки завершения ожидания МП в плановой форме во внешние МО, а также уровень жалоб населения на организацию МП.

Средняя длительность ожидания медицинской помощи в плановой форме

В 2018 году средняя длительность ожидания плановой консультации врача-специалиста составила 15,5 [13,5; 18,0] дней: в районных МО – 16,0 [14,0; 21,0] дней, в МО г. Томска – 14,5 [13,0; 15,3] дней. Среднее время ожидания планового диагностического исследования было равно 15,0 [12,00; 19,5] дням, при этом в районных учреждениях – 16,0 [14,0; 21,0] дням, в МО г. Томска – 11,5 [8,5; 13,3] дня.

Согласно полученным данным, в 2018 году медиана длительности ожидания МП в плановой форме (консультации врачей-специалистов и диагностические

исследования) при направлении во внешние МО г. Томска превышала установленные предельные сроки по тарифам ТППГ на 7,14%. Наибольший дисбаланс сроков ожидания между районными и городскими МО наблюдался при плановом направлении пациентов на диагностические исследования.

Уровень обращений пациентов по вопросам организации медицинской помощи в Департамент здравоохранения Томской области

Для проведения оценки данный показатель представлен в относительном выражении и рассчитан на 100 тыс. посещений в МО, участвующих в реализации проекта.

Для анализа были выбраны обращения пациентов с жалобами на длительность ожидания МП в плановой форме, затруднения при записи на прием и организацию маршрутизации. Обращения, связанные с обеспечением лекарственными средствами, качеством МП (включая врачебные приемы, диагностические и лечебные манипуляции), ресурсным обеспечением и коммуникацией с медицинскими специалистами, в расчет не включались. В 2018 году в Департамент здравоохранения Томской области поступило 147 обращений граждан, из которых 99 (67,35%) касались организации МП. Это составило 4,29 обращения на 100 тыс. посещений в МО. Наиболее часто пациенты жаловались на продолжительность ожидания записи к врачу (76,77%), далее следовали жалобы на очередь у кабинета врача (21,21%) и вопросы организации маршрутизации (2,02%).

Оценка показателей преемственности между этапами оказания медицинской помощи в плановой форме

Данная группа показателей отражает степень участия пациентов в административных процессах организации оказания МП в плановой форме, включая запись на консультацию или обследование, а также на повторный прием к врачу-терапевту участковому.

Значимость этих показателей для оценки доступности МП в плановой форме определяется, с одной стороны, жалобами пациентов на сложность маршрутизации

при направлении на дополнительное обследование и консультации во внешние МО. С другой стороны, наличием случаев незавершенного обследования либо неудовлетворительной подготовки пациентов на этапе ПМСП перед консультацией у врача-специалиста МО третьего уровня. Важность данного блока показателей усиливается также из-за удаленности населенных пунктов от МО, оказывающих специализированную МП.

Первый показатель «Доля пациентов, записанных к врачам-специалистам сотрудниками МО от общего количества пациентов, направленных на консультации врачей-специалистов» оценивал процесс маршрутизации пациентов при направлении врачом-терапевтом участковым на дополнительные консультации врачей-специалистов в МО третьего уровня. В 2018 году в МО Томской области удельный вес пациентов, записанных сотрудниками МО при направлении на дообследование, составлял 58,35 [50,29; 68,13] %.

Важным условием преемственности при проведении лечебно-диагностических мероприятий является оформление записи на повторные визиты сразу во время приема врачом или медицинской сестрой. Планирование посещений пациентов повышает вероятность прохождения всех назначенных диагностических исследований и консультаций, а также своевременного установления диагноза с назначением лечебных мероприятий. В 2018 году доля пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру или контакт-центр)», составляла 4,10 [1,78; 13,38] %.

Анализ соответствия сроков оказания медицинской помощи в плановой форме требованиям территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

В третью группу включены показатели, оценивающие эффективность организационных мероприятий, направленных на увеличение доли пациентов, получивших МП в плановой форме (консультативные и диагностические услуги) в установленные ТППГ сроки.

В Томской области в 2018 году ТПГГ были определены сроки ожидания МП в плановой форме для оказания следующих видов медицинских услуг:

- проведение диагностических инструментальных и лабораторных исследований (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональную диагностику, ультразвуковые исследования) должно осуществляться не позднее 14 календарных дней со дня назначения;
- консультации врачей-специалистов в рамках ПСМСП в плановой форме проводятся не позднее 14 календарных дней со дня обращения пациента в МО;
- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии в рамках ПМСП осуществляется не позднее 30 календарных дней со дня назначения; для пациентов с онкологическими заболеваниями – в срок не более 14 календарных дней;
- предоставление специализированной МП, за исключением высокотехнологичной, в стационарных условиях в плановой форме осуществляется не позднее 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию; для пациентов с онкологическими заболеваниями – не позднее 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или установления диагноза заболевания (состояния).

В период проведения исследования отсутствовали единые правила мониторинга соблюдения предельных сроков ожидания МП в плановой форме как в Томской области, так и по всей территории Российской Федерации [86; 87; 124; 119].

Контроль сроков предоставления МП в соответствии с программой ОМС в рамках ТПГГ осуществляется территориальным фондом ОМС или СМО. Данный контроль проводится в соответствии с установленными порядками, включая медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества МП [136].

Удельный вес случаев направлений со сроками ожидания, не превышающими установленные ТПГГ, составил 54,21 [46,56; 60,42]%. Значение

данного показателя по различным МО варьировали от 33,44 до 75,00%. Наименьший уровень соответствия сроков ожидания (46,84%) выявлен в районах Томской области. В г. Томске этот показатель составил 66,57%. Таким образом, в более чем половине случаев (из 4 974 проанализированных в 2018 году) сроки ожидания не соответствовали требованиям ТППГ.

Диапазон значений исследуемого показателя свидетельствует о неоднородности подходов к логистике потоков пациентов при направлении на внешние медицинские услуги. К факторам, способствующим увеличению сроков ожидания МП в плановой форме, относятся ограниченное количество специализаций в МО первого уровня на фоне недостаточных ресурсных возможностей учреждений второго уровня, а также недостатки нормативного регулирования, касающиеся определения этапности оказания МП и критериев выбора МО для направления на консультативные или диагностические услуги во внешние учреждения. Кроме того, наблюдается неравномерное распределение нагрузки между МО.

Резюме

Анализ доступности МП взрослому населению в трехуровневой модели оказания медицинской помощи в Томской области показал, что большинство медико-статистических показателей, используемых для оценки доступности и качества медицинской помощи, были сопоставимы со среднероссийскими значениями.

При этом были выявлены факторы, снижающие эффективность системы организации оказания медицинской помощи. Так, распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи в период исследования характеризовалось неравномерным размещением медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на втором и третьем уровнях, что ограничивало доступ жителей Томской области к отдельным видам специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Такая структура сети медицинских организаций обусловлена объективными климато-

географическими факторами, низкой плотностью населения и отсутствием транспортной инфраструктуры, которые не могли быть устранены в краткосрочной перспективе. Негативное влияние территориальных факторов усиливалось неоптимальной маршрутизацией пациентов при направлении в медицинские организации третьего уровня для оказания медицинской помощи.

Анализ использования выездных форм работы свидетельствует о востребованности организационной технологии для обеспечения жителей труднодоступных и малочисленных населенных пунктов медицинской помощью. В качестве мер дальнейшего совершенствования организации первичной доврачебной и первичной врачебной медико-санитарной помощи в сельских населенных пунктах – первого этапа комплексного оказания медицинской помощи, наряду с рациональным формированием сети медицинских организаций, требуется принятие системных решений на уровне субъекта РФ, регламентирующих порядки оказания медицинской помощи в плановой форме передвижными медицинскими подразделениями, включая виды бригад по виду и профилю оказания медицинской помощи; нагрузку на мобильные бригады и комплексы в зависимости от специализации и вида медицинской помощи; маршрутизацию пациентов на вышестоящие уровни оказания медицинской помощи.

Анализ пропускной способности подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, выявил значительный дисбаланс в обеспечении плановой мощности амбулаторно-поликлинических отделений медицинских организаций районов Томской области и г. Томска. В малонаселенных районах региона наблюдается недозагрузка плановых мощностей амбулаторно-поликлинических отделений, обусловленная низкой территориальной доступностью медицинских организаций для посещения жителями отдаленных населенных пунктов. В областном центре, наоборот, фиксируется высокая загруженность подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, что создает риски снижения качества оказания медицинской помощи в плановой форме.

Вместе с тем анализ обращаемости населения в медицинские организации Томской области показал более высокий уровень посещений населения в медицинские организации, расположенные в районах Томской области с численностью населения до 50 тыс. человек, по сравнению с медицинскими организациями г. Томска и Томского района. Такая ситуация может быть связана с разными возможностями выбора медицинских организаций для городского и сельского населения. Рост показателя в течение периода исследования свидетельствует о повышении активности работы амбулаторно-поликлинических отделений и наличии резервов для повышения доступности медицинской помощи при оптимальной организации процессов.

Также необходимо отметить, что существенный вклад в снижение доступности медицинской помощи в плановой форме вносил дефицит врачей по узкопрофильным специальностям, а также недоукомплектованность терапевтических участков врачами-терапевтами участковыми.

Таким образом, результаты анализа организации оказания медицинской помощи в Томской области подтвердили необходимость внедрения дополнительных организационных мер, направленных на формирование оптимальной схемы взаимодействия между медицинскими организациями, обеспечение скоординированности действий участников на каждом этапе лечебно-диагностического процесса с целью сокращения административных барьеров и гарантирования непрерывности лечения и медицинского наблюдения пациентов.

ГЛАВА 4. МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕЖУРОВНЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОЙ ФОРМЕ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Разработка и внедрение мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению проводились на третьем и четвертом этапах диссертационного исследования с применением методов организационного моделирования и организационного эксперимента (Рисунок 21).



Рисунок 21 – Управленческий цикл разработки и внедрения мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению

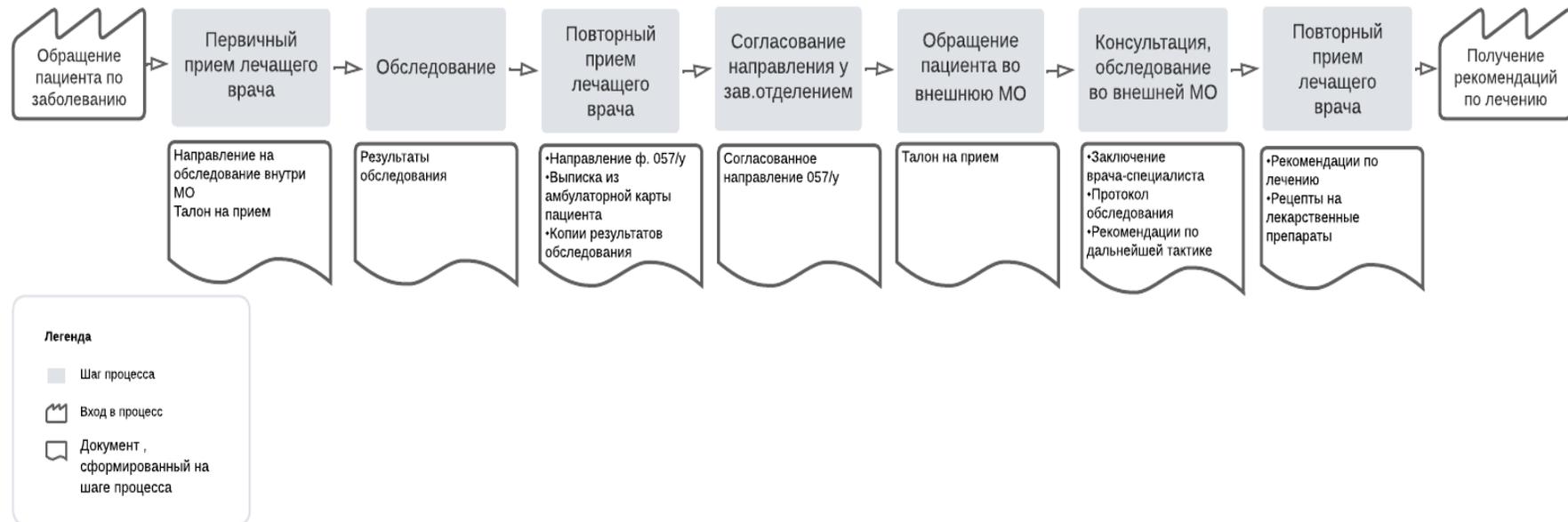
4.1. Анализ организации процесса оказания медицинской помощи в плановой форме взрослому населению на примере пилотной медицинской организации

Некоторые данные диссертационного исследования, представленные в настоящем разделе, нашли отражение в статье, опубликованной в периодическом издании [8].

Анализ организации процесса оказания МП в плановой форме проводился на базе ОГАУЗ «Поликлиника № 1» – МО первого уровня, оказывающей ПМСП взрослому населению г. Томска. В ходе работы проанализированы внутренние нормативные документы, регламентирующие деятельность МО и электронные формы первичных учетных и отчетных медицинских документов (ЭМД).

Анализ записей в ЭМД включал отбор случаев с направлением во внешнюю МО и максимальными сроками ожидания медицинских услуг, изучение маршрута пациентов на основе записей в электронных медицинских картах (ЭМК) и моделирование схемы процесса оказания МП в плановой форме.

Всего было проанализировано 60 ЭМК пациентов с диагнозами ХНИЗ, направленных во внешние МО в период с января по июнь 2018 года. Отбор для анализа осуществлен методом случайной выборки по 15 случаев из каждой нозологической группы ХНИЗ: заболевания системы кровообращения, злокачественные новообразования, заболевания органов дыхания и сахарный диабет. По результатам анализа внутренней нормативной и первичной медицинской документации процесса были выделены основные этапы оказания МП в плановой форме, в целом соответствующие принципам трехуровневой системы: первичное обращение к врачу-терапевту участковому, обследование, направление к врачу-специалисту и повторное обращение к врачу-терапевту участковому. На Рисунке 22 представлена укрупненная схема оказания МП в плановой форме с указанием основных этапов и перечнем документации, оформляемой в ходе процесса.



Лечащий врач – врач-терапевт участковый, врач-специалист, у которого пациент наблюдается по поводу состояния, заболевания.

Рисунок 22 – Укрупненная схема процесса оказания медицинской помощи в плановой форме взрослому населению при направлении во внешнюю медицинскую организацию г. Томска

Начальным этапом процесса являлось обращение пациента на первичный прием к врачу-терапевту участковому (далее – лечащий врач) по поводу заболевания. На основании жалоб пациента и результатов объективного осмотра лечащий врач оформлял направления на диагностические исследования в МО и передавал их пациенту.

При выборе тактики лечения и методов диагностики лечащие врачи руководствовались федеральными стандартами и порядками оказания МП по соответствующему профилю заболевания пациента.

Выбор МО для направления пациента на консультацию или обследование лечащие врачи осуществляли из перечня МО, участвующих в реализации ТППГ, в том числе в сфере ОМС на соответствующий период [78], по своему усмотрению либо в соответствии с внутренними правилами МО. Следует отметить, что в период проведения исследования отсутствовали внутренние задокументированные требования по маршрутизации пациентов во внешние МО. Аналогичная ситуация наблюдалась в большинстве МО Томской области. На региональном уровне были регламентированы требования к организации МП пациентам с онкологическими заболеваниями, а также к проведению медицинской реабилитации на амбулаторном и стационарном этапах.

На повторном приеме, после выполнения пациентом назначенных лечебно-диагностических процедур, врач при необходимости направлял пациента на дополнительное обследование или консультацию, в том числе во внешние МО. Данный цикл повторялся столько раз, сколько требовалось для установления точного диагноза и назначения терапии. Однако процесс мог быть прерван в случае неявки пациента на прием в назначенную дату. Чаще всего причиной отказа пациентов от продолжения обследования становились трудности с записью на назначенные медицинские услуги в МО.

Выявление дополнительных фактов, необходимых для формирования объективного представления об организации процесса оказания МП и взаимодействии между внутренними структурными подразделениями и с внешними МО, осуществлялось посредством обсуждений с врачами, средним

медицинским персоналом и руководителями подразделений, участвующими в данном процессе. После систематизации информации выделены следующие ключевые проблемы при организации оказания МП в плановой форме:

1) отсутствие структурированной информации о перечне внешних МО для направления пациентов в зависимости от профиля заболевания, а также о требованиях к подготовке пациентов для консультации врача-специалиста или обследования, правилах оформления направлений ф.057/у и порядке их согласования на врачебной комиссии МО;

2) отсутствие единой схемы маршрутизации пациентов с учетом профиля заболевания. Выбор МО для направления осуществлялся без анализа длительности ожидания медицинской услуги. Большинство врачей руководствовались собственным опытом и привычкой при выборе МО;

3) пациенту выдавались направления с указанием телефона для предварительной записи на консультацию или обследование. Повторная запись на прием у того же врача не осуществлялась из-за отсутствия информации о дате завершения обследования;

4) лечащий врач не контролировал прохождение пациентом назначенных обследований, вследствие чего многие пациенты не являлись на повторный прием с результатами;

5) необходимость повторного назначения лабораторных или инструментальных исследований в связи с истечением срока информативности данных, необходимой для госпитализации или для медико-социальной экспертизы.

Проблемы и особенности процесса свидетельствовали о его вариативности и высокой степени неопределенности в отношении требований к выполнению работ на каждом этапе.

В Таблице 16 представлены количественные данные анализа текущего состояния процесса оказания МП в плановой форме в ОГАУЗ «Поликлиника № 1».

Таблица 16 – Результаты анализа текущего состояния процесса оказания МП в плановой форме в ОГАУЗ «Поликлиника № 1»

Параметр	min	max	Проблема (несоответствие)	Последствие
Время продолжительности процесса, дней	15	56	длительный срок ожидания обследования во внешние МО	затягивание дообследования и начала лечения; назначение повторных (дублирующих) обследований; экстренная госпитализация пациента
			не планируется маршрут пациента	
			пациент не может записаться на обследование и на повторный прием к врачу	
			пациент откладывает плановое лечение, не проходит обследования в срок	
Количество визитов пациентов в поликлинику в рамках одного случая обращения, ед.	4	18	пациенты сами планируют визиты	неравномерная нагрузка на врачей; дефицит слотов для записи пациентов на прием к врачу
			в расписании приема врачей нет распределения по цели визита	
			необходимость переоформить направление	

По данным, полученным в ходе исследования, составлена схема процесса оказания МП в плановой форме на примере направления пациентов в МО третьего уровня – ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» (Рисунок 23). В период проведения исследования процесс включал 6 участников: пациент, сотрудники направляющей МО (регистратор, врач, медицинская сестра, заведующий отделением), сотрудники принимающей МО (регистратор, врач).

На схеме были визуализированы этапы, основные участники, точки принятия решения, переходы между этапами и длительность ожидания. Также отражено количество посещений и отмечены проблемные зоны. Общая продолжительность процесса варьировала от 17 до 56 дней.

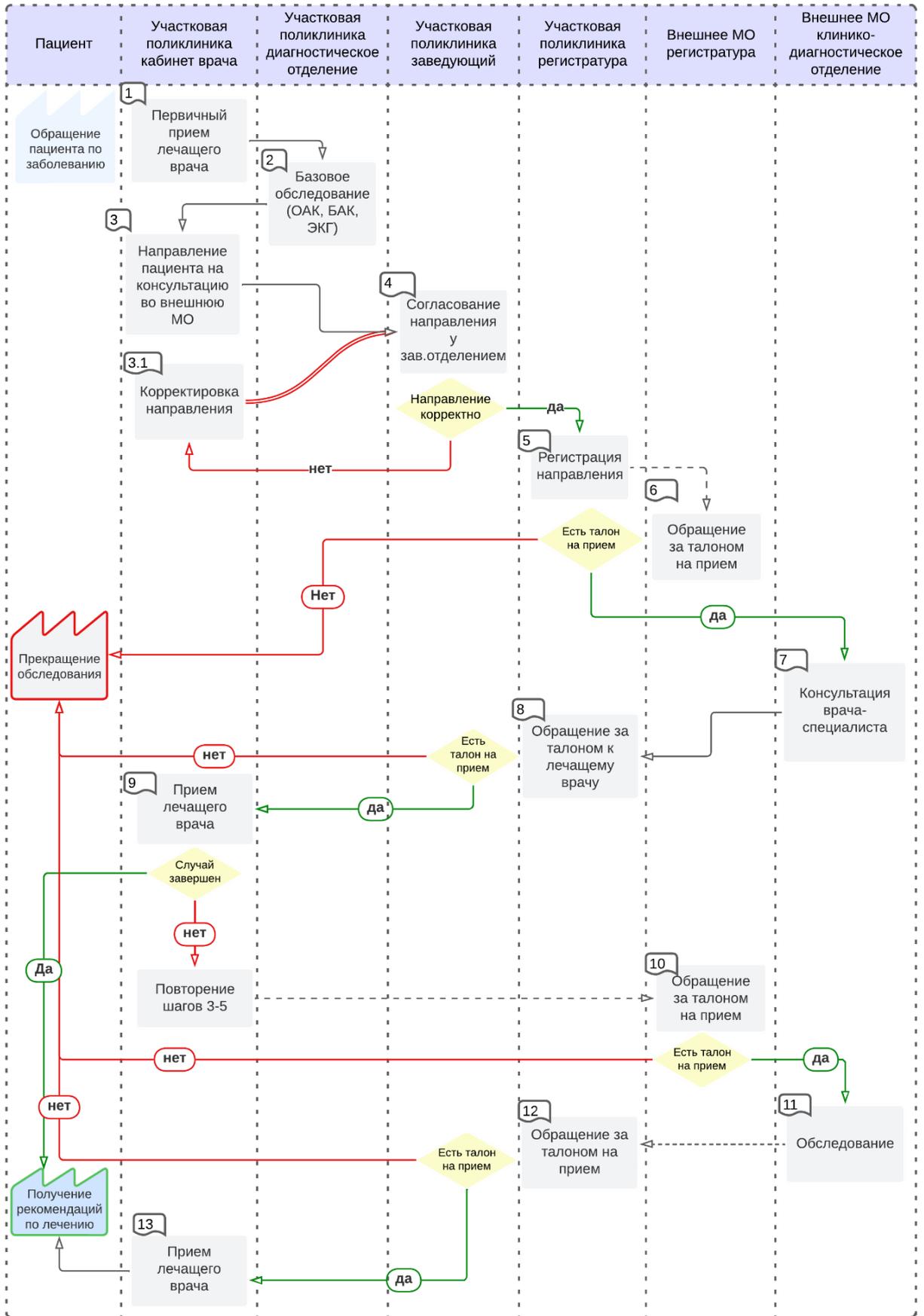


Рисунок 23 – Схема исходного состояния процесса оказания медицинской помощи в плановой форме при маршрутизации пациентов во внешнюю МО

Число посещений пациентов составляло от 5 до 13 визитов, при этом лишь 40–50% всех посещений были непосредственно связаны с клиническим состоянием пациента. Остальные визиты осуществлялись с административными целями, такими как оформление направлений и запись на прием.

Анализ выявленных проблем показал нарушение преемственности между этапами оказания МП, которые выражались в том, что для получения МП в плановой форме пациентам необходимо было самостоятельно планировать посещения и формировать комплект документов, необходимых для консультации врача-специалиста. При этом административные барьеры (недоступность регистратуры для обращения пациентов, ограниченный доступ к расписанию работы врачей-специалистов) и отсутствие единого порядка маршрутизации являлись причиной возврата пациентов на предыдущий этап процесса и приводили к увеличению длительности ожидания МП. Кроме того, отсутствовал мониторинг выполнения назначенных пациентам лечебно-диагностических мероприятий со стороны направившей МО, а также не обеспечивалось информирование о результатах обследования со стороны МО, оказавшей медицинскую услугу.

Вследствие этого оставались незавершенными случаи обращения пациентов по заболеванию, также увеличивались сроки обследования для постановки клинического диагноза. Кроме того, возрастала нагрузка на регистратуры МО и врачебные приемы, вызванная в том числе повторными обращениями пациентов для решения административных вопросов (выписка дубликата направления, перенаправление на прием и прочее). Описанные организационные проблемы негативно влияли на соблюдение установленных требований к срокам оказания МП в плановой форме, предусмотренных ТППГ, – не более 14 календарных дней при проведении диагностических исследований и консультаций врачей-специалистов [77–79].

Таким образом, ключевыми проблемами организации МП в плановой форме являлись нарушение преемственности между уровнями оказания МП, недостаточное взаимодействие между МО и отсутствие единых

стандартизированных требований к организации процесса маршрутизации пациентов при оказании МП в плановой форме.

4.2. Разработка мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению

Некоторые данные диссертационного исследования, представленные в настоящем разделе, нашли отражение в статьях, опубликованных в периодических изданиях [9; 68; 69].

Результаты проведенного исследования позволили разработать и обосновать комплекс мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению (далее – модель). Одним из решений по совершенствованию модели являлась централизация вспомогательных (административных) функций на уровне обособленной структурной единицы АПО – кабинета организации плановой медицинской помощи. Встраивание КОПМП в модель позволяло обеспечить взаимодействие субъектов лечебно-диагностического процесса – медицинских работников и пациентов на всех уровнях оказания МП и повысить ее доступность (Рисунок 24).

На первом уровне осуществляется оказание ПМСП пациентам врачами-терапевтами участковыми (врачами общей практики), на втором – оказание ПСМСП врачами-специалистами при проведении консультативно-диагностических мероприятий в амбулаторных условиях или в дневном стационаре, на третьем уровне – оказание специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, врачами-специалистами в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при стационаре. Решение о направлении пациентов на следующие уровни принимается врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики, врачами-специалистами в соответствии с порядками оказания МП по профилю заболевания.

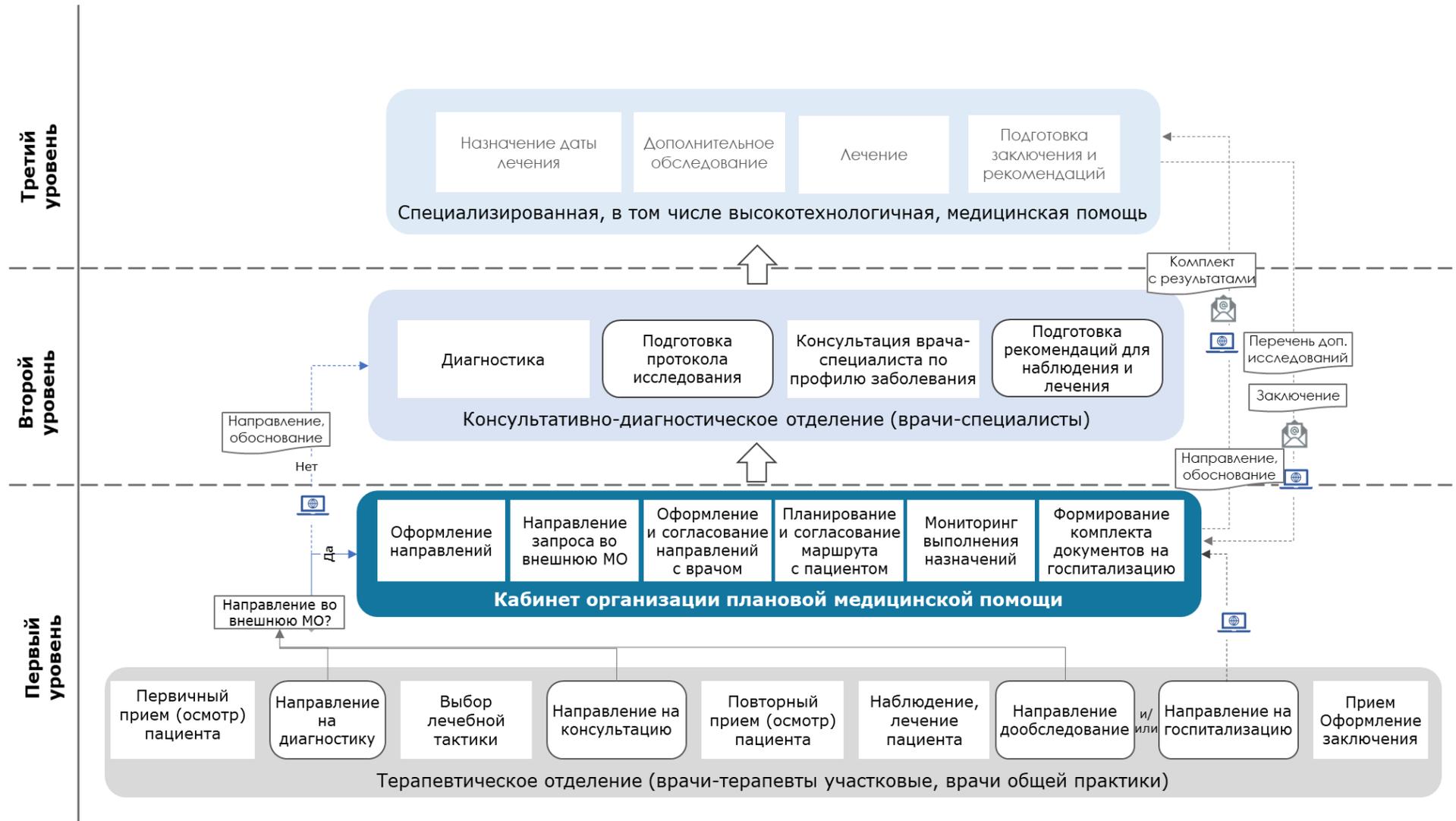


Рисунок 24 – Модель взаимодействия субъектов лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению

Усовершенствованная модель взаимодействия в трехуровневой системе оказания МП определяет уровни и этапы оказания МП; каналы взаимодействия между МО. С целью внедрения модели в деятельность МО, оказывающих ПМСП, был разработан Порядок организации медицинской помощи в плановой форме при направлении пациентов во внешние медицинские организации, который содержит описание и блок-схемы процессов с определением границ ответственности по этапам и функциям при маршрутизации пациентов между уровнями оказания МП (Приложение Б).

Основные процессы на первом уровне модели (в МО, оказывающих ПМСП по территориально-участковому принципу взрослому населению):

- 1) назначение лечебно-диагностических процедур. На этом этапе врачи-терапевты участковые или врачи-специалисты планируют необходимый объем медицинского обследования для определения дальнейшей тактики;
- 2) прием и регистрация направлений в КОПМП;
- 3) планирование маршрута пациентов в КОПМП при направлении на обследование и консультации;
- 4) планирование маршрута пациента в КОПМП при направлении на плановую госпитализацию;
- 5) мониторинг сроков документооборота между МО.

Ключевым элементом усовершенствованной модели являлся КОПМП. Основные задачи данного кабинета заключались в планировании последовательности прохождения этапов обследования с предварительной записью на прием к врачу, обеспечении документооборота и коммуникации между участниками процесса. В рамках внедрения модели предусматривалась передача отдельных функций от врачей и пациентов на средний медицинский и немедицинский персонал КОПМП. Схема процесса маршрутизации пациентов в условиях модели межуровневого взаимодействия МО представлена на Рисунке 25.

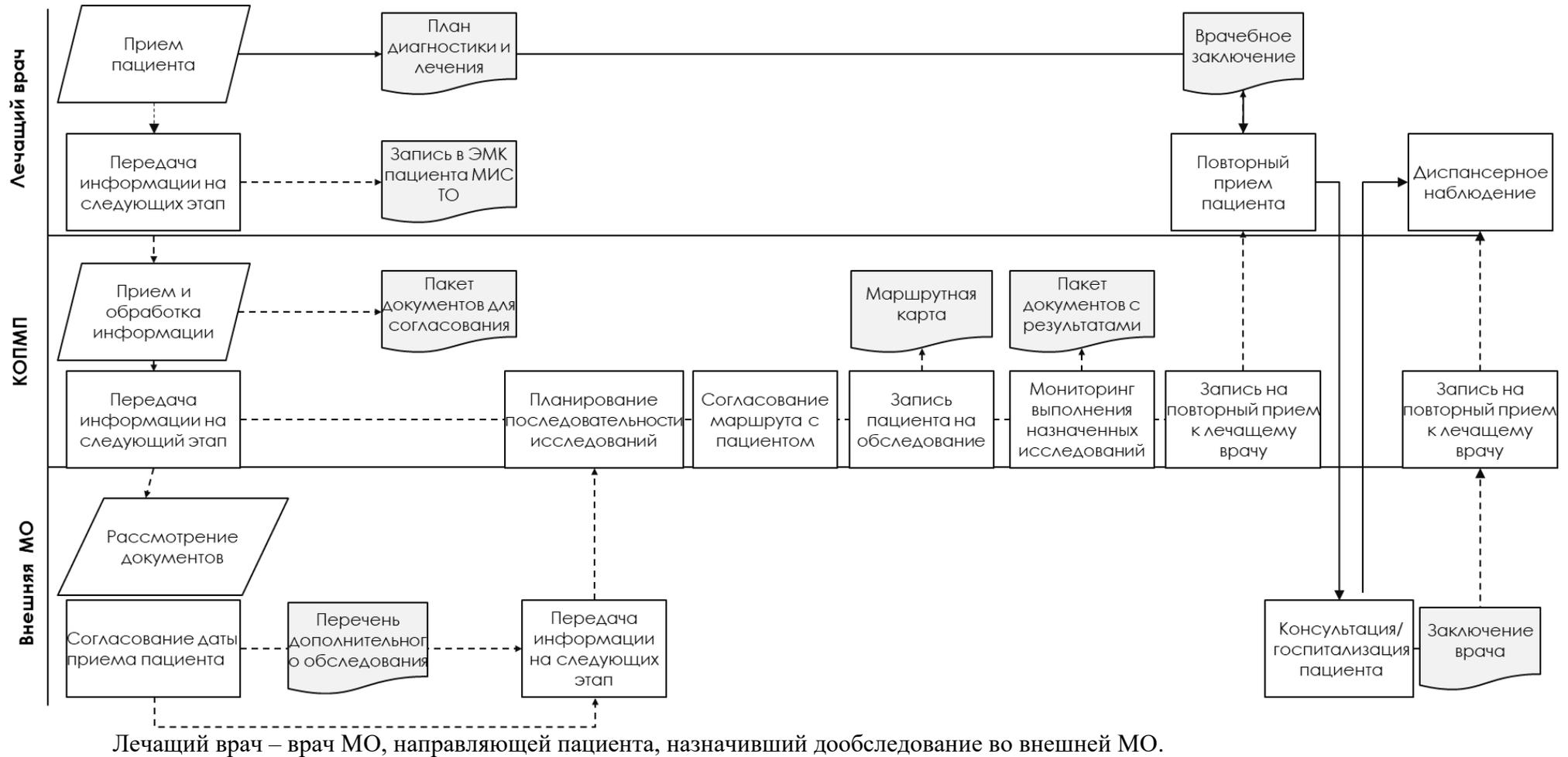


Рисунок 25 – Процесс маршрутизации пациентов в условиях модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций

Основные функции работников КОПМП при маршрутизации пациентов во внешние МО:

- определение последовательности прохождения пациентом назначенных лечебно-диагностических мероприятий;
- запись на медицинские услуги и заключительный прием к врачу по результатам обследования или лечения;
- формирование комплекта документов, необходимых для получения медицинских услуг;
- мониторинг прохождения пациентом назначенных лечебно-диагностических мероприятий.

Взаимодействие между МО осуществлялось дистанционно с использованием МИС ТО (только для МО подчинения субъекта Российской Федерации), защищенного канала связи VipNet или по телефону.

4.3. Внедрение мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия при оказании медицинской помощи в плановой форме взрослому населению

Мероприятия по внедрению модели в МО реализовывались в рамках регионального проекта «Внедрение Стандарта организации медицинской помощи в амбулаторных условиях на территории Томской области» (далее – региональный проект).

Типовой состав работ предусматривал выполнение в МО следующих мероприятий.

Организационно-штатные мероприятия (3–4 месяца):

- 1) определение целей, задач и функциональных обязанностей КОПМП;
- 2) установление структурных связей и уровня подчинения КОПМП;
- 3) планирование объемов деятельности КОПМП на основе расчета потребности в медицинских услугах внешних МО, а также иных функций;

4) формирование штатной структуры кабинета с учетом функций и задач КОПМП;

5) внесение изменений в штатное расписание МО;

6) разработка положения о КОПМП;

7) разработка должностных инструкций для сотрудников КОПМП;

8) подбор и комплектование штата сотрудников для работы в КОПМП.

Организационно-технические мероприятия (3–4 месяца):

1) определение помещения для размещения КОПМП;

2) оснащение кабинета офисной мебелью и оргтехникой;

3) подключение оргтехники к локальной информационно-коммуникационной сети и Интернет.

Организационно-методические мероприятия (4 месяца):

1) разработка стандартизированных операционных процедур (СОП) по основным направлениям деятельности КОПМП;

2) определение форм учетно-отчетной документации КОПМП, а также порядка и формата ее ведения и хранения;

3) обучение персонала применению СОП.

Сроки реализации мероприятий планировались с учетом структурных особенностей МО и составляли от 4 до 6 месяцев.

Контрольные мероприятия и подведение итогов

В ходе контрольных мероприятий по внедрению КОПМП осуществлялись еженедельный мониторинг сроков реализации ТПР и оценка соответствия КОПМП установленным требованиям. Для комплексной оценки реализации мероприятий по внедрению модели применялись методы наблюдения и статистического анализа. Степень внедрения требований к организации КОПМП оценивалась с помощью разработанных чек-листов на основании результатов выездных проверок и отчетов МО о деятельности КОПМП (приложение Г).

Чек-лист включал три группы показателей, оценивающих выполнение требований нормативного обеспечения деятельности КОПМП как структурного

подразделения МО и создание технических условий (структура КОПМП); требований стандартизации деятельности КОПМП (деятельность КОПМП); требований организации основных процессов КОПМП, включая оформление направлений во внешние МО, маршрутизацию и запись пациента на медицинские услуги (процессы КОПМП).

Для каждого показателя были определены методы оценки, включая наблюдение, опрос и анализ задокументированных данных по организации КОПМП. Итоги проведенной оценки за 2019 год и первый квартал 2020 года позволили установить средний уровень реализации КОПМП по всем МО, включенным в исследование, который составил 64,1%. Максимальный уровень соответствия требованиям составил 86,7%, его достигли в 4 МО Томской области; минимальный уровень – 20,0%; 21 МО из 31 МО достигла более 70,0% показателей.

Наиболее сложными для реализации оказались требования к организации записи пациентов на конкретную дату и время во внешние МО. Данный показатель был достигнут лишь в 12,9% МО. Это связано с тем, что не во всех МО, принимающих пациентов по направлениям, был предоставлен доступ к расписанию в МИС ТО для записи пациентов на необходимые медицинские услуги. Кроме того, в ряде случаев отсутствовало четкое определение сотрудников, ответственных за взаимодействие с направляющими МО при организации консультаций и обследований. Для записи пациентов на медицинскую услугу необходимо было звонить в общий контакт-центр МО или направлять перечни пациентов для записи по каналам защищенной связи.

Во всех МО были выполнены требования по организации плановой госпитализации во внешние МО, включая оформление направлений, формирование и передачу комплекта документов в МО по защищенным каналам связи. Также были разработаны и внедрены СОП и речевые модули для общения с пациентами.

4.4. Опыт реализации комплекса мероприятий по внедрению модели на примере ОГАУЗ «Поликлиника № 1» г. Томска

Краткая характеристика ОГАУЗ «Поликлиника № 1»

В период проведения исследования ОГАУЗ «Поликлиника № 1» оказывала ПМСП взрослому населению г. Томска на основе территориально-участкового принципа. Численность прикрепленного населения составляла 26,5 тыс. человек распределенных по 15 терапевтическим участкам. Средняя численность населения на один участок составляла 1 767 человек.

Структура поликлиники включала следующие медицинские подразделения и кабинеты:

- 1) регистратура;
- 2) терапевтическое отделение с кабинетами врачей-терапевтов участковых;
- 3) кабинеты врачей-специалистов амбулаторного приема: хирургический, урологический, офтальмологический, отоларингологический, неврологический, кардиологический, эндокринологический и инфекционных заболеваний;
- 4) диагностические кабинеты: рентгенодиагностический, функциональной диагностики и ультразвуковой диагностики;
- 5) общеполитклинические кабинеты: процедурный кабинет, смотровой женский кабинет, кабинет медицинской профилактики, кабинет доврачебного приема;
- 6) кабинет неотложной МП;
- 7) дневной стационар;
- 8) физиотерапевтическое отделение.

Планирование работы по созданию КОМП в ОГАУЗ «Поликлиника «№ 1»

В 2018 году на базе ОГАУЗ «Поликлиника № 1» был реализован пилотный проект по совершенствованию процесса оказания плановой МП. В рамках исследования проведен анализ исходного состояния процесса, разработаны и протестированы мероприятия по совершенствованию маршрутизации пациентов

при оказании МП в плановой форме. Для работы над пилотным проектом была создана рабочая группа, разработаны и утверждены локальные документы, назначены ответственные лица по направлениям и установлен график проведения совещаний.

Результаты оценки реализованных мероприятий продемонстрировали положительный эффект. В частности, коэффициент эффективности процесса, определяемый как отношение полезного времени оказания МП в плановой форме к общей продолжительности процесса (от даты выдачи направления на исследование до получения результатов), увеличился с 1,3 до 15,8%. Кроме того, количество избыточных визитов снизилось с 6 до 2 посещения. Материалы, полученные в ходе реализации пилотного проекта, легли в основу организационной технологии по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия при оказании МП в плановой форме взрослому населению.

В сентябре 2018 года ОГАУЗ «Поликлиника №1» была включена в региональный проект по реализации Стандарта распоряжением ДЗТО №817 от 10.09.2018, одним из направлений которого являлось внедрение КОПМП в МО. В связи с этим дальнейшие мероприятия по совершенствованию МП в плановой форме проводились в рамках регионального проекта.

Проект был реализован в период с 15.11.2018 по 13.08.2019. Реализация мероприятий осуществлялась в соответствии с утвержденным планом, составленным на основе рекомендаций ДЗТО, требований Стандарта и сложившихся условий деятельности поликлиники. Для реализации проекта в ОГАУЗ «Поликлиника №1» была создана рабочая группа из числа руководителей по всем направлениям деятельности поликлиники. Такой состав участников, обладавших знаниями и полномочиями по всем направлениям деятельности поликлиники, должен был обеспечивать результативность планируемой работы.

Внедрение КОПМП в поликлинике проходило в комплексе с другими мероприятиями плана реализации регионального проекта. Поэтому при планировании данного процесса требовалось учитывать нагрузку на исполнителей и ответственных по каждому направлению.

Таким образом, на сроки реализации мероприятий влияли высокая рабочая нагрузка, недостаточный уровень управленческих и проектных компетенций у руководителей процессов и подразделений, а также низкая вовлеченность владельцев процессов, включенных в план улучшений. Недостаточная мотивация сотрудников была частично обусловлена неудовлетворенностью материально-техническими условиями, включая состояние рабочих мест, сложные коммуникации со службой технической поддержки автоматизированных рабочих мест врачей и изношенность персональных компьютеров и оргтехники. Все это, безусловно, влияло на успешность проводимых изменений и их устойчивость после завершения регионального проекта.

Для мотивации и активного вовлечения сотрудников поликлиники применялись следующие меры:

1) проведение анкетирования, направленного на выявление проблем и оценку общего уровня удовлетворенности условиями труда (в исследовании приняли участие более 30% сотрудников);

2) информирование коллектива главным врачом о достигнутых улучшениях, выявленных проблемах и предложениях на еженедельных собраниях врачей и среднего медицинского персонала, а также отчетность о предпринятых мерах по их устранению;

3) регулярные обходы кабинетов с проведением встреч и бесед руководителей подразделений с сотрудниками;

4) общественное обсуждение внедряемых изменений и локальных нормативных актов.

Отсутствие мотивации и вовлеченности наблюдалось также на уровне управленческого состава поликлиники, который входил в состав рабочей группы и от которого зависели сроки и успех реализации проекта. Согласно методологии проектного управления и концепции бережливого производства, в команду проекта по внутриорганизационным изменениям следует включать сотрудников, заинтересованных и вовлеченных в процесс. Однако в условиях работы типовой МО эта рекомендация оказалась трудно реализуемой. В связи с этим наиболее

Красный цвет ячеек обозначал отрицательную динамику выполнения сроков, зеленый – положительные отклонения, а серый – соблюдение сроков. В процессе выполнения запланированных мероприятий фиксировался прогресс в соответствующем столбце.

Результаты реализации мероприятий по организации медицинской помощи в плановой форме

В ходе реализации проекта в ОГАУЗ «Поликлиника №1» выполнены следующие задачи:

- 1) создан КОПМП посредством реорганизации доврачебного кабинета;
- 2) разработаны нормативные документы, регламентирующие деятельность КОПМП;
- 3) принят на работу специалист со средним медицинским образованием для работы в кабинете;
- 4) организована работа с направлениями ф.057/у на консультации и обследования во внешние МО преимущественно без очного присутствия пациентов;
- 5) в МИС ТО было создано расписание для записи пациентов как через регистратуру при самообращении, так и для передачи информации о пациенте и назначенных лечебно-диагностических мероприятиях с приема врача.

В дальнейшем опыт внедрения КОПМП, включая локальные нормативные акты, регулирующие работу нового структурного подразделения, послужил основой для актуализации соответствующего раздела регионального стандарта и разработки типового положения о деятельности КОПМП.

Резюме

Основные мероприятия по разработке и внедрению комплекса мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи взрослому населению в плановой форме в

медицинских организациях Томской области были реализованы в период с января 2018 года по декабрь 2019 года.

На этапе диагностики был проанализирован процесс организации медицинской помощи в плановой форме, включая взаимодействие участников на различных этапах. Выявленные проблемы указывали на вариабельность процесса и значительную неопределенность в отношении требований к маршрутизации и критериям направления пациентов на последующие уровни оказания медицинской помощи. Это, в свою очередь, препятствовало достижению качественного результата в установленные сроки.

Несовершенная система определения медицинской организации для направления пациентов на обследование, недостаточная подготовка пациентов к последующему этапу оказания медицинской помощи, а также дефекты в оформлении медицинской документации приводили к неравномерному распределению нагрузки между медицинскими организациями, увеличению длительности врачебного приема и сроков ожидания медицинской помощи в плановой форме.

На основании проведенного теоретического и практического анализа разработан комплекс мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме. В модели выделены основные участники, этапы с описанием ключевых задач и каналы взаимодействия. Ключевым элементом модели является КОПМП, обеспечивающий управление потоками пациентов от первичного обращения в поликлинику до получения результатов обследования и лечения.

Разработанные требования и рекомендации по оказанию медицинской помощи в плановой форме были включены в Стандарт организации медицинской помощи в амбулаторных условиях на территории Томской области.

Результаты оценки внедрения КОПМП в медицинских организациях Томской области определили дальнейшие направления для повышения эффективности модели: создание структур, аналогичных КОПМП в медицинских организациях, принимающих пациентов на обследование, консультации по направлению 057/у,

открытие расписания в МИС ТО для возможности записи пациента из поликлиники.

Опыт внедрения мероприятий по организации КОПМП на примере городской поликлиники выявил основные сложности, с которыми сталкиваются руководители при реализации изменений в существующей системе. Полученные данные могут быть использованы организаторами здравоохранения при планировании внутриорганизационных проектов, направленных на совершенствование деятельности учреждения.

ГЛАВА 5. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МОДЕЛИ МЕЖУРОВНЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОЙ ФОРМЕ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Для сравнительного анализа МО, участвовавшие в исследовании, были распределены на две группы. В первую группу (группа А) вошли МО, завершившие внедрение мероприятий по организации КОПМП в 2019 году и в первом квартале 2020 года (уровень соответствия требованиям к организации КОПМП – 70% и более). Во вторую группу (группа Б) включены оставшиеся МО. Классификация МО и формирование групп осуществлялись по данным контрольных листов оценки внедрения КОПМП и отчетов МО о выполнении ТПР в 2019–2020 годах.

Оценка организационных изменений проводилась на основе разработанных показателей результативности (Таблица 7; раздел 2) за 2019 год с последующим сравнением данных с 2018 годом. В 2022–2023 годах выполнен мониторинг устойчивости достигнутых улучшений после отмены ограничительных мер, связанных с COVID-19 (2020–2021 годы), а также после полного возобновления оказания МП в плановой форме.

Анализ показателей результативности за 2019 год выявил положительную динамику по сравнению с 2018 годом в четырех из семи изученных параметров (Таблица 17), а именно:

- средняя длительность ожидания плановой консультации врача-специалиста, дней;
- доля пациентов, самостоятельно записавшихся на повторный прием через регистратуру или контакт-центр, в процентах;
- доля пациентов, записанных на обследование (консультации) сотрудниками МО от общего числа пациентов, направленных на дополнительное обследование (консультации), в процентах;

Таблица 17 – Динамика показателей результативности мероприятий по совершенствованию модели взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению Томской области (2018–2019 и 2022–2023 годы)

№	Показатель	Индикатор результативности	2018 год	2019 год	2022 год	2023 год
1.	Средняя длительность ожидания плановой консультации врача-специалиста, дней	снижение исходного значения	15,50 ^b [13,50; 18,00]	14,00 ^a [12,00; 15,00]	14,50 [11,00; 16,00]	15,00 [11,50; 17,00]
2.	Средняя длительность ожидания планового диагностического исследования, дней	снижение исходного значения	15,00 ^d [12,00; 19,50]	15,00 [10,50; 19,00]	14,00 ^d [11,00; 16,00]	12,75 ^{ac} [8,50; 18,75]
3.	Количество жалоб граждан по вопросам организации МП, зарегистрированных в ДЗТО, ед. на 100 тыс. посещений в МО	снижение исходного значения	4,29 ^{bd}	7,1 ^{acd}	2,84 ^{bd}	1,41 ^{abc}
4.	Доля пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру или контакт-центр), %	снижение исходного значения	4,16 ^b [1,78; 13,38]	2,72 ^a [1,02; 6,18]	4,35 ^d [1,90; 6,80]	2,84 ^c [0,70; 7,04]
5.	Доля пациентов, записанных к врачам-специалистам сотрудниками МО, %	рост исходного значения	58,35 ^{bcd} [50,29; 68,13]	66,56 ^a [53,08; 72,74]	67,55 ^a [54,39; 77,28]	66,55 ^a [55,69; 79,45]
6.	Доля случаев направления пациентов, при которых сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста не превышали установленные ТППГ, %	рост исходного значения	54,21 ^b [46,56; 60,42]	58,01 ^a [52,70; 65,35]	57,28 [48,00; 64,33]	53,11 [47,32; 66,87]
7.	Доля случаев направления пациентов, при которых сроки ожидания планового диагностического исследования не превышали установленные ТППГ, %	рост исходного значения	51,14 ^d [38,60; 63,27]	57,78 ^d [44,44; 66,67]	56,55 [44,06; 63,64]	62,59 ^{ab} [54,54; 70,57]
Примечание – Уровень значимости различий по Wilcoxon Matched Pairs Test – $p < 0,05$; а – при сравнении с 2018 годом; б – при сравнении с 2019 годом; с – при сравнении с 2022 годом; d – при сравнении с 2023 годом.						

– доля случаев направления пациентов, при которых сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста не превышали сроки, установленные ТППГ, в процентах.

В 2019 году по одному из семи показателей, а именно по «Количество жалоб пациентов по вопросам организации и МП (единиц на 100 тыс. посещений в МО)», регистрировалась отрицательная динамика, обусловленная ростом числа обращений, поступающих в ДЗТО с жалобами на организацию оказания МП (единиц на 100 тыс. посещений в МО).

Далее представлены результаты сравнительного анализа показателей в распределении по группам МО, целью которого являлось выявление различий до и после внедрения изменений (контрольный период – 2018 год).

5.1. Анализ показателей обеспечения своевременности оказания медицинской помощи в плановой форме

Средняя длительность ожидания плановой консультации врача-специалиста

В 2018 году медиана длительности ожидания плановой консультации врача-специалиста во всех МО, участвующих в исследовании, составила 15,50 [13,50; 18,00] дней. В МО группы А данный показатель превысил среднее региональное значение на 3,23%, а также был на 14,29% выше показателя МО группы Б (Таблица 18).

Таблица 18 – Сравнительный анализ средней длительности ожидания плановой консультации врача-специалиста в группах МО за 2018–2019 и 2022–2023 годы (медиана дней)

Группы МО	2018 год Ме [Q1; Q3] дней	2019 год Ме [Q1; Q3] дней	2022 год Ме [Q1; Q3] дней	2023 год Ме [Q1; Q3] дней
Группа А	16,00 ^{bcd} [15,00; 19,00]	13,00 ^a [11,50; 14,50]	14,00 ^a [12,00; 15,00]	14,50 ^{ab} [10,50; 15,25]
Группа Б	14,00 ^c [12,00; 15,00]	14,75 [14,00; 18,00]	16,00 ^a [11,00; 18,00]	15,50 [14,00; 19,00]

Продолжение Таблицы 18

Группы МО	2018 год Me [Q1; Q3] дней	2019 год Me [Q1; Q3] дней	2022 год Me [Q1; Q3] дней	2023 год Me [Q1; Q3] дней
Уровень значимости (парные сравнения группа А – группа Б) Mann-Whitney U Test	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Примечание – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при $p < 0,05$; ^a – при сравнении с 2018 годом, ^b – при сравнении с 2019 годом, ^c – при сравнении с 2022 годом, ^d – при сравнении с 2023 годом.				

По итогам 2019 года в МО группы А сроки ожидания уменьшились на 18,75% по сравнению с 2018 годом и на 11,86% относительно группы Б. В 2022 и 2023 годах средняя длительность ожидания в группе А оставалась ниже уровня 2018 года на 12,50% и 9,38% соответственно.

По сравнению с 2019 годом в 2022 году статистически значимых изменений не выявлено, однако в 2023 году наблюдалась отрицательная динамика – медиана длительности ожидания увеличилась на 11,54% по сравнению с 2019 годом. В группе Б в 2022 году отмечался рост показателя относительно 2018 года на 14,29% ($p < 0,05$), при этом в 2023 году статистически значимой динамики не зафиксировано. Также в период с 2019 по 2023 год различий между показателями в группе Б не обнаружено.

В 2022 году сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста в медицинских организациях группы А оставались ниже, чем в группе Б. В 2023 году статистически значимых различий между группами не выявлено.

Полученные данные подтверждают эффективность мероприятий, направленных на сокращение времени ожидания плановой консультации врача-специалиста.

Средняя длительность ожидания планового диагностического исследования

В 2018 году средняя продолжительность ожидания планового диагностического обследования в МО Томской области составила 15,00 [12,00; 19,50] дней. В МО группы А этот показатель был равен 16,00 [13,00; 21,00] дням и превышал значение группы Б (13,25 [11,00; 14,00] дней) на 20,75%. По результатам 2019 года медианное значение показателя в группе А снизилось на 12,50% по сравнению с 2018 годом и на 15,15% относительно медианы группы Б. В то же время в группе Б наблюдался рост показателя на 24,53% по сравнению с 2018 годом. Эти данные указывают на улучшение ситуации в МО группы А и ухудшение в МО группы Б (Таблица 19).

Таблица 19 – Сравнительный анализ средней длительности ожидания планового диагностического исследования в группах МО за 2018–2019 и 2022–2023 годы

Группы МО	2018 год Me [Q1; Q3] дней	2019 год Me [Q1; Q3] дней	2022 год Me [Q1; Q3] дней	2023 год Me [Q1; Q3] дней
Группа А	16,00 ^{bcd} [13,00; 21,00]	14,00 ^a [10,00; 16,00]	14,00 ^a [11,00; 15,00]	12,00 ^{ab} [8,00; 16,25]
Группа Б	13,25 ^{bc} [11,00; 14,00]	16,50 ^a [15,00; 21,00]	16,00 ^a [13,00; 24,00]	12,75 ^{bc} [8,50; 16,00]
Уровень значимости (парные сравнения группа А – группа Б) Mann-Whitney U Test	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Примечание – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при $p < 0,05$; ^a – при сравнении с 2018 годом, ^b – при сравнении с 2019 годом, ^c – при сравнении с 2022 годом, ^d – при сравнении с 2023 годом.				

В 2022 году показатель, достигнутый в 2019 году в группе А, сохранился на уровне ниже показателя 2018 года, что свидетельствует об устойчивости проведенных изменений. В группе Б сохранение показателя на уровне 2019 года отражает обратную тенденцию: сроки ожидания остались на 20,75% выше уровня 2018 года. По итогам 2023 года в обеих группах выявлены положительные

изменения. В группе А продолжительность ожидания диагностического исследования уменьшилась на 14,29% по сравнению с 2019 годом и на 25,00% по сравнению с 2018 годом. В группе Б сроки ожидания сократились на 22,73% относительно 2019 года и на 20,31% по сравнению с 2022 годом.

Таким образом, наиболее значимые различия были выявлены в группе А по результатам 2019 года, что соответствует периоду активной реализации мероприятий регионального проекта. Сохранение достигнутого уровня в 2022 и 2023 годах по сравнению с 2018 годом указывает на устойчивость результатов, полученных в ходе выполнения организационных мероприятий. Снижение медианы длительности ожидания МП в плановой форме по сравнению с 2019 годом свидетельствует о значительной роли административного ресурса в поддержании процессов на необходимом уровне с целью сохранения и улучшения достигнутых показателей.

Невыполнение в полном объеме мероприятий в МО группы Б постепенно приводило к ухудшению ситуации в части увеличения длительности ожидания плановых консультаций врачей-специалистов. Это происходило на фоне расширения охвата населения диспансеризацией и ПМО с выявлением ХНИЗ, требующих дополнительного обследования.

5.2. Анализ показателей преемственности между этапами оказания медицинской помощи в плановой форме

Доля пациентов, записанных к врачам-специалистам сотрудниками МО

Показатель «Доля пациентов, записанных к врачам-специалистам сотрудниками МО» отражает эффективность процесса планирования маршрутизации пациентов и обеспечения преемственности между МО при оказании МП в плановой форме. Организация централизованной записи пациентов на консультации врачей-специалистов сотрудниками МО в процессе планирования лечебно-диагностических мероприятий способствует повышению доступности и улучшению качества предоставляемой МП.

По результатам 2019 года уровень показателя составил 66,56 [52,70; 72,70]% с темпом прироста 14,07% по сравнению с 2018 годом. В 2022 и 2023 годах сохранились статистически значимые различия по сравнению с 2018 годом: темп прироста составил 15,77% в 2022 году и 14,05% в 2023 году. В Таблице 20 приведена сравнительная характеристика показателя «Доля пациентов, записанных к врачам-специалистам сотрудниками МО» в распределении по группам МО.

Таблица 20 – Сравнительная характеристика показателя «Доля пациентов, записанных к врачам-специалистам сотрудниками МО, %» по группам МО за 2018–2019 и 2022–2023 годы

Группы МО	2018 год Me [Q1; Q3], %	2019 год Me [Q1; Q3], %	2022 год Me [Q1; Q3], %	2023 год Me [Q1; Q3], %
Группа А	57,77 ^{bcd} [51,21; 63,28]	66,56 ^{ab} [56,57; 70,23]	68,36 ^{ac} [55,71; 77,60]	67,87 ^{ad} [55,75; 80,16]
Группа Б	65,10 [43,05; 70,39]	64,85 [45,66; 74,93]	63,13 [52,38; 74,68]	63,29 [55,68; 73,02]
Уровень значимости (парные сравнения группа А – группа Б) Mann-Whitney U Test	p < 0,05	p > 0,05	p < 0,05	p > 0,05
Примечание – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при p < 0,05; ^a – при сравнении с 2018 годом, ^b – при сравнении с 2019 годом, ^c – при сравнении с 2022 годом, ^d – при сравнении с 2023 годом.				

В МО группы А отмечен рост показателя в 2019 году и 2022 году по сравнению с 2018 годом на 15,22% и на 18,33% соответственно. Данное увеличение свидетельствует о возрастании числа централизованных записей к врачам-специалистам при планировании МП. В МО группы Б наблюдалось снижение показателя на протяжении всего периода исследования, однако данные изменения были статистически незначимыми. В группе А отмечена положительная динамика показателя «Доля пациентов, записанных к врачам-специалистам сотрудниками МО» в 2019 и 2022–2023 годах по сравнению с 2018 годом, что свидетельствует об эффективности проведенных организационных мероприятий.

Доля пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру или контакт-центр)

Данный показатель, как и показатель, рассмотренный выше, характеризует результативность планирования маршрута пациента при оказании МП в плановой форме при обращении по поводу ХНИЗ. Как правило, повторный прием лечащего врача планируется, исходя из сроков прохождения обследования и готовности результатов. Таким образом, факт записи пациента на повторный прием, совершенный медицинскими работниками без необходимости дополнительного обращения пациента в регистратуру, свидетельствует о том, что лечебно-диагностический процесс и запись на прием организованы в соответствии с требованиями к организации плановой МП.

В 2019 году доля самостоятельных записей пациентов на повторный прием через обращение в регистратуру снизилась на 33,66% по сравнению с 2018 годом. По итогам 2022 года был зафиксирован рост данного показателя по сравнению с 2019 годом, что указывало на неблагоприятную динамику. Однако статистический анализ с использованием критерия Wilcoxon Matched Pairs Test показал, что выявленные различия не имели значимой степени. В 2023 году число самостоятельных записей пациентов на повторный прием снизилось на 34,71% относительно 2022 года, что свидетельствует о положительных тенденциях в организации планирования МП. В остальные периоды статистически значимых отличий в уровнях показателей не выявлено.

Сравнение уровней показателя между группами МО продемонстрировало положительные изменения в группе А в 2019 году и 2022–2023 годах относительно 2018 года. В отличие от группы А, в группе Б наблюдалось увеличение доли пациентов, самостоятельно записавшихся на повторный прием, что свидетельствовало о негативной динамике. Сравнительная характеристика показателя в распределении по группам МО представлена в Таблице 21.

Таблица 21 – Сравнительная характеристика показателя «Доля пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру или контакт-центр), %» по группам МО за 2018–2019 и 2022–2023 годы

Группы МО	2018 год Me [Q1; Q3], %	2019 год Me [Q1; Q3], %	2022 год Me [Q1; Q3], %	2023 год Me [Q1; Q3], %
Группа А	4,50 ^{bd} [1,78; 9,32]	3,07 ^a [1,30; 5,78]	3,95 [1,40; 5,15]	2,42 ^a [0,78; 3,96]
Группа Б	4,03 ^{bc} [2,10; 13,55]	6,47 ^a [0,52; 13,04]	6,25 ^a [4,20; 27,30]	5,21 [0,62; 24,57]
Уровень значимости (парные сравнения группа А – группа Б) Mann-Whitney U Test	p > 0,05	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05
Примечание – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при p < 0,05; ^a – при сравнении с 2018 годом, ^b – при сравнении с 2019 годом, ^c – при сравнении с 2022 годом, ^d – при сравнении с 2023 годом.				

В то же время улучшение динамики показателя в целом по региону и в группе А в частности свидетельствует о достижении запланированного результата по показателю «Доля пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру или контакт-центр), %».

Таким образом, мероприятия, проведенные в МО группы А, продемонстрировали эффективность в обеспечении преемственности между этапами лечебно-диагностического процесса при оказании МП в плановой форме.

5.3. Анализ соответствия сроков оказания медицинской помощи в плановой форме требованиям территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Если показатели своевременности оказания МП позволяют оценить медиану длительности ожидания МП в плановой форме, то данная группа индикаторов характеризует относительный удельный вес направлений в МО третьего уровня от общего числа направлений, по которым длительность ожидания МП в плановой форме не превышала сроки, установленные ТППГ – 14 рабочих дней.

Доля случаев направлений пациентов, по которым сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста не превышали сроки, установленные ТПГГ

В 2018 году удельный вес направлений, по которым плановые консультации врачей-специалистов были оказаны своевременно, составил 54,21 [46,56; 60,42] %. Значение показателя группы А находилось на позиции ниже среднего уровня по Томской области на 2,80% и группы Б на 8,98%. По итогам 2019 года отмечена положительная динамика как в целом по Томской области, так и в МО группы А: доля консультаций, выполненных в установленные сроки, увеличилась на 7,01% и 13,44% соответственно, в группе Б, напротив, зарегистрировано снижение уровня показателя на 4,78% (Таблица 22).

Таблица 22 – Сравнительный анализ показателя «Доля случаев направлений пациентов, по которым сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста не превышали сроки, установленные ТПГГ, %» по группам МО за 2018–2019 и 2022–2023 годы

Группы МО	2018 год Me [Q1; Q3], %	2019 год Me [Q1; Q3], %	2022 год Me [Q1; Q3], %	2023 год Me [Q1; Q3], %
Группа А	52,69 ^b [46,56; 58,62]	59,77 ^a [54,29; 64,35]	57,28 [51,01; 63,92]	56,11 [49,33; 70,59]
Группа Б	57,89 [54,21; 61,68]	55,12 ^d [51,18; 65,35]	53,66 [47,00; 64,44]	52,78 ^b [45,28; 59,25]
Уровень значимости (парные сравнения группа А – группа Б) Mann-Whitney U Test	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Примечание – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при p < 0,05; ^a – при сравнении с 2018 годом, ^b – при сравнении с 2019 годом, ^c – при сравнении с 2022 годом, ^d – при сравнении с 2023 годом.				

В 2022–2023 годах значение показателя группы А сохранилось на позиции выше уровня 2018 года. В то же время в МО группы Б за 2023 год зафиксировано

снижение показателя на 4,24% относительно 2019 года, что свидетельствует об ухудшении ситуации.

Доля случаев направлений пациентов, по которым сроки ожидания планового диагностического исследования не превышали сроки, установленные ТПГГ

В 2018 году удельный вес диагностических исследований, выполненных в установленные сроки, составил 51,14 [38,60; 63,27] %. Значение показателя группы А находилось на позиции ниже среднего уровня по Томской области на 4,50% и группы Б на 13,73%. Начиная с 2019 года в МО группы А наблюдается улучшение ситуации как по сравнению с 2018 годом, так и относительно МО группы Б.

По результатам 2019 года зафиксирована положительная динамика по сравнению с 2018 годом: в целом по Томской области прирост составил 12,98%, в МО группы А – 17,42 %. В группе Б за этот же период зарегистрировано снижение уровня показателя на 8,92%. В 2022 году статистически значимые различия по сравнению с показателями 2018, 2019 и 2023 годов не выявлены (Таблица 23).

Таблица 23 – Сравнительный анализ показателя «Доля случаев направлений пациентов, по которым сроки ожидания планового диагностического исследования не превышали сроки, установленные ТПГГ, %» по группам МО за 2018–2019 и 2022–2023 годы

Группы МО	2018 год Me [Q1; Q3], %	2019 год Me [Q1; Q3], %	2022 год Me [Q1; Q3], %	2023 год Me [Q1; Q3], %
Группа А	48,84 ^{bd} [37,69; 60,00]	57,35 ^a [44,44; 66,67]	59,52 [49,20; 63,19]	67,27 ^a [52,78; 70,69]
Группа Б	56,61 [49,10; 63,27]	51,56 [38,29; 66,75]	53,55 [42,27; 63,64]	64,54 [54,70; 70,46]
Уровень значимости (парные сравнения группа А – группа Б) Mann-Whitney U Test	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Примечание – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при p < 0,05; а – при сравнении с 2018 годом, b – при сравнении с 2019 годом, c – при сравнении с 2022 годом, d – при сравнении с 2023 годом.				

В 2023 году отмечено увеличение показателя по сравнению с 2018 и 2019 годами во всех МО Томской области на 22,39% и 8,32% соответственно. В МО группы А в 2023 году зафиксирована положительная динамика относительно 2018 года на 37,74%.

Данные проведенного анализа позволяют сделать вывод, что мероприятия, реализованные в МО группы А, в целом положительно повлияли на обеспечение доступности плановой МП в соответствии с требованиями ТПГГ в масштабах Томской области.

5.4. Анализ количества обращений пациентов с жалобами на организацию медицинской помощи

Некоторые данные диссертационного исследования, представленные в настоящем разделе, нашли отражение в статье, опубликованной в периодическом издании [8].

С целью проведения оценки данный показатель был представлен в виде относительного и рассчитывался на 100 тыс. посещений в МО, участвующих в реализации проекта. Для целенаправленного анализа влияния организационных решений на динамику данного показателя были выделены жалобы пациентов, связанные с длительностью ожидания МП в плановой форме, записью на прием и маршрутизацией.

В 2018 году количество жалоб пациентов во всех МО составило 4,29 случаев на 100 тыс. посещений. По результатам 2019 года зафиксирован рост данного показателя на 65,50% относительно базового периода. При анализе структуры обращений установлено, что увеличение их числа в 2019 году связано с существенным ростом жалоб пациентов на процессы маршрутизации. В 2022 году количество обращений снизилось на 33,79% по сравнению с 2019 годом, положительная тенденция сохранялась также в 2023 году. Данные сравнительного анализа уровней показателя между группами представлены в Таблице 24.

Таблица 24 – Сравнительный анализ показателя «Количество жалоб пациентов по вопросам организации МП, поступающих в ДЗТО» за 2018–2019 и 2022–2023 годы

Группы МО	Параметры	2018 год	2019 год	2022 год	2023 год
Группа А	Количество на 100 тыс. посещений	2,43 ^d	3,49 ^{cd}	1,39 ^{bd}	0,63 ^{abc}
	Медиана [Q1; Q3]	0,84 [0,00; 2,26]	1,14 [0,67; 3,24]	0,86 [0,00; 1,84]	0,00 [0,00; 0,51]
Группа Б	Количество на 100 тыс. посещений	1,86 ^{bd}	3,61 ^{ac}	1,45 ^b	0,78 ^a
	Медиана [Q1; Q3]	0,73 [0,00; 1,42]	3,10 [1,35; 3,97]	0,43 [0,00; 2,79]	0,00 [0,00; 0,81]
Уровень значимости (парные сравнения группа А – группа Б) Mann-Whitney U Test		p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,05
Примечание – Указание на периоды, между которыми выявлены различия по Wilcoxon Matched Pairs Test при p < 0,05; a – при сравнении с 2018 годом, b – при сравнении с 2019 годом, c – при сравнении с 2022 годом, d – при сравнении с 2023 годом.					

Результаты сравнения уровня жалоб между группами МО показали, что исходные значения в группе А были выше, чем в группе Б, на 31,00. В 2019 году и в 2022–2023 годах позиции групп изменились, количество жалоб в группе А стало меньше, чем в группе Б (в 2019 году на 3,32%; в 2022 – 3,75%; в 2023 – 19,23%).

С 2022 года в обеих группах отмечалось снижение уровней показателя, при этом в МО, организовавших кабинеты (группа А), наблюдалась более выраженная динамика. К 2023 году значение показателя в МО группы А стало в 3 раза ниже уровня 2018 года, в то время как в МО группы Б снижение было не таким значительным.

Анализ динамики жалоб пациентов на организацию МП показал значительные колебания в уровнях индикатора за период 2018–2023 годов. Основные причины обращений пациентов до реализации проекта (в 2018 году) были связаны с длительным ожиданием записи к врачу, но уже в 2022–2023 годах число обращений по данному поводу достигло минимальных значений за весь период наблюдения [8].

5.5. Итоги оценки результативности мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи в плановой форме

Оценка результативности мероприятий по совершенствованию межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме в МО выявила положительные изменения в МО, внедривших КОПМП в 2019 году (группа А) по всем индикаторам, за исключением показателя «Количество зарегистрированных жалоб пациентов на организацию МП, поступающих в ДЗТО (ед. на 100 тыс. посещений в МО)». Отрицательная динамика уровня показателя в 2019 году была связана с изменением схемы маршрутизации пациентов при направлении к врачам-специалистам.

Сравнительный анализ уровней индикаторов в 2022–2023 годах относительно 2018 года свидетельствует об устойчивости результатов, достигнутых в МО группы А по итогам 2019 года по следующим показателям: средняя длительность ожидания МП в плановой форме (плановые консультации врачей-специалистов и плановые диагностические исследования) и доля пациентов, записанных на консультации врачей-специалистов сотрудниками МО. Кроме того, в 2022 году в группе А зафиксировано снижение количества жалоб на 60,17% по сравнению с 2019 годом. В 2023 году по большинству показателей наблюдалась положительная динамика по сравнению с 2018 годом. Исключением стал лишь показатель удельного веса направлений пациентов, по которым сроки ожидания плановой консультации врача-специалиста соответствовали установленным ТППГ.

В МО группы Б по результатам 2019 года выявлено ухудшение показателей: увеличилась длительность ожидания планового диагностического обследования, возросла доля пациентов, записавшихся на повторный прием через регистратуру или контакт-центр, а также увеличилось количество зарегистрированных жалоб населения в ДЗТО.

В 2022 году длительность ожидания плановой МП в МО группы Б была выше уровня 2018 года, в том числе при направлении на плановые консультации врачей-специалистов на 14,29% и на 20,75% при направлении на плановые диагностические исследования. По итогам 2023 года сроки ожидания проведения планового диагностического исследования в группе Б уменьшились на 22,73% по сравнению с 2019 годом и на 20,31% по отношению к 2022 году. Кроме того, зафиксировано снижение уровня жалоб на 22,19% по сравнению с 2018 годом.

Улучшение показателя, оценивающего длительность ожидания плановых диагностических исследований в 2023 году, особенно в МО группы Б, может быть обусловлено реализацией комплекса мероприятий по совершенствованию модели взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме в одной из крупнейших региональных больниц – ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» (ОГАУЗ ТОКБ), которая является МО третьего уровня. По итогам реализации мероприятий ОГАУЗ ТОКБ были определены каналы коммуникации с сотрудниками КОПМП МО или аналогичными структурами, установлены требования к оформлению направлений ф.057/у и уточнены показания для направления пациентов на консультации врачей-специалистов. Кроме организационных изменений, была укреплен материально-техническая база ряда МО, оказывающих ПМСП, в рамках реализации федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения» [82].

Наиболее выраженная динамика показателей отмечена в группе А по итогам 2019 года, что соответствует периоду активного внедрения мероприятий регионального проекта. Сохранение достигнутого уровня в 2022 и 2023 годах по сравнению с 2018 годом свидетельствует об устойчивости результатов, полученных в ходе реализации организационных мероприятий.

Нереализованные в полном объеме мероприятия в МО группы Б в 2022–2023 годах постепенно приводили к ухудшению ситуации в части длительности ожидания плановых консультаций врачей-специалистов в 2022–2023 годах, особенно на фоне увеличения охвата населения диспансеризацией и

профилактическими медицинскими осмотрами с выявлением ХНИЗ, требующих дополнительного обследования.

Резюме

Данные, полученные в ходе оценки результативности мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме взрослому населению на примере МО Томской области, свидетельствуют об улучшении доступности МП в МО, организовавших маршрутизацию пациентов посредством создания КОПМП.

Подводя итоги исследования, можно заключить, что комплекс мероприятий по совершенствованию модели межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме продемонстрировал высокую результативность. Наиболее значимые изменения наблюдались в показателях, отражающих длительность ожидания МП в плановой форме, что подтверждает эффективность внедренных организационных решений и улучшение системы взаимодействия при оказании МП в плановой форме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сохранение здоровья и повышение качества жизни населения является национальной целью развития Российской Федерации [30]. Для достижения приоритетных задач в области народосбережения в нашей стране были реализованы национальный проект «Здравоохранение» и входящие в его состав ФП, направленные на снижение смертности населения трудоспособного возраста от различных видов заболеваний, снижение младенческой смертности, повышение качества и доступности для населения МП [70].

На финансовое обеспечение реализации национальных проектов направляются значительные бюджетные ассигнования, за счет которых удается решить ряд инфраструктурных проблем в отрасли, включая обеспечение доступности объектов ПМСП в отдаленных и малонаселенных пунктах.

В то же время, несмотря на десятилетия инвестиций в инфраструктуру здравоохранения, остаются нерешенными вопросы доступности МП. По-прежнему можно наблюдать в отдельных МО нарушение сроков проведения консультаций врачей-специалистов и диагностических исследований, установленных нормативными документами, что неизбежно влияет на уровень удовлетворенности населения системой здравоохранения [17; 63; 88; 103; 120; 127].

Потребность системы оказания медицинской помощи в ресурсах постоянно увеличивается. Это обусловлено как методами планирования и распределения ресурсов, так и региональными особенностями субъектов Российской Федерации [6; 11; 12; 59].

Так, например, низкая плотность населения, климато-географические особенности и неразвитая инфраструктура отдаленных от региональных центров территорий – факторы, характерные для большинства регионов СФО и Дальнего Востока, снижают возможности равномерного распределения ресурсов здравоохранения для обеспечения оптимальной доступности специализированной и высокотехнологичной МП [23; 75].

Особое значение данная проблема приобретает при оказании МП в плановой форме. Несмотря на то, что максимальные сроки ожидания МП регламентированы программой государственных гарантий, централизованного контроля за их соблюдением не проводится [50; 104].

Негативное влияние указанных факторов возможно минимизировать посредством разработки оптимальной модели маршрутизации пациентов в рамках трехуровневой системы оказания МП, основанной на методологии процессного управления [27; 41; 43; 44; 133].

В системе здравоохранения процессный подход широко применяется в управлении благодаря своей универсальности и разработанной методологической основе [21; 41; 43; 105]. Стимулом для распространения этого метода послужил переход системы здравоохранения на проектно-ориентированное управление в рамках достижения целей национального проекта «Здравоохранение» [2; 9; 32; 59; 70; 138].

Одним из примеров применения процессного управления в здравоохранении является создание и тиражирование «Новой модели организации оказания медицинской помощи» – составной части ФП «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [57; 72; 102].

Концепция Новой модели базируется на ценностях бережливого производства и непрерывном улучшении организационных процессов. Мероприятия в рамках создания Новой модели направлены на повышение уровня удовлетворенности пациентов обращением в МО, в первую очередь, за счет рационализации процессов оказания МП с обеспечением ее качества и доступности [57]. За годы внедрения Новой модели накоплен значительный массив данных с описанием положительного опыта оптимизации процессов с использованием методов бережливого производства [9; 68; 69; 73; 123].

Процессный подход к обеспечению доступности МП и повышению уровня удовлетворенности населения применялся в проекте «Московский стандарт поликлиники», который реализуется в г. Москве с 2019 года. Ключевыми положениями Московского стандарта поликлиники являлись: распределение

потоков пациентов при обращении в медицинскую организацию; предварительная запись на прием к врачам-специалистам медицинской организации; организация патронажной службы, включающей врача, фельдшера и медицинскую сестру [81].

В Томской области в рамках формирования пациент-ориентированной системы здравоохранения в 2018 году был разработан Стандарт, регламентирующий основные направления деятельности поликлиник, включая основные и сервисные процессы оказания МП [17; 63; 88; 103; 120; 127].

Модель межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме, усовершенствованная в рамках Стандарта, была направлена в первую очередь на сокращение длительности ожидания плановых диагностических исследований и консультаций врачей-специалистов за счет улучшения сквозных процессов и выстраивания оптимальной схемы маршрутизации при направлении пациентов на плановое лечение или обследование. Предложенная модель определяла схему взаимодействия, ключевые этапы, участников лечебно-диагностического процесса и комплекс основных мероприятий по ее внедрению. Логистическим центром модели является специально созданная структура – КОПМП.

Анализ показателей результативности внедрения модели на территории субъекта Российской Федерации в первый год проекта выявил положительную динамику по четырем из семи индикаторов при оценке средних значений на основе данных 31 МО, участвовавшей во внедрении Стандарта. При стратификации МО по периоду внедрения показано, что в группе, внедрившей КОПМП в 2019 году, положительная динамика наблюдалась по шести из семи показателей.

Следует отметить, что длительные сроки ожидания МП не только негативно отражаются на уровне удовлетворенности населения, но и могут приводить к более серьезным последствиям. Так, одним из факторов, способствующим отказу пациентов от операции коронарного шунтирования в ФГБНУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (г. Кемерово), оказалась длительность ее ожидания более 1 месяца. В период исследования планового хирургического вмешательства на сердце ожидали 1 057 человек, из них не явились вовремя на

госпитализацию 174 (16,5%), в том числе по причине неполного перечня пройденных обследований на амбулаторном этапе, необходимых для плановой госпитализации [49].

В зарубежной литературе представлено множество данных, характеризующих влияние времени ожидания лечения на исходы заболеваний. Так, в Университетской больнице Ла-Корунья (Галисия, Испания) выявлена положительная корреляция между длительным интервалом ожидания госпитализации (> 26 дней) и снижением показателей выживаемости пациентов с диагнозом плоскоклеточный рак полости рта [152].

Интересны и экономические последствия, связанные со временем начала лечения по результатам исследования затрат и последствий для пациентов, перенесших раннюю и позднюю операцию по поводу симптоматической грыжи диска, проведенного по данным из национального реестра Канадской сети исследований и результатов лечения позвоночника. Канадские ученые установили, что период нетрудоспособности (от даты назначения операции и согласия пациента на оперативное вмешательство по поводу грыжи поясничного отдела позвоночника до возвращения на работу) был дольше в группе пациентов с более длительным ожиданием, что приводило к дополнительным средним косвенным затратам в размере 11 753,10 долларов США на одного пациента [161].

Таким образом, оптимальная доступность МП остается главным приоритетом для всех субъектов системы оказания МП – пациентов, МО и государства. Стоит отметить, что наиболее активно организационные подходы к снижению сроков ожидания МП исследуются в зарубежной практике [183; 193; 169]. Так, в большинстве стран, опрошенных Организацией экономического сотрудничества и развития, показатель времени ожидания МП в плановой форме был указан как приоритетный для их систем здравоохранения [193].

В международных источниках выделяют восемь подходов к сокращению длительности ожидания МП в плановой форме с устойчивыми положительными доказательствами результативности, в том числе упрощенные процессы предварительного обследования перед направлением на специализированное

лечение, расширенные роли немедицинских работников, стандартизированные пути обследования и лечения пациентов, методология улучшения процессов и работа со списками ожидания пациентов [158; 193]. Большинство вышеуказанных подходов были в той или иной мере использованы при разработке модели.

По результатам первого года внедрения комплекса мероприятий были получены данные, свидетельствующие об улучшении показателей своевременности оказания МП в плановой форме в МО, внедривших КОПМП. Что подтверждается достоверным снижением медианы ожидания плановой консультации врача-специалиста на 18,75% и планового диагностического обследования на 12,50% по сравнению с 2018 годом.

Важным параметром в обеспечении преемственности лечебно-диагностических мероприятий является планирование маршрута пациента (стандартизированного пути пациента) с предварительной записью на повторную явку сразу по результатам приема врача. В 2019 году доля самостоятельных записей пациентов на повторный прием через обращение в регистратуру снизилась на 33,66% относительно 2018 года ($p < 0,05$), что характеризует результат как положительный. В группе МО, внедривших КОПМП (группа А), отмечена позитивная динамика как по этому показателю (31,78%; $p < 0,05$), так и по доле пациентов, записанных на дообследование и консультации к врачам-специалистам медицинскими работниками (увеличение на 15,22%; $p < 0,05$).

Еще одним параметром оценки результативности мероприятий по совершенствованию модели стал индикатор, характеризующий степень соответствия фактических сроков ожидания плановых консультаций и обследования срокам, гарантированных ТПГГ.

По итогам 2019 года в МО группы А отмечено увеличение доли случаев направлений, по которым сроки ожидания не превышали сроки, установленные ТПГГ (14 календарных дней) по сравнению с 2018 годом (на 13,44% при направлении на консультацию врача-специалиста; на 17,42% – диагностическое обследование ($p < 0,05$)).

Подобные результаты при внедрении технологий оптимизации бизнес-процессов, направленных на сокращение времени ожидания МП в плановой форме, были получены в исследованиях N.P. Valsangkar et. al. [166] в Медицинском центре по делам ветеранов высшего звена, D.A. Marshall et. al. в Канадском институте медицинской информации [192]; перераспределения функционала между различными категориями специалистов представлены в работах Shetty A. et al. в Королевской больнице Беркшир [185].

Как уже отмечалось выше, сроки ожидания плановых консультаций врачей-специалистов и диагностических исследований, сложный процесс предварительного обследования перед лечением или консультацией в МО третьего уровня снижают уровень удовлетворенности населения организацией МП, более того, приводят к росту жалоб населения на конкретные МО в соответствующие инстанции. Это подтверждается данными, полученными при сравнении динамики обращений населения в ДЗТО с жалобами на организацию МП. В зависимости от периода внедрения мероприятий менялась и структура причин обращений пациентов. Так, в 2018 году наибольшее число обращений во всех МО было вызвано длительным ожиданием даты приема врача (76,77% в общей структуре), однако в 2019 году соотношение изменилось: в структуре обращений стали преобладать жалобы пациентов на процессы маршрутизации (2018 год – 2,02%; 2019 год – 47,06%), при этом снизилось количество жалоб на время ожидания приема врача до 36,03%. Учитывая направленность проведенных мероприятий, полученные результаты имеют высокую значимость в общей оценке проведенной в регионе работы.

В современных условиях развития здравоохранения Российской Федерации ресурсосберегающие технологии приобретают особую актуальность. Об этом свидетельствует активное распространение методологии бережливого производства в МО как в рамках формирования пациентоцентричной модели оказания МП, так и с целью повышения производительности лечебно-диагностических процессов.

Еще одним из показательных примеров является пилотный проект по внедрению методических рекомендаций «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры», реализованный в рамках федерального инцидента №38 [66]. В рамках проекта было запланировано внедрение новых организационных технологий, включая перераспределение нагрузки между медицинским персоналом с высшим или средним образованием и немедицинскими специалистами, стандартизацию процессов организации записи пациентов на прием к врачу, маршрутизацию потоков пациентов, в зависимости от цели обращения. Проект был реализован в 52 субъектах Российской Федерации.

Томская область вошла в число регионов первой волны участников пилотного проекта. Внедрение функционала КОПМП в деятельность МО в 2019–2022 годах позволило МО, оказывающим ПМСП на территории субъекта, успешно интегрировать новые организационные решения в действующую модель и своевременно выполнить все запланированные мероприятия.

Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод об эффективности внедрения мероприятий по совершенствованию модели в МО Томской области. Позитивные изменения в динамике показателей свидетельствуют о важности системного подхода в реализации запланированных мероприятий, а также о результативности выбранной стратегии в повышении доступности МП в плановой форме взрослому населению. Полученный опыт представляет практический интерес, поскольку позволяет сделать выводы не только о результативности внедрения модели, но и о факторах, влияющих на мнение пациентов относительно проводимых организационных преобразований.

Подводя итоги, стоит отметить, что модель межуровневого взаимодействия МО при оказании МП в плановой форме является важным элементом при построении ценностно-ориентированной модели здравоохранения в условиях трехуровневой системы оказания МП.

ВЫВОДЫ

1. Анализ организации оказания медицинской помощи населению в Томской области за период 2018–2023 годы 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. человек; выраженные диспропорции в распределении населения между медицинскими организациями г. Томска (от 13,12 до 61,21 тыс. человек). 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 годы 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 году до 97,20 тыс. посещений в 2023 году); увеличении доступности первичной медико-санитарной помощи в отдаленных населенных пунктах на 10,50% (с 90,50% в 2018 году до 100% в 2023 году); 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 году 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 году 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 году до 14,5 дней в 2023 году) и планового диагностического обследования на 25,00% (с 16,0 дней в 2018 году до 12,0 дней в 2023 году); снижение количества зарегистрированных жалоб населения на организацию медицинской помощи в плановой форме на 74,10% (с 2,43 на 100 тыс. посещений в 2018 году до 0,63 на 100 тыс. посещений в 2023 году); 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 году до 67,87% в 2023 году); соответствия срокам, установленным территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (на 37,74% увеличилась в 2022 году доля направлений на диагностические исследования, выполненных в установленные сроки, по сравнению с 2018 годом).

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 Российской Федерации 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 разделов по организации процессов оказания медицинской помощи в плановой форме с целью повышения компетенций по вопросам взаимодействия медицинских организаций в трехуровневой системе оказания медицинской помощи в плановой форме.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

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 СОКРАЩЕНИЙ

- АПО – амбулаторно-поликлиническое отделение
- ВОП – врач общей практики
- ГБ – городская больница
- ДЗТО – Департамент здравоохранения Томской области
- ДОГВН – диспансеризация определенных групп взрослого населения
- КОПМП – кабинет организации медицинской помощи в плановой форме
- МИС ТО – медицинская информационная система Томской области
- МО – медицинская организация
- МП – медицинская помощь
- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни
- ПМО – профилактические медицинские осмотры
- ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
- ПСМСП – первичная специализированная медико-санитарная помощь
- РБ – районная больница
- СМП – скорая медицинская помощь
- СОП – стандартизированные операционные процедуры
- СФО – Сибирский федеральный округ
- ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- ТПР – тактические планы работ
- УБ – участковая больница
- ФП – федеральный проект
- ФФСН – федеральная форма статистического наблюдения
- ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбулаторнодополняющие технологии в условиях формирования «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» / М.Г. Карайланов, К.Е. Моисеева, М.С. Панфилов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2024. – N 5. – С. 28–35.
2. Анализ доступности и направления совершенствования медицинской помощи пациентам при злокачественных новообразованиях в Московской области / Е.Ю. Огнева, А.Н. Гуров, М.В. Пирогов [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5, N 4. – С. 106–117.
3. Анализ доступности первичной медицинской помощи для сельского населения Чувашской Республики / Ю.Р. Архипов, И.В. Никонорова, А.Ю. Харитонов, А.Ю. Харитонов // Региональные геосистемы. – 2024. – Т. 48, N 4. – С. 481–493.
4. Анализ обращений граждан по вопросам оказания первично-медико-санитарной помощи, направленных по разным каналам обратной связи / Т.А. Мезенцева, А.А. Курмангулов, С.Л. Леонтьев, Д.О. Михайлова // Университетская медицина Урала. – 2024. – Т. 10, N 2. – С. 65–68.
5. Анализ современного состояния информатизации здравоохранения в условиях концепции создания единого цифрового контура в здравоохранении : отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия : утв. Коллегией Счетной палаты РФ 31 мая 2022 года // Счетная палата РФ : офиц. сайт. – URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/b2e/1wl5z0qtvef2puoaywx1a7xm8pgu63qx.pdf> (дата обращения: 11.10.2025).
6. Анализ эффективности инновационных процессов в условиях реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» / А.Л. Линденбрaten, Н.К. Гришина, В.В. Ковалева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24, N 6. – С. 324–329.
7. Апресян, А.Ю. К вопросу преемственности оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий / А.Ю. Апресян //

Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – N 3. – С. 320–335.

8. Бабешина, М.А. Динамика количества обращений граждан как индикатор результативности организационных решений по повышению доступности медицинской помощи / М.А. Бабешина // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». - 2025. - №2:475-493.

9. Бабешина, М.А. Организационная модель маршрутизации пациентов в трехуровневой системе оказания медицинской помощи / М.А. Бабешина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Под ред. О.М. Драпкиной. Сборник тезисов XXXI Российского национального конгресса «Человек и лекарство» (15-18 апреля 2024 г.) – М. – 2024. – Т. 23, № S6. – С. 93-94.

10. Боечко, Е. А. Актуальные подходы к менеджменту рисков при обеспечении медицинских организаций материально-техническими ресурсами (обзор литературы) / Е. А. Боечко, И. Б. Шикина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 1. – С. 748-784. – DOI 10.24412/2312-2935-2025-1-748-784

11. Бойков, В. А. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на основе технологий бережливого производства : дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Бойков - Москва, 2021. – 297 с

12. Вичева, А.А. Обеспечение доступности медицинской помощи как новый уровень конституционных полномочий органов местного самоуправления в России. Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Юридические науки. 2022;Т8(74)1.С.54-61.

13. Вклад мобильных медицинских бригад в проведение диспансеризации взрослого населения в Российской Федерации / О.В. Ходакова, И.Б. Шикина, О.О. Захарченко, Д.С. Терентьева // Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27, N 9. – С. 7–15.

14. Внедрение бригадной формы организации труда на терапевтическом участке / М.Ю. Крякова, Е.В. Каракулина, Г.Г. Введенский [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2024. – N 1. – С. 43–49.

15. Внедрение бригадных форм организации труда. Обоснование и риски / Е.В. Каракулина, Г.Г. Введенский, М.Ю. Крякова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – N 1. – С. 768–785.

16. Возможности оптимизации лечения социально-значимых заболеваний за счет улучшения преемственности между различными этапами оказания медицинской помощи / А.А. Корнилов, С.В. Поветкин, Е.Г. Ключева, Ю.А. Корнилова // Innova. – 2017. – N 1. – С. 20–22.

17. Возможности применения инструментария независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями для анализа эффективности системных преобразований на амбулаторном этапе / И.А. Деев, О.С. Кобякова, С.В. Барановская [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2020. – N 10. – С. 4–11.

18. Вошев, Д.В. Первичная медико-санитарная помощь: интегративный анализ эволюции информационно-коммуникационных технологий в медицинских организациях субъектов Российской Федерации / Д.В. Вошев, И.М. Сон, Н.А. Вошева // Профилактическая и клиническая медицина. – 2024. – N 1. – С. 78–89.

19. Вошев, Д.В. Скоростной интернет в медицинских организациях как показатель «цифровой зрелости» первичной медико-санитарной помощи / Д.В. Вошев // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – N 4. – С. 127–144.

20. Вызов врача на дом: какой может быть оптимальная модель? (обзор литературы) / О.С. Кобякова, И.А. Деев, О.В. Ходакова, В.А. Дударева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, N 4. – С. 648–655.

21. Вялков, А.И. Логистические исследования в управлении здравоохранением. Принципы построения и реализации дорожных карт /

А.И. Вялков, Г.П. Сквирская // Менеджер здравоохранения. – 2015. – N 2. – С. 13–19.

22. Вялых, Н.А. Социальные представления о модели здравоохранения в российском обществе / Н.А. Вялых // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2020. – N 56. – С. 157–172.

23. Гаврилов, Э.Л. Принципы территориального планирования сети медицинских организаций на территориях с низкой плотностью населения / Э.Л. Гаврилов // Вятский медицинский вестник. – 2016. – N 4. – С. 67–76.

24. ГОСТ Р ИСО 3534-2-2019. Статистические методы. Словарь и условные обозначения. Ч. 2 : Прикладная статистика : национальный стандарт Российской Федерации : утв. и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 5 сентября 2019 г. N 637-ст : дата введения 2020-01-01 / подготовлен Закрытым акционерным обществом «Научно-исследовательский центр контроля и диагностики технических систем». – Москва : Стандартинформ, 2020. – 108 с.

25. ГОСТ Р 56407-2023. Бережливое производство. Основные инструменты и методы их применения : национальный стандарт Российской Федерации : утв. и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30 октября 2023 г. N 1292-ст : дата введения 2024-02-01 / подготовлен Ассоциацией по сертификации «Русский Регистр» [и др.]. – Москва : Стандартинформ, 2017. – 16 с.

26. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : утв. постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. N 1640 // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (дата обращения: 11.10.2025).

27. Гусева, Н.К. Логистический подход к управлению медицинскими организациями. Теория, особенности, проблемы / Н.К. Гусева, М.В. Дюютова, В. Бердутин. – Нижний Новгород : Palmarium Academic Publishing, 2012. – 176 с. – ISBN 978-3-8473-9713-7.

28. Динамика показателей деятельности медицинских организаций Дальнего Востока, оказывающих помощь в стационарных условиях при болезнях системы кровообращения / В.И. Стародубов, С.А. Богачевская, В.С. Ступак и др. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2025. – № 3. – С. 68-75.

29. Доступность медицинской и профилактической помощи для пациентов с бронхиальной астмой / Л.Ю. Никитина, О.С. Мишина, В.В. Гайнитдинова [и др.] // Респираторная медицина. – 2025. – Т. 1, N 1. – С. 15–22.

30. Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации до 2030 года и на перспективу до 2036 года : утв. Правительством РФ // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_495719/ (дата обращения: 11.10.2025).

31. Ерохина, И.Ю. Анализ удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в амбулаторных условиях / И.Ю. Ерохина, Н.А. Рослая // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения : материалы IV Международной (74 Всероссийской) научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов / ред. Н.А. Цап ; Уральский государственный медицинский университет. – Екатеринбург, 2019. – Т. 3. – С. 626–631.

32. Жаворонков, Е.П. Развитие логистики в здравоохранении / Е.П. Жаворонков // Современные научные исследования. – 2012. – N 8. – С. 3.

33. Задворная, О.Л. Проблемы и направления развития первичной медико-санитарной помощи / О.Л. Задворная // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – N 3. – С. 653–672.

34. Заздравных, Е. Удалось ли реформам здравоохранения в России уменьшить очередь к врачу? / Е. Заздравных, Е. Тараскина // Экономическая политика. – 2021. – Т. 16, N 5. – С. 118–143.

35. Затулкин, В.А. Применение модели бережливого производства как эффективный способ совершенствования деятельности стоматологической

поликлиники / В.А. Затулкин // Менеджер здравоохранения. – 2023. – N 8. – С. 24–33.

36. Значимость фактора «географическая доступность» медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях / А.А. Сухов, В.Н. Авсаджанишвили, А.С. Чемезов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. – Т. 23, прил. 6. – С. 90.

37. Золотухин, О.В. Трехуровневая система оказания медицинской помощи на примере урологической службы воронежской области : дис. ... д-ра мед. наук / О.В. Золотухин. – Воронеж, 2018. – 342 с.

38. Информационные технологии в совершенствовании организации оказания медицинской помощи населению / С.А. Суслин, О.В. Кирьякова, О.А. Колсанова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – N 2. – С. 805–822.

39. Кабинет хронических неинфекционных заболеваний как лучшая практика организации диспансерного наблюдения / Н.В. Шинкарева, Н.А. Вишнякова, О.Ю. Александрова [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2023. – N 3. – С. 56–62.

40. Калашников, К.Н. Доступность медицинской помощи в государственном и частном секторах здравоохранения (по результатам социологического опроса населения Вологодской области) / К.Н. Калашников // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67, N 3. – С. 203–210.

41. Карамышев, А.Н. Сравнительный анализ методологий процессного управления / А.Н. Карамышев // Вестник Белгородского государственного технологического университета им. В.Г. Шухова. – 2017. – N 7. – С. 194–197.

42. Качество медицинского обслуживания населения Удмуртской Республики на современном этапе / А.Л. Линденбратен, В.Н. Савельев, С.М. Дунаев, Т.В. Виноградова ; Удмуртский государственный университет. – Ижевск, 2011. – 98 с.

43. Клименко, О.П. Методические основы анализа бизнес-процессов управления предприятием / О.П. Клименко // Евразийский союз ученых. – 2019. – N 10–4. – С. 27–32.

44. Князюк, Н.Ф. Логистическая система управления качеством на примере медицинской организации / Н.Ф. Князюк, С.А. Чеховская // Бизнес-образование в экономике знаний. – 2018. – N 3. – С. 55–60.

45. Комаров, Ю.М. О научной основе Семашкинской модели здравоохранения / Ю.М. Комаров // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2015. – N 1. – С. 120–127.

46. Конституция Российской Федерации : принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 11.10.2025).

47. Кривенко, Н.В. Оценка результативности здравоохранения как один из факторов устойчивого социально-экономического развития региона / Н.В. Кривенко, В.М. Иванов, Л.А. Кривенцова // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2019. – Т. 15, N 12. – С. 2223–2241.

48. Линденбратен, А. Л. Анализ результатов социологических исследований качества и доступности медицинского обслуживания / А. Л. Линденбратен, М. Е. Коломийченко // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 6. – С. 224-231.

49. Лист ожидания плановой реваскуляризации миокарда: причины неявок пациентов на коронарное шунтирование / А.Н. Сумин, А.В. Осокина, С.В. Иванов [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2013. – Т. 6, N 3. – С. 10–17.

50. Международный опыт сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи и возможности его использования в России / А.И. Ахметова, Е.В. Шевченко, Т.Г. Шарамко, Т.Н. Алешина // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2021. – N 4. – С. 137–158.

51. Меньшикова, Л.И. Удовлетворенность пациентов с сахарным диабетом качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях / Л.И. Меньшикова, Ю.В. Ендовицкая // Общество. – 2022. – № 3-2(26). – С. 46-49

52. Методические подходы к формированию рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций и систем здравоохранения в России и за рубежом / С.С. Бударин, Д.В. Мелик-Гусейнов, Ю.Я. Бойченко, Е.Л. Никонов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 4. – С. 459-463

53. Москвичева, М.Г. Территориальное планирование как инструмент обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи / М.Г. Москвичева, Е.С. Щепилина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – N 2. – С. 873–884.

54. Назарова, В.В. Оценка эффективности системы здравоохранения в России / В.В. Назарова, К.А. Борисенкова // Народонаселение. – 2017. – N 4. – С. 119–134.

55. Назарова, И.Б. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в столичных поликлиниках / И.Б. Назарова // Народонаселение. – 2025. – Т. 28, N 2. – С. 96–104.

56. Найден, С. Н. Модернизация здравоохранения и здоровье населения Дальнего Востока / С. Н. Найден, П. С. Бравок // Россия: Тенденции и перспективы развития : Ежегодник. Материалы XIII Международной научно-практической конференции, Курск, 03–04 июня 2022 года / Отв. редактор В.И. Герасимов. Том Выпуск 17. Часть 3. – Москва: Институт научной информации по общественным наукам РАН, 2022. – С. 368-372.

57. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь : методические рекомендации / Е.В. Каракулина, П.Е. Щеголев, И.Н. Ходырева [и др.] ; ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России [и др.]. – 4-е изд. с доп. и уточ. – Москва : Силиция-Полиграф, 2024. – 240 с. – ISBN 978-5-605-25987-9.

58. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Опыт региона: проблемы, решения / В.В. Шкарин, С.В. Симаков, В.В. Ивашева [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – N 7/8. – С. 20–26.

59. Новикова, Е.В. Проблемы и задачи эффективной реализации национального проекта «Здравоохранение» / Е.В. Новикова, А.А. Крылова, Н.В. Высоцкий // Сила систем. – 2020. – N 3. – С. 7–14.

60. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи / Н.Ф. Прохоренко, Е.А. Гапонова, И.В. Петрачков, Г.Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – Т. 5, N 4. – С. 20–42.

61. Ойноткинова, О.Ш. Оценка эффективности организации и мониторинга оказания первичной медико-санитарной помощи при хронических неинфекционных заболеваниях / О.Ш. Ойноткинова, Г.Е. Ройтберг, О.О. Шархун // Эффективная фармакотерапия. – 2024. – Т. 20, N 43. – С. 18–22.

62. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению – преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике / Ю.В. Лукина, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, N 3. – С. 232–239.

63. 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 [и др.] // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2020. – Т. 35, N 4. – С. 95–102.

64. Опыт применения бережливых технологий для повышения эффективности использования медицинского оборудования в отделении медицинской реабилитации городской поликлиники / Ю.А. Кренева, М.В. Авдеева, В.П. Панов, А.Н. Каракозов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2024. –

Т. 70, N 5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1652/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 09.12.2024.

65. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения / Л.В. Руголь, И.М. Сон, В.И. Кириллов, С.Л. Гусева // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, N 2. – С. 26–34.

66. Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры : методические рекомендации N 12-23 / Е.Г. Камкин, Е.В. Каракулина, П.С. Бакулин [и др.] ; Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. – Изд. 3, перераб. и доп. – Москва, 2023. – 65 с. – ISBN 978-5-94116-135-5.

67. Отношение участковых врачей, медицинских сестер и пациентов к организационной модели оказания ПМСП с перераспределением функций / О.В. Ходакова, О.В. Кунгурцев, И.А. Соломатников [и др.] // Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27, N 2. – С. 7–14.

68. 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. Под ред. Д.И. Марاپова, Н.Н. Камыниной. Сб. материалов IV Съезда медицинских статистиков Москвы (21–23 сентября 2022 г.). – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 68 с – С. 29-32.

69. 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 др.] // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2023; 38(3):231-242.

70. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» : утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам : протокол от 24 декабря 2018 г. N 16 // КонсультантПлюс : офиц. сайт. –

URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319209/ (дата обращения: 11.10.2025).

71. Паспорт национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» : утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, 2025 г. // Гарант.ру : информационно-правовой портал : офиц. сайт. URL: <https://base.garant.ru/411738981/> (дата обращения: 21.10.2025).

72. Паспорт федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» : приложение к протоколу заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14 декабря 2018 г. № 3 // Гарант.ру : информационно-правовой портал : офиц. сайт. URL: <https://base.garant.ru/400334765/> (дата обращения: 21.10.2025).

73. Потапчик, Е.Г. Доступность медицинской помощи в Российской Федерации: изменения в ее уровне с точки зрения различных институтов. Профилактическая медицина. 2025;28(4):16–22.

74. Повышение доступности первичной медико-санитарной помощи в труднодоступных регионах: опыт Республики Саха (Якутия) / Л.Н. Афанасьева, А.М. Никитина, Ю.Е. Спиридонова [и др.] // Первичная медико-санитарная помощь. – 2025. – Т. 2, N 2. – С. 27–33.

75. Поликарпов, А.В. Анализ нормативного регулирования территориального планирования в здравоохранении / А.В. Поликарпов, Е.В. Огрызко, И.В. Курсекова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – N 4. – С. 610–628.

76. Постановление Администрации Томской области от 15 декабря 2009 г. N 200а «Об утверждении Положения о системе оплаты труда работников областных государственных учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения Томской области, и внесении изменений в постановление Администрации Томской области от 27.04.2009 N 80а» (с изменениями и дополнениями) // Гарант.ру : информационно-правовой портал : офиц. сайт. URL: <https://base.garant.ru/7796905/> (дата обращения: 21.10.2025).

77. Постановление Администрации Томской области от 22 декабря 2017 г. N 442а «Об утверждении областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» // Департамент здравоохранения Томской области : офиц. сайт. – URL: <https://depzdrav.tomsk.gov.ru/programma-gosudarstvennyh-garantij> (дата обращения: 11.10.2025).

78. Постановление Администрации Томской области от 29 декабря 2018 N 508а «Об утверждении областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» // Департамент здравоохранения Томской области : офиц. сайт. – URL: <https://depzdrav.tomsk.gov.ru/programma-gosudarstvennyh-garantij> (дата обращения: 11.10.2025).

79. Постановление Администрации Томской области от 30.12.2021 N 576а «Об утверждении областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» // Департамент здравоохранения Томской области : офиц. сайт. – URL: <https://depzdrav.tomsk.gov.ru/programma-gosudarstvennyh-garantij> (дата обращения: 11.10.2025).

80. Потокина, С.А. Современные тенденции развития здравоохранения в сельской местности / С.А. Потокина // Тамбовский медицинский журнал. – 2023. – Т. 5, N 1. – С. 57–62.

81. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.04.2016 N 293 (ред. от 27.11.2019) «Об утверждении методических рекомендаций по реализации мероприятий «московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения» // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?from=172827-0&req=doc&base=MLAW&n=199880&rnd=ReGQiQ#mFxcKzUaqK3LvIjx> (дата обращения: 11.10.2025).

82. Приказ Минздрава России от 24.12.2020 № 1365 (ред. от 30.12.2021) «Об утверждении ведомственной целевой программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» // КонсультантПлюс : офиц. сайт. URL:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_374803/332def71e9c17ad17e38588a4330a4edade48ddb/ (дата обращения: 21.10.2025).

83. Приказ Минздрава России от 27.02.2016 N 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» : зарег. в Минюсте России 22 марта 2016 г. N 41485 // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195807/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdadff518/ (дата обращения: 11.10.2025).

84. Приказ Минздрава России от 29.11.2019 N 974 «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах» // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_340105/ (дата обращения: 11.10.2025).

85. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» : зарег. в Минюсте России 27.06.2012 N 24726 // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132071/# (дата обращения: 11.10.2025). Документ утратил силу или отменен

86. Приказ Росстата от 27.11.2015 N 591 (ред. от 31.12.2020) «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения» // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_190056/ (дата обращения: 11.10.2025).

87. Приказ ФФОМС от 16.08.2011 N 146 «Об утверждении форм отчетности» (вместе с «Указаниями по заполнению формы «Отчет о деятельности медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования», «Указаниями по заполнению формы отчетности «Отчет о деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования») : зарег. в Минюсте РФ 23.09.2011 N 21882 // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_119732/ (дата обращения: 11.10.2025). Документ утратил силу или отменен

88. Применение показателей удовлетворенности граждан для оценки результативности внедрения стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях / Л.М. Протасова, О.С. Кобякова, И.А. Деев [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68, N 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1338/307/lang,ru/>. – Дата публикации: 20.03.2022.

89. Принципы организации медицинской помощи пациентам с легочной гипертензией: фокус на преемственность / В.А. Рябков, Н.Н. Везикова, Н.С. Гончарова [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2023. – Т. 28, N 2. – С. 75–81.

90. Принципы организации медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью в системе управления сердечно-сосудистыми рисками: фокус на преемственность и маршрутизацию пациентов. Практические материалы / С.В. Виллевальде, А.Е. Соловьева, Н.Э. Звартау [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, прил. 3. – С. 102–141.

91. Проектный подход в управлении процессом оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения на амбулаторном уровне / Г.В. Артамонова, Е.А. Бацина, Я.В. Данильченко [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67, N 3. – С. 195–202.

92. Профилактические аспекты организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях передвижных подразделений и выездной формы

работы / Ю.С. Левахина, А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев [и др.] // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2024. – Т. 21, N 2. – С. 71–76.

93. Пути снижения рисков здоровью на отдаленных территориях Российской Федерации через совершенствование форм медико-санитарной помощи / М.Ф. Вильк, О.И. Копытенкова, О.С. Сачкова, Е.А. Жидкова // Анализ риска здоровью. – 2025. – N 1. – С. 137–143.

94. Распоряжение Правительства РФ от 01.10.2021 N 2765-р «Об утверждении Единого плана по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года» // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_398016/ (дата обращения: 11.10.2025).

95. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 N 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_139821/ (дата обращения: 11.10.2025). Документ утратил силу или отменен

96. Реализованные модели и элементы организации медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью в регионах Российской Федерации: перспективы трансформации в региональные системы управления сердечно-сосудистыми рисками / Е.В. Шляхто, Н.Э. Звартау, С.В. Виллевалде [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, N 4. – С. 9–18.

97. Регионы России : социально-экономические показатели. 2020 : статистический сборник / Федеральная служба государственной статистики (Росстат) / ред. С.М. Окладников [и др.]. – Москва, 2020. – 1242 с. – ISBN 978-5-89476-502-0.

98. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2021 : статистический сборник / Федеральная служба государственной статистики (Росстат) / ред. С.М. Окладников [и др.]. – Москва, 2021. – 1112 с.

99. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2022 : статистический сборник / Федеральная служба государственной статистики (Росстат) / ред. С.Н. Егоренко [и др.]. – Москва, 2022. – 1122 с.

100. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2023 : статистический сборник / Федеральная служба государственной статистики (Росстат) / ред. С.Н. Егоренко [и др.]. – Москва, 2023. – 1126 с.

101. Результативность организационной модели повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи / С.А. Суслин, П.В. Тимяшев, О.В. Кирьякова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – N 1. – С. 715–731.

102. Результаты внедрения новой модели организации оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения / Д.В. Крошка, Р.Н. Трефилов, С.Р. Минигулов [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2024. – Т. 20, N 4. – С. 484–489.

103. Результаты внедрения Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области / И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.А. Бойков [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, N 6. – С. 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1210/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 21.12.2020.

104. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации : препринт WP8/2019/01 / С.В. Шишкин, О.Ф. Понкратова, Е.Г. Потапчик, С.В. Сажина ; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва, 2019. – 96 с. – (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»).

105. Репин, В.В. Процессный подход к управлению. Моделирование бизнес-процессов / В.В. Репин, В.Г. Елиферов. – Москва : МИФ, 2013. – 544 с. – ISBN 978-5-91657-554-5.

106. Роль врача-невролога и врача-психиатра при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами сельским жителям 65 лет и старше

/ Д.Р. Давидов, А.С. Москвичева, И.Б. Шикина, С.И. Шляфер // Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27, N 12. – С. 51–57.

107. Роль информационных технологий в совершенствовании качества медицинской помощи пациентам с множеством хронических неинфекционных заболеваний (обзор литературы) / Н.Н. Камынина, Д.А. Андреев, М.Д. Пахуридзе, Г.Г. Сизов // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67, N 5. – С. 417–422.

108. Российский статистический ежегодник. 2020 : стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики (Росстат). – Москва, 2020. – 704 с. – ISBN 978-5-89476-497-9.

109. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы : доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Абдин [и др.] ; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва, 2017. – 83 с. – ISBN 978-5-7598-1548-8.

110. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006–2019): обзор социологических исследований / В.Н. Бузин, Ю.В. Михайлова, И.Ю. Чухриенко [и др.] // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, N 3. – С. 42–47.

111. Руголь, Л.В. Роль передвижных подразделений и выездных форм работы в организации оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи / Л.В. Руголь, Л.И. Меньшикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2025. – Т. 71, N 2. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1736/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 14.05.2025.

112. Руголь, Л.В. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию организации работы центральных районных больниц в современных условиях : дис. ... д-ра мед. наук / Л.В. Руголь. – Москва, 2023. – 406 с.

113. Савинова, Т.Л. Новая технология организации оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи жителям малочисленных сельских населенных пунктов / Т.Л. Савинова, Н.А. Денисова, А.В. Володин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2025. – N 1. – С. 78–83.

114. Садовникова, Ю.Ю. Оценка эффективности управления системой здравоохранения в Российской Федерации: современные проблемы и тренды реформирования / Ю.Ю. Садовникова, Л.Н. Тимейчук, Г.Г. Уварова // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2019. – N 4. – С. 55–63.

115. Совершенствование деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи / Т.А. Мезенцева, А.А. Курмангулов, С.Л. Леонтьев, Д.О. Михайлова // Медицинская наука и образование Урала. – 2024. – Т. 25, N 3. – С. 86–94.

116. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области / Т.А. Жеребцова, В.В. Люцко, С.Л. Леонтьев [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – N 3. – С. 427–446.

117. Совершенствование подходов к организации первичной медико-санитарной помощи работникам угольной отрасли (на примере Кемеровской области - Кузбасса) / Е.Д. Баздырев, И.Л. Строкольская, Е.В. Часовских [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2024. – Т. 13, прил. 4. – С. 290–302.

118. Совина, В.А. Территориальное планирование и управление персоналом медицинских организаций как инструменты совершенствования первичной медико-санитарной помощи / В.А. Совина, А.А. Курмангулов, Н.С. Брынза // Медицинская наука и образование Урала. – 2024. – Т. 25, N 4. – С. 99–105.

119. Сроки ожидания медицинской помощи: зарубежный опыт и российская практика : доклад / И.М. Шейман, С.В. Шишкин, В.О. Кусакина [и др.]

; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва, 2019. – 66 с. – ISBN 978-5-7598-1548-8.

120. Стандартизация медицинской помощи - инструмент бережливого производства и основа системных улучшений / О.С. Кобякова, И.А. Деев, В.А. Бойков [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, N 3. – С. 2. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1162/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 02.07.2020.

121. Страдымов, Ф. И. Организация межтерриториальных центров и отделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях. Аналитический обзор / Ф. И. Страдымов, В. С. Ступак, В. В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 3. – С. 803-820.

122. Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы : доклад НИУ ВШЭ / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, В.В. Власов [и др.] ; ред. С.В. Шишкин ; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва, 2022. – 60 с. – ISBN 978-5-7598-2636-1.

123. Ступак, В.С. Региональный опыт внедрения бережливых технологий в педиатрической практике / В.С. Ступак, Т.А. Соколовская, Ж.Х. Малкандуева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2021. – N 4. – С. 71–75.

124. Суслин, С.А. Удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях / С.А. Суслин, П.В. Тимяшев, С.Х. Садреева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – N 3. – С. 728–751.

125. Технологии бережливого производства в здравоохранении (опыт ФМБА России) / В.В. Уйба, М.В. Забелин, В.В. Миронова [и др.] // Медицина экстремальных ситуаций. – 2018. – Т. 20, N 3. – С. 248–252.

126. Тумусов, Ф.С. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации / Ф.С. Тумусов, Д.А. Косенко ; Федеральное собрание Российской Федерации, Государственная Дума. – Москва : Издание Государственной Думы, 2019. – 79 с.

127. Удовлетворенность граждан как индикатор эффективности организационных моделей оказания медицинской помощи в амбулаторном звене / И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.А. Бойков [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2020. – N 8. – С. 35–40.

128. Удовлетворенность работников предприятия жилищно-коммунального хозяйства качеством и условиями оказания медицинской помощи / Г.Я. Бендюк, В.В. Люцко, М.А. Дохов, А.А. Сидоров // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – Т. 22, прил. 9. – С. 74–78.

129. Указ Президента РФ от 02.07.2021 N 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_389271/ (дата обращения: 11.10.2025).

130. Указ Президента Российской Федерации от 8 декабря 2025 г. N 896 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года» // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_520966/ (дата обращения: 15.12.2025).

131. Указ Президента РФ от 07.05.2024 N 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_475991/ (дата обращения: 11.10.2025).

132. Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные пути решения / А.Е. Агапитов, А.Ю. Белов, А.А. Дзизинский [и др.] ; под ред. В.И. Стародубова, Д.В. Пивеня. – Москва : Менеджер здравоохранения, 2007. – 123 с. – ISBN 5-9900-493-6-9. – (Менеджмент в здравоохранении).

133. Управление объемами медицинской помощи и процессом госпитализации в профильном федеральном центре с применением цифровых

технологий / Е.В. Колядо, В.А. Пелеганчук, А.Н. Повалихин, В.В. Лазарева // Гений ортопедии. – 2023. – Т. 29, N 2. – С. 127–136.

134. Ушаков, Е.В. Управление качеством медицинской помощи: традиционные и новые методы / Е.В. Ушаков // Тенденции развития науки и образования. – 2020. – N 63–3. – С. 181–184.

135. Федеральный закон «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 02.05.2006 N 59-ФЗ (последняя редакция) : принят Государственной Думой 21 апреля 2006 года : одобрен Советом Федерации 26 апреля 2006 года // Консультант Плюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_59999/ (дата обращения: 17.10.2025).

136. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция) : принят Государственной Думой 19 ноября 2010 года : одобрен Советом Федерации 24 ноября 2010 года // КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 11.10.2025).

137. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция) : принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года : одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года// КонсультантПлюс : офиц. сайт. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 11.10.2025).

138. Хабриев, Р.У. Николай Александрович Семашко – первый народный комиссар здравоохранения России / Р.У. Хабриев, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, N 3. – С. 164–168.

139. Характеристики моделей территориального планирования в здравоохранении/ А.В. Поликарпов, М.В. Санькова, Н.А. Голубев [и др.] Профилактическая медицина. 2023;26(7):45-52.

140. Хусаинова, Д.К. Своевременность как главная характеристика качества медицинской помощи / Д.К. Хусаинова, Г.Г. Зигангареева, Л.М. Шулаева // Менеджер здравоохранения. – 2021. – N 6. – С. 35–41.

141. Чукреев, М.П. Удовлетворенность качеством амбулаторно-поликлинической помощи студентов-медиков как элемент оценки действующей системы медицинского обслуживания / М.П. Чукреев, Д.Е. Калинин // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2023. – Т. 38, N 1. – С. 181–185.

142. Шартова, Н.В. Территориальная доступность медицинских учреждений для жителей севера России / Н.В. Шартова, М.Ю. Грищенко, Т.В. Ватлина // Вестник Московского университета. Серия 5: География. – 2023. – Т. 78, N 5. – С. 104–114.

143. Шевский, В.И. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения / В.И. Шевский, И.М. Шейман // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2013. – N 3. – С. 24–47.

144. Шевский, В.И. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы / В.И. Шевский, И.М. Шейман, С.В. Шишкин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68, N 2. – С. 2. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1356/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 10.05.2022.

145. Шейман, И.М. Приоритет первичной медико-санитарной помощи - декларация или реальность? / И.М. Шейман, В.И. Шевский, С.В. Сажина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65, N 1. – С. 3. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 11.03.2019.

146. Шейман, И.М. Процессы концентрации и интеграции медицинских служб в зарубежном и отечественном здравоохранении: есть ли приращение эффекта? / И.М. Шейман, В.И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2019. – N 1. – С. 111–135.

147. Шелгунов, В.А. Роль информационных технологий в проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения / В.А. Шелгунов, А.В. Зубко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2024. – Т. 70, прил. 5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1681/27/lang,ru/>. – Дата публикации: 28.12.2024.
148. A before-after study of hospital use in two frail populations receiving different home-based services over the same time in Vancouver, Canada / M.J. McGregor, M.B. Cox, J.M. Slater [et al.] // BMC Health Serv. Res. – 2018. – Vol. 18, N 1. – P. 248.
149. A text message intervention to minimize the time burden of cancer care / E.M. Bange, K.Q. Coughlin, W. Li [et al.] // NEJM Catal. Innov. Care Deliv. – 2025. – Vol. 6, N 3. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12276887/>. – Date of publication: 20.09.2025.
150. Almeida, P.F. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? / P.F. Almeida, A.M. Santos // Rev. Saude Publica. – 2016. – Vol. 50. – P. 80.
151. Alyafei, A. Continuity of care at the primary health care level: narrative review / A. Alyafei, S.S. Al Marri // J. Family Med. Prim. Care Open Acc. – 2020. – Vol. 4, N 1. – P. 146. – URL: <https://www.gavinpublishers.com/article/view/continuity-of-care-at-the-primary-health-care-level-narrative-review>. – Date of publication: 11.06.2020.
152. Association between hospital interval and survival in patients with oral cancer: A waiting time paradox / J.L. Lopez-Cedrún, A. Otero-Rico, I. Vázquez-Mahía [et al.] // PLoS One. – 2019. – Vol. 14, N 10. – P. e0224067.
153. Better measurement for performance improvement in Low- and Middle-income countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) experience of conceptual framework development and indicator selection / J. Veillard, K. Cowling, A. Bitton [et al.] // Milbank Q. – 2017. – Vol. 95, N 4. – P. 836–883.
154. Buntak, K. Impact of medical logistics on the quality of life of health care users / K. Buntak, M. Kovačić, I. Martinčević // Proc. Eng. Sci. – 2019. – Vol. 1, N 2. – P. 1025–1032.

155. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review / R. Khatri, A. Endalamaw, D. Erku [et al.] // *BMC Health Serv. Res.* – 2023. – Vol. 23, N 1. – P. 750.
156. Continuity in primary care: a critical but neglected component for achieving high-quality universal health coverage / D. Schwarz, L.R. Hirschhorn, J.H. Kim [et al.] // *BMJ Glob. Health.* – 2019. – Vol. 4, N 3. – P. e001435.
157. Continuity of care in diverse ethnic groups: a general practice record study in England / M. Stafford, L. Bécares, B. Hayanga [et al.] // *Br. J. Gen. Pract.* – 2023. – Vol. 73, N 729. – P. e257–e266.
158. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality / D.J. Pereira Gray, K. Sidaway-Lee, E. White [et al.] // *BMJ Open.* – 2018. – Vol. 8, N 6. – P. e021161.
159. Continuity of care: a multidisciplinary review / J.L. Haggerty, R.J. Reid, G.K. Freeman [et al.] // *BMJ.* – 2003. – Vol. 327, N 7425. – P. 1219–1221.
160. Coordination of care in the Chinese health care systems: a gap analysis of service delivery from a provider perspective / X. Wang, S. Birch, W. Zhu [et al.] // *BMC Health Serv. Res.* – 2016. – Vol. 16, N 1. – P. 571.
161. Cost consequence analysis of waiting for lumbar disc herniation surgery / C. Dandurand, M.S. Mashayekhi, G. McIntosh [et al.] // *Sci. Rep.* – 2023. – Vol. 13, N 1. – P. 4519.
162. Costa Rica's health care reform: Impact and success of the EBAIS model / L. Cuccia, J. Chadwick, A. Hassan [et al.] // *Prognosis.* – 2019. – Vol. 8, N 1. – P. 24–35.
163. Demographic determinants of patient satisfaction in medical outpatient department of a tertiary care hospital in North India / G. Batta, D.K. Mundhe, R. Vishnuprasad [et al.] // *J. Family Med. Prim. Care.* – 2025. – Vol. 14, N 8. – P. 3469–3473.
164. Design and implementation of an affordable, public sector electronic medical record in rural Nepal / A. Raut, C. Yarbrough, V. Singh [et al.] // *J. Innov. Health Inform.* – 2017. – Vol. 24, N 2. – P. 862.

165. Effect of a National VHA medical scribe pilot on provider productivity, wait times, and patient satisfaction in cardiology and orthopedics / S. Palani, I. Saeed, A. Legler [et al.] // *J. Gen. Intern. Med.* – 2023. – Vol. 38, suppl. 3. – P. 878–886.
166. Effect of lean processes on surgical wait times and efficiency in a tertiary care Veterans Affairs Medical Center / N.P. Valsangkar, A.C. Eppstein, R.A. Lawson, A.N. Taylor // *JAMA Surg.* – 2017. – Vol. 152, N 1. – P. 42–47.
167. Effect of waiting time on patient satisfaction in outpatient: An empirical investigation / H. Zhang, W. Ma, S. Zhou [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2023. – Vol. 102, N 40. – P. e35184.
168. Evaluation of health resource utilization efficiency in community health centers of Jiangsu Province, China / X. Xu, L. Zhou, H.A. Antwi, X. Chen // *Hum. Resour. Health.* – 2018. – Vol. 16, N 1. – P. 13.
169. Fekri, O. Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? : WHO Health Evidence Network synthesis report 55 / O. Fekri, E.R. Macarayan, N. Klazinga. – WHO Regional Office for Europe, 2018. – URL: <https://iris.who.int/handle/10665/326260> (accessed date: 09.10.2025). – ISBN 978-92-890-5304-4.
170. Garcia, F.L. Impacts of the 2017 Brazilian National Primary Care Policy on public primary health care in Rio de Janeiro, Brazil / F.L. Garcia, M. Socal // *Cad. Saude Publica.* – 2022. – Vol. 38, N 5. – P. e00219421.
171. Harada, Y. Impact of a commercial artificial intelligence-driven patient self-assessment solution on waiting times at general internal medicine outpatient departments: Retrospective study / Y. Harada, T. Shimizu // *JMIR Med. Inform.* – 2020. – Vol. 8, N 8. – P. e21056.
172. Implementing sustainable primary healthcare reforms: strategies from Costa Rica / L. Spigel, M. Pesec, O. Villegas Del Carpio [et al.] // *BMJ Glob Health.* – 2020. – Vol. 5, N 8. – P. e002674.

173. Measuring geographical disparities in waiting times for community-based specialist care - a novel statistical application / H. Murad, V. Myers, A. Ziv [et al.] // *Isr. J. Health Policy Res.* – 2025. – Vol. 14, N 1. – P. 43.
174. Modernising continuity: a new conceptual framework / E. Ladds, T. Greenhalgh // *Br. J. Gen. Pract.* – 2023. – Vol. 73, N 731. – P. 246–248.
175. Operational framework for primary health care: transforming vision into action / World Health Organization ; United Nations Children's Fund. – Geneva : WHO ; UNICEF, 2020. – 132 p. – URL: <https://iris.who.int/items/ad2b4df4-9f54-41c6-a64c-18b9d92cc1ed> (accessed date: 10.10.2025). – ISBN 978-92-4-001784-9.
176. Optimizing chemotherapy waiting time in the day care unit for gastrointestinal cancer patients: A lean six sigma approach / M. Dayeh, B. Al Faliti, I. Burney [et al.] // *Asian Pac. J. Cancer Prev.* – 2025. – Vol. 26, N 6. – P. 2247–2256.
177. Patient and provider perspectives on eHealth interventions in Canada and Australia: a scoping review / M. LeBlanc, S. Petrie, S. Paskaran [et al.] // *Rural. Remote Health.* – 2020. – Vol. 20, N 3. – P. 5754.
178. Patient experience from an eHealth perspective: A scoping review of approaches and recent trends / J. Viitanen, P. Valkonen, K. Savolainen [et al.] // *Yearb. Med. Inform.* – 2022. – Vol. 31, N 1. – P. 136–145.
179. Patient experiences of waiting for orthopaedic care and priorities for 'waiting well': a qualitative study in a London NHS trust / J. Chan, S. Poon, A. Lawrence-Jones [et al.] // *Arch. Public. Health.* – 2025. – Vol. 83, N 1. – P. 95.
180. Person-centered care in Uganda: analysis of responsiveness, patient satisfaction, patient-reported health outcomes, and trust among adults / J. Fifield, G.A. Bell, L.R. Hirschhorn [et al.] // *IJQHC Communications.* – 2022. – Vol. 2, N 1. – P. lyac005.
181. Primary care networks and starfield's 4Cs: A case for enhanced chronic disease management / C.D. Foo, S. Surendran, G. Jimenez [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* – 2021. – Vol. 18, N 6. – P. 2926.
182. Primary health care on the road to universal health coverage : 2019 monitoring report / Health Systems Governance and Financing (HGF) // WHO : site. –

2019. – 9 Sep. – 12 p. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-on-the-road-to-universal-health-coverage-2019-monitoring-report> (accessed date: 10.10.2025). – ISBN 978-92-4-002905-7.

183. Rathnayake, D. Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery / D. Rathnayake, M. Clarke, V. Jayasinghe // *PLoS One*. – 2021. – Vol. 16, N 8. – P. e0256578.

184. Rodrigues, P.G. Waiting for specialists: A multi-priority and multi-speciality analysis / P.G. Rodrigues, M.J. Bárrrios, M.S.G. Mendes // *Int. J. Health Plann. Manage.* – 2025. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.70007>. – Date of publication: 12.07.2025.

185. Shetty, A. Direct access day-case hernia surgery: a logical option for reduction in waiting time / A. Shetty, N. Manimaran, H. Reece-smith // *Ambul. Surg.* – 2004. – Vol. 11, N 1/2. – P. 41–43.

186. Successes, weaknesses, and recommendations to strengthen primary health care: a scoping review / A. Endalamaw, D. Erku, R.B. Khatri [et al.] // *Arch. Public. Health.* – 2023. – Vol. 81, N 1. – P. 100.

187. The 5S-5M-5C schematic: transforming primary care inputs to outcomes in low-income and middle-income countries / A. Bitton, J.H. Veillard, L. Basu [et al.] // *BMJ Glob. Health.* – 2018. – Vol. 3, suppl. 3. – P. e001020.

188. The health-related impact of disruptions in cancer care and the Waiting Time Paradox / P.R. Tope, B.P. Gonçalves, M. El-Zein, E.L. Franco // *Am. J. Epidemiol.* – 2025. – P. kwaf128. – URL: <https://academic.oup.com/aje/advance-article-abstract/doi/10.1093/aje/kwaf128/8161742?redirectedFrom=fulltext&login=false>. – Date of publication: 11.06.2025.

189. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients / S. Waibel, I. Vargas, M.B. Aller [et al.] // *Int. J. Integr. Care.* – 2015. – Vol. 15. – P. e029.

190. Towards patient-centred care in Ghana: health system responsiveness, self-rated health and experiential quality in a nationally representative survey /

H.L. Ratcliffe, G. Bell, K. Awoonor-Williams [et al.] // *BMJ Open Qual.* – 2020. – Vol. 9, N 2. – P. e000886.

191. Using artificial intelligence to reduce queuing time and improve satisfaction in pediatric outpatient service: A randomized clinical trial / X. Li, D. Tian, W. Li [et al.] // *Front Pediatr.* – 2022. – Vol. 10. – P. 929834.

192. Wait time management strategies at centralized intake system for hip and knee replacement surgery: A need for a blended evidence-based and patient-centered approach / D.A. Marshall, D.P. Bischak, F. Zaerpour [et al.] // *Osteoarthr. Cartil. Open.* – 2022. – Vol. 4, N 4. – P. 100314.

193. Waiting times for health services: Next in line / OECD Health Policy Studies. – Paris : OECD, 2020. – 70 p. – ISBN 978-92-64-75437-9.

194. What is needed for continuity of care and how can we achieve it? Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory / L. Ljungholm, A. Edin-Liljegren, M. Ekstedt, C. Klinga // *BMC Health Serv. Res.* – 2022. – Vol. 22, N 1. – P. 686.

Стандарт организации амбулаторной помощи населению Томской области (фрагмент)**Раздел 15. Кабинет организации медицинской помощи в плановой форме**

КОПМП обеспечивает запись пациентов на плановую госпитализацию, дополнительные консультации врачей-специалистов, исследования и обследования во внешние МО. Режим работы КОПМП: понедельник – суббота, с 08.00 до 18.00 часов.

Основные функции КОПМП:

- прикрепление населения к МО;
- запись на консультации и исследования в плановом порядке во внешние МО;
- оформление листка временной нетрудоспособности;
- запись на госпитализацию в плановом порядке во внешние МО;
- взаимодействие между МО и внешними МО в части передачи информации о выписке пациентов, о результатах исследований.

15.1. Дополнительные требования к сотрудникам

Требования к сотруднику КОПМП:

- должен иметь образование не ниже среднего.

15.2. Дополнительные требования к организации рабочей зоны

Требование к рабочей зоне кабинета организации плановой помощи:

- КОПМП должен располагаться на первом этаже, с учетом особенностей здания поликлиники, для оптимального разделения потоков пациентов.

15.3. Требования к организации процессов

Формирование маршрутной карты:

- информация о необходимых обследованиях и консультациях передается врачом или медицинской сестрой в КОПМП;
- запись на исследования проводится в течение двух рабочих дней. В течение этого времени сотрудник КОПМП информирует пациента по телефону о датах и времени проведения консультаций и/или обследований (при необходимости дату и время исследований можно изменять), при согласовании дат и времени исследований, направления на исследования и маршрутную карту пациент забирает в регистратуре или в КОПМП.

Запись пациента на плановую госпитализацию:

- информация о наличии показаний для плановой госпитализации во внешнюю МО, направления на дополнительные обследования (согласно перечню распоряжения Департамента здравоохранения Томской области), направление на плановую госпитализацию, передается врачом или медицинской сестрой в КОПМП;

- сотрудник КОПМП направляет информацию (результаты имеющегося обследования) по защищенному каналу связи (VipNet, МИС ТО) в стационар МО, в который планируется госпитализация;

- заведующий отделением стационара изучает результаты обследования в течение 2 рабочих дней и определяет дату госпитализации, при необходимости рекомендует необходимое дополнительное обследование, не входящее в перечень обследований распоряжения Департамента здравоохранения Томской области. Передает информацию в КОПМП в виде заключения по защищенному каналу связи (VipNet, МИС ТО);

- в случае необходимости очной консультации, заведующий отделением назначает дату и время своей консультации (не позднее 7 рабочих дней с момента получения информации), информирует об этом КОПМП МО прикрепления пациента. КОПМП информирует пациента о дате и времени консультации заведующего отделением;

- после очной консультации заведующего отделением стационара принимается решение о госпитализации или об отказе в госпитализации, определяется дата госпитализации, определяется необходимость и объем дополнительного обследования, информация передается в КОПМП в виде заключения по защищенному каналу связи (VipNet, МИС ТО), а также выдается заключения на руки пациенту;

- сотрудник КОПМП, согласно речевому модулю, объясняет пациенту, какие обследования и где необходимо пройти перед госпитализацией, на какую дату назначена госпитализация, а также разъясняет, когда необходимо получить направления на обследования, направление на госпитализацию, памятки по подготовке к медицинским манипуляциям и маршрутную карту в КОПМП или регистратуре;

- сотрудник КОПМП информирует пациента о готовности результатов дополнительных обследований, а также разъясняет, когда необходимо получить результаты обследования в КОПМП или регистратуре, напоминает о дате и времени госпитализации.

Запись пациента на внешние услуги:

- сотрудник КОПМП записывает пациента на определенную дату и время в расписании внешней МО по телефону либо в МИС ТО;

- сотрудник КОПМП, согласно речевому модулю, объясняет пациенту, в какую дату, время и в какую МО он должен обратиться для получения медицинской услуги, а также выдает пациенту памятки по подготовке к исследованию;
- сотрудник КОПМП фиксирует номер направления, МО, дату оказания услуги и сведения о пациенте в журнале регистрации направлений;
- при соблюдении определенных условий возможно формирование и передача направления в электронной форме;
- сотрудник КОПМП записывает пациента на исследования во внешнюю МО, а также оформляет запись на повторный прием к лечащему врачу с результатами обследований или консультаций.

Обратная связь с другими МО:

- при направлении пациента для плановой госпитализации во внешние МО организовывается документооборот между МО путем выезда сотрудника КОПМП в стационары г. Томска. Выписка из стационара передается в регистратуру и на участок прикрепления;
- при направлении пациента для плановой госпитализации за пределы Томской области сотрудником КОПМП запрашивается информация о выписке в МО, в которую направлен пациент. Выписка из стационара передается в регистратуру и на участок прикрепления.

Таблица А.1 – Контрольный лист оценки КОПМП

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1	Рабочая зона КОПМП организована по системе 5С*		
2	Работа с пациентами осуществляется в соответствии с утвержденными речевыми модулями		
3	Режим работы КОПМП совпадает с режимом работы поликлиники		
4	Прием пациентов осуществляется в соответствии с утвержденным СОП		
5	Пациенту выдается маршрутная карта с перечнем обследования, датой и временем приема, адреса МО и № кабинета.		
6	Запись пациента на плановую госпитализацию организована в соответствии с действующими требованиями		
7	Запись пациента на внешние услуги организована в соответствии с требованиями настоящего стандарта (имеется журнал учета направлений, доступ сотрудника к МИС ТО и ViPNet, памятки по подготовке к исследованиям)		
5	Обратная связь с другими МО организована в соответствии с требованиями настоящего стандарта		
5С – система организации рабочего места в соответствии с принципами бережливого производства			

**Порядок организации медицинской помощи в плановой форме при направлении
пациентов во внешние медицинские организации**

1. Назначение лечебно-диагностических мероприятий
 - 1.1. Решение о направлении пациента на медицинские услуги во внешние МО принимает лечащий врач, в соответствии с обоснованной тактикой обследования и лечения.
 - 1.2. Направлению на дополнительное обследование и консультации в рамках фондодержания подлежат граждане, прикрепленные для медицинского обслуживания к ОГАУЗ «-----».
 - 1.3. Перечень медицинских услуг и МО определен Тарифным соглашением на оплату МП по ОМС на территории Томской области.
 - 1.4. По назначению лечащего врача медицинская сестра (медицинский брат) в МИС ТО оформляет направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию, форма N 057/у-04 (далее – направление) и проверяет корректность автозаполнения сведений в направлении: диагноз, код медицинской услуги, обоснование направления, ФИО пациента и ФИО направившего врача.
 - 1.5. Врач сообщает пациенту в доступной для него форме информацию о его состоянии здоровья, плане обследования и лечения.
 - 1.6. План обследования пациента врач прикладывает к направлению. Пациент имеет право отказаться от любого вида медицинского вмешательства. Письменный отказ оформляется в установленном порядке врачом на приеме.
 - 1.7. Медицинская сестра (медицинский брат) уточняет у пациента контактную информацию и предпочтительный способ связи, а также удобные время и дату посещения МО для получения медицинской услуги.
 - 1.8. Медицинская сестра (медицинский брат) информирует пациента о сроках согласования направления и оформлении записи на назначенные лечебно-диагностические мероприятия.
 - 1.9. Согласованию подлежат все направления во внешние МО за исключением направлений на лечебно-диагностические мероприятия в рамках ДОГВН и ПМО.
 - 1.10. После приема медицинская сестра (медицинский брат) передает направления заведующему структурным подразделением для согласования.

- 1.11. Заведующий структурным подразделением в течение 1 рабочего дня согласовывает направление и передает в регистратуру для КОПМП. При наличии замечаний к оформлению направления или обоснованности выбранной тактики, заведующий сообщает направившему врачу о необходимости устранения несоответствий. Срок согласования и устранения несоответствий должно быть проведено в течение 2 рабочих дней.
- 1.12. Пациент имеет право самостоятельно согласовать направление, обратившись к заведующему структурным подразделением согласно утвержденному графику работы.

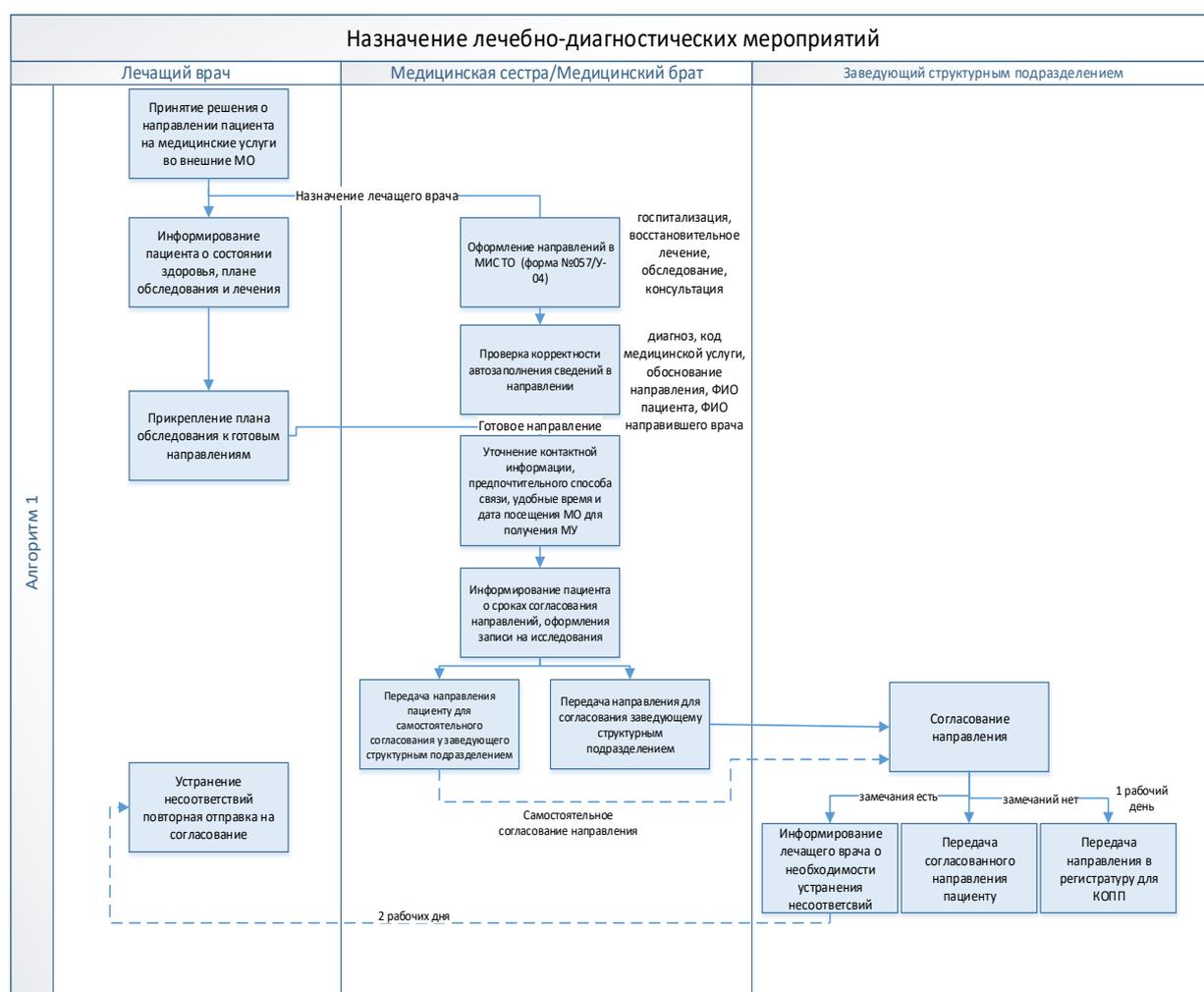


Рисунок Б.1 – Блок-схема «Назначение лечебно-диагностических мероприятий»

2. Прием и регистрация направлений в КОПМП

Администратор (регистратор, оператор) КОПМП выполняет следующие функции по организации плановой помощи и маршрутизации пациента:

- 2.1. В зависимости от способа согласования направления (с участием или без участия пациента) принимает направление от пациента или забирает в регистратуре.
- 2.2. Регистрирует направление в журнале учета (в электронном или печатном формате).

2.3. Проверяет корректность оформления направления:

- a) заполнены все поля;
- b) код диагноза по МКБ-10 соответствует профилю медицинской услуги, на которую выдано направление;
- c) код медицинской услуги соответствует перечню медицинских услуг, включенных в ТППГ;
- d) бланк направления оформлен подписями лечащего врача и заведующего отделением, печатями и штампом МО.

2.4. При выявлении несоответствий передает направления на доработку лечащему врачу с отметкой в журнале учета.

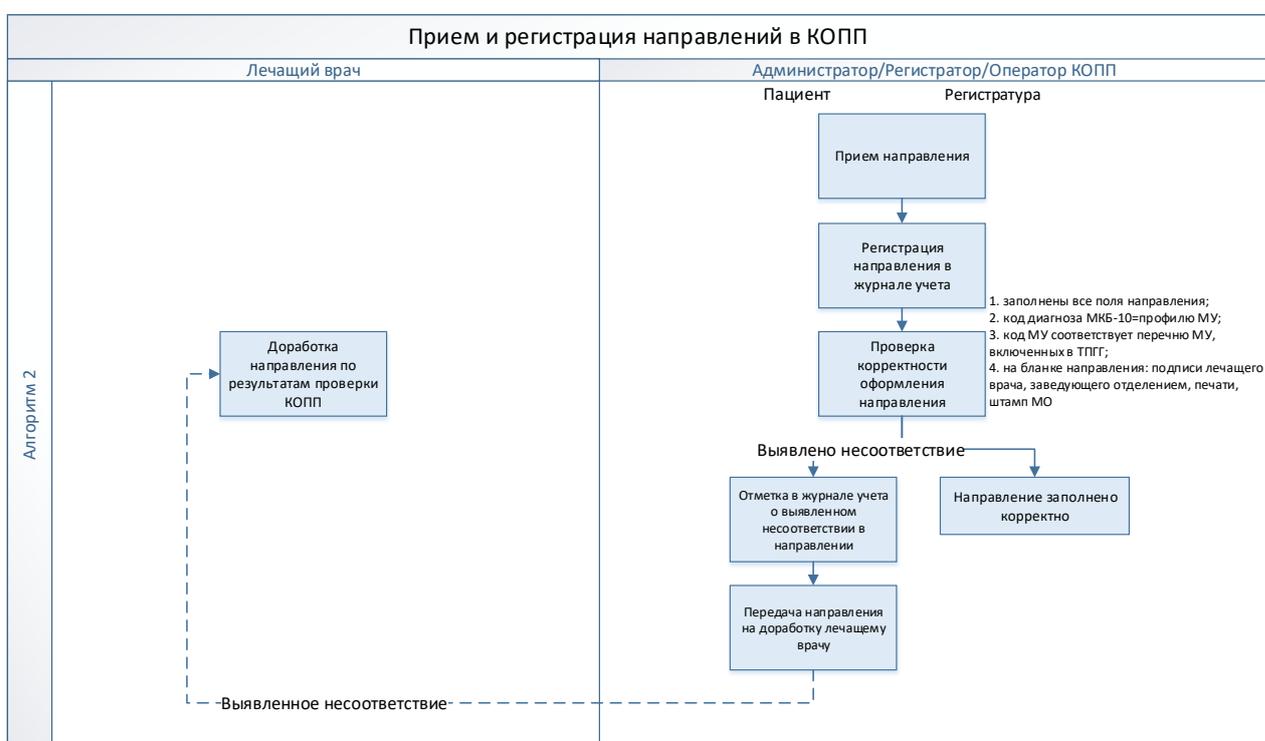


Рисунок Б.2 – Блок-схема «Прием и регистрация направлений в КОПМП»

3. Планирование маршрута пациента в КОПМП при направлении на обследование, консультации в амбулаторных условиях

Администратор КОПМП (оператор, регистратор) выполняет следующие действия:

- 3.1. Согласовывает с пациентом дату и время записи посредством телефонной связи или очно при личном обращении пациента в КОПМП с направлением.
- 3.2. Записывает пациента на медицинские услуги, с использованием доступных способов:
 - a) электронное расписание в МИС ТО;
 - b) обращение посредством телефонной связи в КОПМП МО, в которую требуется записать пациента;

- с) направление списков пациентов в КОПП МО, в которую требуется записать пациента по VipNet. Вносит в журнал учета направлений дату отправки списка.
- 3.3. Записывает пациента на повторный прием к лечащему врачу в соответствии с прогнозируемой датой готовности результатов обследования или консультации.
- 3.4. Формирует пакет документов пациенту для получения медицинской услуги:
- направление ф. 057/у оформленное и заверенное подписями ответственных лиц в соответствии с требованиями;
 - памятка для пациента о правилах подготовки к обследованию;
 - маршрутная карта;
 - выписка из амбулаторной карты пациента (при необходимости).
- 3.5. Передает сформированный пакет документов в регистратуру.
- 3.6. Информировывает пациента о готовности документов, графике и месте выдачи документов. Напоминает о том, в какую дату, время и в какую МО он должен обратиться для получения медицинской услуги.

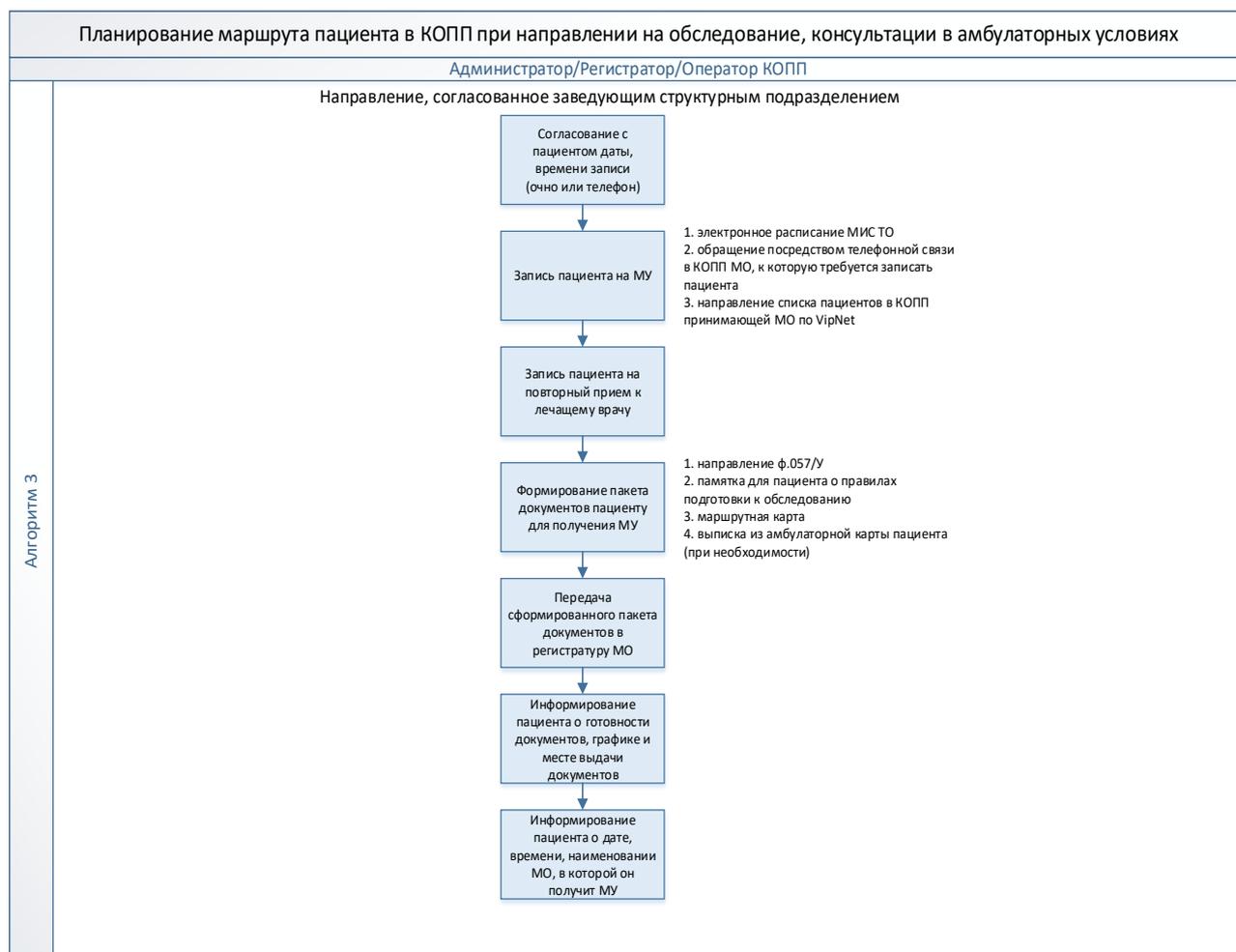


Рисунок Б.3 – Блок-схема «Планирование маршрута пациента в КОПП при направлении на обследование, консультации в амбулаторных условиях»

4. Планирование маршрута пациента в КОПМП при направлении на плановую госпитализацию.

Администратор КОПМП (оператор, регистратор) выполняет следующие действия:

- 4.1. Формирует и направляет пакет документов (направление, выписка из амбулаторной карты и другие, определенные действующими требованиями к направлению на лечение в стационарных условиях) по защищенному каналу связи (VipNet, МИС ТО, ЕГИСЗ) в отделение стационара МО, в которое планируется госпитализация;
- 4.2. В течение 2 рабочих дней по защищенному каналу связи получает заключение с указанием перечня дополнительного обследования, назначенной даты и времени плановой госпитализации или, при необходимости, о дате и времени проведения очной консультации заведующего отделением (не позднее 7 рабочих дней с момента получения пакета документов), в которое планируется госпитализация пациента;
- 4.3. Планирует маршрут пациента, в зависимости от заключения, полученного из МО:
 - а) решение о плановой госпитализации принято, дополнительное обследование НЕ требуется – передает пакет документов в регистратуру, информирует пациента о дате и времени плановой госпитализации, графике и месте получения пакета документов на плановую госпитализацию;
 - б) решение о плановой госпитализации принято, требуется дополнительное обследование:
 - согласовывает с лечащим врачом пациента дополнительный план обследования;
 - информирует пациента о назначенной дате госпитализации и необходимости пройти дообследование;
 - планирует сроки прохождения обследования, с учетом сохранения актуальности результатов исследования на дату госпитализации;
 - согласовывает с пациентом даты и время прохождения обследования и записывает в расписание МИС ТО. Если назначенные услуги не выполняются в МО, действует согласно п. 3 настоящего Порядка.
 - в) решение о плановой госпитализации НЕ принято, требуется дополнительное обследование:
 - согласовывает с лечащим врачом пациента дополнительный план обследования;
 - информирует пациента о необходимости пройти дообследование;

- согласовывает с пациентом даты и время прохождения обследования и записывает в расписание МИС ТО. Если назначенные услуги не выполняются в МО, действует согласно п. 3 настоящего Порядка;
 - после получения результатов возвращается к п. 4.1 настоящего Порядка.
- d) решение о плановой госпитализации НЕ принято, требуется очная консультация заведующего отделением стационара:
- информирует пациента о дате, времени и адресе проведения консультации заведующим отделением.
- e) в течение 1 рабочего дня после проведения консультации получает заключение о принятом решении, в зависимости от которого выбирает вариант дальнейших действий:
- при получении отказа от госпитализации передает информацию лечащему врачу и завершает сопровождение данного случая с отметкой в журнале учета направлений;
 - при получении положительного решения действует согласно подпунктам 4.3.a или 4.3.b настоящего Порядка.
- 4.4. После очной консультации заведующего отделением стационара принимается решение о госпитализации или об отказе в госпитализации, определяется дата госпитализации, определяется необходимость и объем дополнительного обследования, информация передается в КОПМП в виде заключения по защищенному каналу связи (VipNet, МИС ТО), а также выдается заключения на руки пациенту.

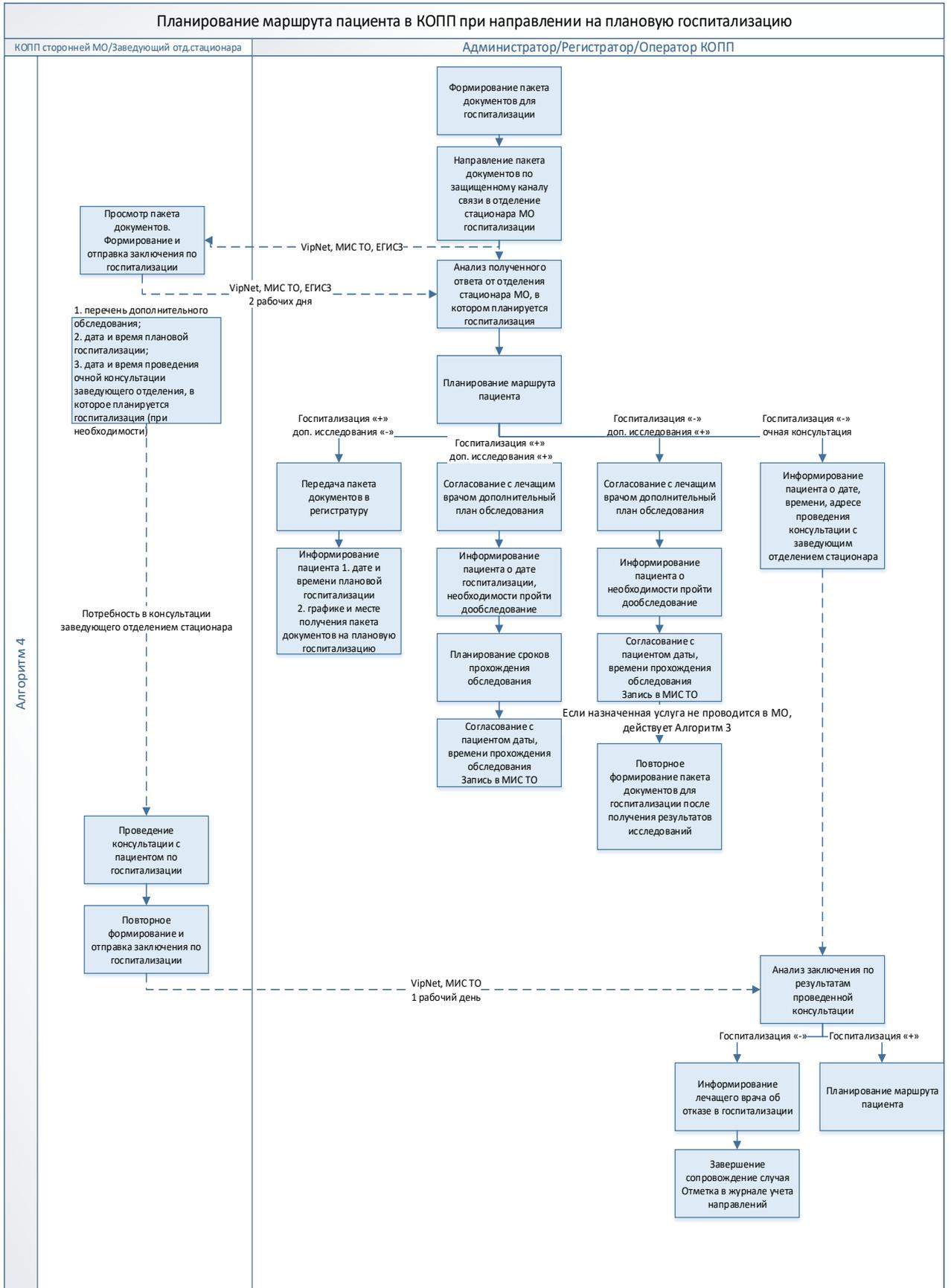


Рисунок Б.4 – Блок-схема «Планирование маршрута пациента в КОПП при направлении на плановую госпитализацию»

5. Мониторинг сроков документооборота между МО

- 5.1. Сроки направления и рассмотрения документов при направлении на консультации, обследование и госпитализации определены распоряжением Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 N 814 «О порядке направления пациентов на плановую госпитализацию» и от 10.09.2018 N 813 «Об утверждении порядка госпитализации и оптимального объема обследования для консультации и плановой госпитализации».
- 5.2. Администратор КОПМП контролирует своевременность получения информации от МО, в которую был направлен запрос с документами пациента для определения сроков проведения консультации или плановой госпитализации.
- 5.3. В случае неполучения информации в установленный срок, администратор КОПМП принимает меры для решения вопроса с МО, в которую были направлены документы пациента:
- посредством телефонной связи уточняет причины отсутствия обратной связи у ответственного за организацию плановой помощи во внешней МО и направляет повторное уведомление по VipNet;
 - информирует своего руководителя об отсутствии обратной связи от внешней МО и далее действует в соответствии со схемой эскалации проблем (цепочка помощи);
 - фиксирует сведения в журнале учета направлений.

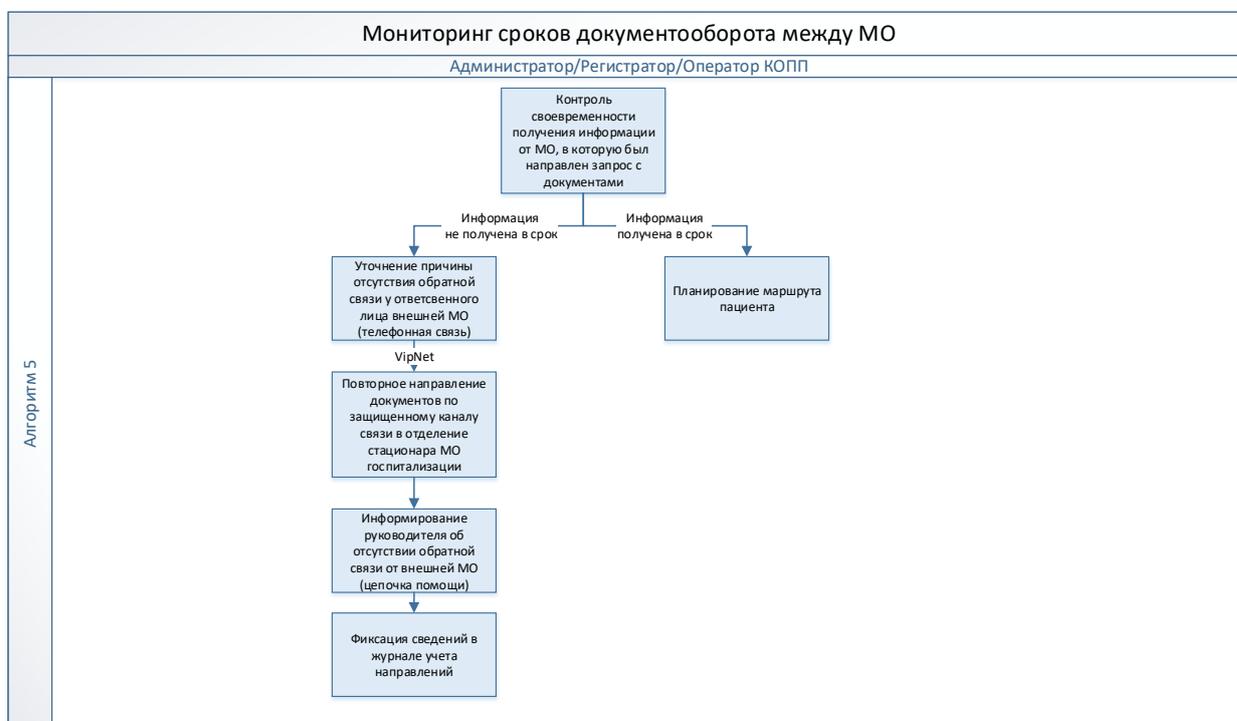


Рисунок Б.5 – Блок-схема «Мониторинг сроков документооборота между медицинскими организациями»

**Чек-лист оценки уровня внедрения кабинет организации медицинской помощи в
плановой форме в медицинской организации**

Таблица Г.1 – Форма оценки уровня внедрения КОПМП в МО

N	Показатели	Метод оценки	Да	Нет
1. Созданы организационные условия				
1.1.	Наличие локального приказа об организации КОПМП, положения о кабинете, штатного расписания, должностных инструкций, графиков работы	проверка документов		
1.2.	Рабочие места сотрудников оснащены офисной мебелью и оргтехникой с подключением к локальной сети и МИС ТО	наблюдение		
Промежуточный итог блока 1 (max – 2)				
2. Организована деятельность КОПМП				
2.1.	Режим работы КОПМП совпадает с режимом работы поликлиники	наблюдение		
2.2.	Наличие на рабочих местах сотрудников СОП по основным направлениям работы КОПМП	наблюдение		
2.3.	Наличие и ведение учетно-отчетной документации КОПМП (в электронном или бумажном формате)	наблюдение		
2.4.	В системе информирования и навигации для пациентов есть указание на КОПМП и его функционал	наблюдение		
2.5.	Сотрудники МО информированы о КОПМП, его функциях и порядке взаимодействия (опросить врачей лечебной группы и регистраторов)	опрос		
2.6.	Доля направлений во внешние МО, оформленных в КОПМП от общего количества таких направлений, составляет 60 % и более	анализ		
Промежуточный итог блока 2 (max – 6)				
3. Организованы процессы КОПМП в соответствии с моделью				
3.1.	Организовано оформление направления на плановую госпитализацию во внешнюю МО	наблюдение, проверка документов, опрос		

3.2.	Организовано оформление направления на консультацию во внешнюю МО	наблюдение, проверка документов, опрос		
3.3.	Формирование и направление комплекта документов в МО по защищенным каналам связи	проверка документов		
3.4.	Оформление направления на плановую госпитализацию во внутренние отделения МО	наблюдение, проверка документов, опрос		
3.5.	Планирование оптимального маршрута обследования на догоспитальном этапе (с минимальным количеством посещений МО и возвратов)	наблюдение, проверка документов, опрос		
3.6.	Запись пациента в расписание на определенное дату и время во внешнюю МО	наблюдение, опрос		
3.7.	Коммуникации с пациентом осуществляются в соответствии с СОП и речевыми модулями	наблюдение, опрос		
Промежуточный итог блока 3 (max – 7)				
Итог (max – 15)				

Сотрудник медицинской организации _____ / _____

Куратор Департамент здравоохранения Томской области _____ / _____

**Акты внедрения результатов данной диссертационной работы в практическую
деятельность**



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кирова пр., д. 41, г. Томск, 634041
тел. (382 2) 513-057, факс (382 2) 516-035
E-mail: ozo@dzato.tomsk.ru, http://www.szrav.tomsk.ru
ОКПО 01971415, ОГРН 1027000886318
ИНН/КПП 7021021653/701701001

20.04.2023 № _____
на № _____ от _____

В Диссертационный совет
Д 208.110.01 при ФГБУ «Центральный
научно-исследовательский институт
организации и информатизации
здравоохранения» Министерства
здравоохранения Российской
Федерации

127254, Москва, ул.
Добролюбова, д. 11

АКТ

о внедрении (использовании) результатов диссертационной работы

Бабешинной Марины Александровны

на тему «Научное обоснование межуровневого взаимодействия медицинских
организаций при оказании плановой медицинской помощи взрослому населению»,
представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по
специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Результаты кандидатской диссертационной работы Бабешинной Марины Александровны на тему «Научное обоснование межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании плановой медицинской помощи взрослому населению», а именно разработанные в рамках исследования требования к организации плановой медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на территории Томской области, а также разработанные алгоритмы взаимодействия между медицинскими организациями при оказании плановой медицинской помощи, инструменты оценки результативности мероприятий по совершенствованию взаимодействия между медицинскими организациями внедрены и используются в 31 медицинской организации Томской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению в амбулаторных условиях.

Заместитель начальника
департамента

А.А. Таранов

Минздрав России

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Сибирский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

Московский тракт, д. 2, г. Томск, 634050
Телефон (3822) 53 04 23;
Факс (3822) 53 33 09
e-mail: office@ssmu.ru
<http://www.ssmu.ru>

ОКПО 01963539 ОГРН 1027000885251
ИНН 7018013613 КПП 701701001

№ _____
На № _____ от _____

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
канд. мед. наук

А.О. Окорочков

2025 год



АКТ

внедрения в учебный процесс кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья результатов диссертационной работы Бабешкиной Марины Александровны на тему «Научное обоснование межуровневого взаимодействия медицинских организаций при оказании плановой медицинской помощи взрослому населению», представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Мы, нижеподписавшиеся, комиссия в составе: председателя - доцент, канд. мед. наук Барановская Светлана Викторовна, члены: канд. мед. наук Нагайцев Александр Викторович, канд. мед. наук Протасовой Любове Муратовны удостоверяем, что результаты диссертационной работы внедрены в учебный процесс кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья.

Полученные данные об опыте применения современных технологий совершенствования плановой медицинской помощи, оказываемой взрослому населению в амбулаторных условиях для управления (оперативного и стратегического) основными организационными процессами вошли в отдельный раздел курса «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» для студентов по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», а также используется при преподавании дисциплины «Современные проблемы управления здравоохранением», для магистрантов специальности «Менеджмент».

Ряд положений диссертации рекомендован и применяется магистрантами в ходе выполнения выпускных квалификационных работ.

Председатель

Члены комиссии

С.В. Барановская

А.В. Нагайцев

Л.М. Протасова