

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

на правах рукописи

ЕНДОВИЦКИЙ

Александр Александрович

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО
ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ», ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ
УСЛОВИЯХ**

ДИССЕРТАЦИЯ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ
КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

3.2.3 –Общественное здоровье, организации и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Люцко Василий Васильевич

г. Москва, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава 1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ», ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	14
1.1 История становления амбулаторной урологии в России.....	14
1.2. Анализ нормативной базы, регламентирующей штатные нормативы для обеспечения медицинской помощи по профилю «урология».....	27
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	33
2.1. Дизайн исследования и этические аспекты работы.....	33
2.2. Характеристика базы и методы исследования.....	36
Глава 3. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ-УРОЛОГОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2015-2023 ГГ., ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ» В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	40
3.1. Обеспеченность врачами-урологами, оказывающими медицинскую помощь по профилю «урология» в амбулаторных условиях.....	40
3.2. Показатели деятельности врачей-урологов по оказанию медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях.....	45
Глава 4. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТНОГО ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ».....	50
4.1 Социальные аспекты респондентов, обратившихся за медицинской помощью по профилю «урология» в амбулаторных условиях.....	50
4.2 Причины обращений за медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях.....	54

4.3. Удовлетворённость пациентов оказанием медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях.....	57
Глава 5. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧАМИ-УРОЛОГАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	75
5.1. Анализ диагностического поиска врачами-урологами.....	75
5.2. Анализ постановки диагноза пациентам урологического профиля....	84
5.3. Анализ назначения лечения и дальнейшего наблюдения врачами-урологами.....	87
Глава 6. РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ», ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	95
6.1. Факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля в амбулаторных условиях.....	95
6.2. Модель экспертной оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях.....	96
6.3. Практическое применение модели экспертной оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях.....	101
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	106
ВЫВОДЫ.....	112
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	114
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	116
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	132

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	- ВОЗ
ДИ	- Доверительный интервал
КС	- Коэффициент совместительства
РФ	- Российская Федерация
ТП/У	- Темп прироста/убыли
УФЛ	- Укомплектованность физическими лицами
УШД	- Укомплектованность штатными должностями
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России	- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФО	- Федеральный округ
Форма ФГСН № 30 «Сведения о медицинской организации»	- Форма федерального государственного статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации»
ФКУЗ «МСЧ МВД России по Московской области»	- Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть России по Московской области»
ЭМК	- Электронная медицинская карта
ГЧП	- Государственно-частное партнерство

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Одной из важнейших задач здравоохранения является планирование, развитие и усовершенствование медицинской помощи населению, в том числе медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях. Заболевания мочеполовой системы существенно влияют на состояние здоровья общества, снижая качество жизни пациента, повышая уровень смертности и инвалидизации, что приводит к неблагоприятным социально-экономическим последствиям. В 80-90 годах XX столетия доля урологической патологии в общей структуре заболеваемости занимала 4-5%, тогда как к 2019 году она увеличилась до 11,9% (Здравоохранение в России, 2019.). С учетом анализа роста урологической заболеваемости усиливается необходимость в совершенствовании организации медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях. Важность развития первичной медико-санитарной помощи так же обусловлена тем фактом, что её доля в структуре здравоохранения занимает около 80% (Улумбекова Г. Э., 2022). Однако, показатель общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, изучение которого проходило в рамках национального проекта «Здравоохранение», на 2023 год составил всего 47,6% (Приказ Минздрава России от 19.07.2022 №495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение»).

На сегодняшний день проблема качества и организации оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по-прежнему остаётся актуальной и не обходит стороной медицинскую помощь, оказываемую по профилю «урология». По данным социологического исследования, выполненного Геворкяном А.Р. среди пациентов урологического профиля на базе Городской поликлиники № 195, лечением удовлетворены полностью 67,7% респондентов, а

также довольны уровнем организации оказания медицинской помощи всего 55,0% (Геворкян А.Р., 2017). На современном этапе развития медицинских организаций основными проблемами доступности и качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, является недостаточное оснащение современным диагностическим оборудованием, ограниченное финансирование, слабый уровень подготовки медицинского персонала и контроля качества за их деятельностью, отсутствие подготовленных руководителей.

Показатели временной доступности медицинской помощи отражаются на её качестве. По данным социологического опроса, проведенного в 2017 году Общероссийским народным фондом, 78% пациентов не удовлетворены временем ожидания приема врача, 44% испытывают трудности при записи к врачам-специалистам, 40% пациентов отмечают проблемы с записью на прохождение лабораторных и инструментальных исследований (Аполихин О.И., 2014).

С 2014 по 2019 гг. отсутствовала существенная динамика обеспеченности врачами-урологами (Кураева В.М., Меньшикова Л.И., Руголь Л.В., 2021), кроме того, в настоящий момент имеет место быть низкая экономическая заинтересованность работы в первичной медико-санитарной помощи, наличие несовершенной нормативно-правовой базы, препятствующей формированию эффективного расписания медицинских организаций (Шипова В.М., Береснева Е.А., Кириллов К.В., Куденцов Е.А., 2019). В связи с этим, в рамках национального проекта «Здравоохранение» одной из целей ставится преодоление кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению (Постановление Правительства Российской Федерации от 31.03.2021 г. № 512 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения»).

Исходя из вышеописанного, необходимо формирование нового взгляда и подхода к совершенствованию организации урологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, улучшению её качества.

Повышения качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, является актуальным предметом изучения многих организаторов здравоохранения.

Степень разработанности темы исследования

Повышение качества медицинской помощи населению является одним из важнейших приоритетов политики Российской Федерации в отношении здоровья населения. Несмотря на проводившиеся приоритетные национальные проекты, такие как «Здоровье» с 2007 по 2013 гг. и «Здравоохранение» с 2018 г. со сроком реализации до 2024 года, отмечалось увеличение общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы за период с 2002 по 2014 гг. (+31,6%) [11], однако за период с 2015 по 2021 гг. отмечалась тенденция к снижению общей (- 7,7%) и первичной (-26,6%) заболеваемости, что может свидетельствовать о положительных трендах в отношении повышения качества медицинской помощи по профилю «урология», в том числе оказываемой в амбулаторных условиях [33]. Таким образом, вопросы качества медицинской помощи, в том числе по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, являются частым предметом исследования в организации здравоохранения [23, 41,47, 49, 52,80,82].

Вместе с тем проблемы, связанные с кадровым обеспечением, качеством медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, продолжают существовать и требуют поиска новых методов совершенствования данных показателей [10, 22,24, 53]

Цель исследования: разработать и научно обосновать модель оценки качества медицинской помощи населению по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях.

Задачи исследования:

1. Провести анализ обеспеченности врачами-урологами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в Российской Федерации за период 2015-2023 гг.

2. Провести комплексный анализ показателей деятельности врачей-урологов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в Российской Федерации за период 2015-2023 гг.

3. Изучить удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой взрослому населению по профилю «урология» в амбулаторных условиях.

4. Разработать методику оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях.

5. Разработать мероприятия по повышению качества медицинской помощи населению по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях.

Научная новизна исследования

– установлено, что снижение числа посещений врачей-урологов по поводу заболевания и с профилактической целью ведет к росту как посещаемости данными врачами пациентов на дому, так и числа оперативных вмешательств;

– выявлены существенные недостатки в организации работы врачей-урологов, что позволило определить ключевые факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов;

– путем комплексного исследования удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой по профилю «урология» в амбулаторных условиях, установлены наиболее значимые проблемы в организации медицинской помощи врачами-урологами;

– выявлены недостатки в диагностическом поиске, в том числе, связанные с доступностью диагностических исследований, постановке диагноза, назначении лечения и дальнейшего наблюдения, оказывающие негативное влияние на качество медицинской помощи;

– установлены принципы взаимодействия врача и среднего медицинского персонала, позволяющие влиять на повышение качества оказания медицинской помощи;

- на основе результатов анализа качества оказания медицинской помощи, оказываемой врачами-урологами в амбулаторных условиях, и экспертной оценки медицинских карт пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях, получено научное обоснование для разработки предложений по оптимизации медицинской помощи по профилю «урология»;

- разработана и реализована организационно-функциональная модель оценки качества медицинской помощи, оказываемой пациентам по профилю «урология» в амбулаторных условиях, которая включает в себя критерии оценки диагностического поиска, постановки диагноза, назначения лечения и дальнейшего наблюдения, что позволяет объективно оценивать качество медицинской помощи и принимать управленческие решения для ее совершенствования;

- разработаны, научно обоснованы, внедрены и оценены мероприятия по улучшению качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, внедрение которых позволило повысить качество медицинской помощи и удовлетворенность пациентов.

Теоретическая и практическая значимость исследования

- проведенный анализ обеспеченности врачами-урологами, оказывающих медицинскую помощь по профилю «урология» в амбулаторных условиях, населения Российской Федерации и ФО за исследуемый период 2015-2023 гг. показал кадровый дефицит врачей-урологов, который является поводом для принятия новых организационных решений;

- путем анкетного опроса и экспертной оценки информации медицинских карт пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях, выявлены дефекты в качестве оказания медицинской помощи по профилю «урология», по результатам которых были приняты управленческие решения;

- разработанная «Модель экспертной оценки качества медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях» позволяет выявлять недостатки в организации работы врачей-урологов;

- практическое внедрение результатов исследования позволяет улучшать качество медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях;
- результаты исследования использованы при разработке методических рекомендаций для специалистов в области организации здравоохранения на региональном и федеральном уровнях при разработке программ по улучшению качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях;

Внедрения

Разработанные на основании проведенного исследования методические рекомендации «Оценка качества и удовлетворенности пациентов медицинской помощью по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях», были внедрены в деятельность ФКУЗ МСЧ МВД России по Московской области, ООО «ЦНМТ», медицинский центр «Норма», медицинский центр «Клиника гемостаза». Кроме того, данные методические рекомендации внедрены в учебный процесс ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Методология и методы исследования

Основываясь на информационно-аналитическом методе исследования, проведен анализ отечественных и зарубежных исследований, нормативной и правовой базы, определены направления исследования, сформированы цель, задачи исследования, выбраны источники статистической информации, на основании которых проведен анализ кадровой обеспеченности врачами-урологами, оказывающими медицинскую помощь взрослому населению по профилю «урология» в амбулаторных условиях. Используя социологический метод и метод экспертных оценок, изучено мнение пациентов и получена объективная оценка в отношении качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях. Проанализированы полученные результаты, сформулированы выводы, разработаны рекомендации для внедрения в практику.

Статистическая обработка материала включала методы описательной статистики; расчет относительных (интенсивных и экстенсивных) показателей; рассчитаны аналитические показатели динамических рядов; проведен корреляционный анализ.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Рост обеспеченности врачами урологами, оказывающими медицинскую помощь по профилю «урология» в амбулаторных условиях, происходит на фоне снижения штатных и занятых должностей врачей данной специальности.
2. Снижение числа посещений пациентами врачей-урологов по поводу заболевания и с профилактической целью ведет к росту как посещаемости пациентов на дому, так и числа оперативных вмешательств.
3. Оценка удовлетворенности и качества оказываемой медицинской помощи по профилю «урология» позволяет выявить недостатки в организации работы врачей-урологов.
4. Разработанная и реализованная в условиях эксперимента методика оценки качества медицинской помощи пациентам урологического профиля может служить механизмом для принятия управленческих решений.

Уровень внедрения

Уровень внедрения результатов диссертационного исследования – региональный и федеральный уровни.

Степень достоверности исследования

Научные положения и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, основаны на изучении достаточного объема статистического и нормативного материала. В работе использованы современные методы исследования, полностью соответствующие поставленным задачам. Выводы аргументированы и вытекают из проведенного исследования. Статистическая обработка материала включала: методы описательной статистики; расчет относительных (интенсивных и экстенсивных) показателей; рассчитаны

аналитические показатели динамических рядов; определена вариабельность количественных данных; проведен корреляционный анализ; прогноз проводился при помощи регрессионного анализа и вычисления скользящей средней, использовались программы SPSS Statistica ver. 23, MicrosoftExcel 2021.

Апробация результатов исследования

Материалы научно-квалификационной работы были представлены на российских и международных конференциях: национальный конгресс с международным участием «Качество и эффективность медико-организационных Технологий XXI века» (17 декабря 2021 года, г. Витебск, Республика Беларусь), научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины» (14 апреля 2021 года, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация), XXIV Международная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых «Студенческая медицинская наука XXI века» (24-25 октября 2024 г., г. Витебск, Республика Беларусь), научно-практическая конференция молодых ученых и аспирантов «Современные организационные технологии в здравоохранении-2024» (28 ноября 2024 г., г. Москва)

Личный вклад автора

Автором лично проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы, нормативно правовых документов, регламентирующих деятельность врачей-урологов, оказывающих медицинскую помощь по профилю «урология» в амбулаторных условиях, в системе здравоохранения Российской Федерации. Автор сформулировал цель, задачи исследования, разработал план комплексного изучения предмета исследования (90%), определил методологию исследования (90%), провел анализ обеспеченности и деятельности врачей-урологов Российской Федерации и ФО (100%), разработал анкету и провел социологическое исследование среди пациентов, обратившихся к врачу-урологу (95%), провел выкопировку данных из медицинских карт пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и их анализ, разработал модель экспертной оценки качества оказания медицинской помощи (100%). Автором лично изучено мнение пациентов о качестве медицинской

помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях. Автор принял участие в разработке модели и проведении экспертной оценки качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях (70%), провел статистический анализ данных первичного материала и научное обоснование интерпретации полученных результатов (90%), сформулировал выводы и практические рекомендации (95%).

Связь работы с научными программами

Диссертационная работа выполнена в соответствии с государственным заданием ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России №056-00126-22-00 на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов: «Научное обоснование подходов к развитию кадрового потенциала в здравоохранении».

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 4 печатных работы, в том числе в 4 журналах, рекомендуемых высшей аттестационной комиссией.

Глава 1

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ», ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 История становления амбулаторной урологии в России

В первой половине XX века отечественная медицина совершенствовала и развивала узкие специальности. Совместными усилиями хирургов и урологов происходило постепенное выделение урологии из клинической хирургии как узкой специальности. Одним из родоначальников разработки проблем урологии как отдельно стоящей специальности в нашей стране был выдающийся клиницист и хирург С.П. Фёдоров, написавший руководство «Болезни почек и мочеточников» (1923 – 1927 гг.), ставшее настольной книгой каждого хирурга. С.П. Фёдоров внес огромный вклад в развитие урологии в республиках Советского Союза [55, 85]. На развитие отечественной урологии повлияли такие выдающиеся хирурги, как И.Н. Шапиро, Р.М. Фронштейн, А.П. Фрумкин, Г.М. Мухадзе, А.Б. Топчан и другие выдающиеся представители этой специальности. В 1923 году стали открываться первые кафедры урологии и урологические клиники при институтах. В 1926 году состоялся первый Всероссийский съезд урологов. Предпосылками для выделения урологии как отдельной специальности стали появление новых методов диагностики и лечения. Также способствовало развитие новых знаний и учений касательно физиологии органов мочевой системы. Появление в арсенале хирургов новых узкоспециализированных эндоскопических диапневтических и рентгенологических методов диагностики требовало направленного развития определенных навыков и умений для успешного применения новых технологий. С появлением безопасных рентгенконтрастных препаратов с 1929 года в Советском Союзе стала применяться экскреторная урография. Большой опыт, полученный в ходе Великой Отечественной войны на основании структуры боевых потерь, еще больше укрепил урологию как отдельную специальность. В послевоенные годы

видную роль в дальнейшем развитии урологии играл советский уролог-хирург профессор А.Я. Пытель [1, 8]. Являясь одним из крупнейших клиницистов, выдающихся хирургов общего профиля, он внес неоценимый вклад в развитие советской медицины и урологии, в частности [32, 56].

Довольно интересна история развития и становления амбулаторной помощи, и, в частности, по профилю «Урология». Возникновение первой амбулаторной помощи в России относят к концу XI века, когда в Киевской Руси безвозмездное врачевание было передано в обязанности больниц, находившихся при храмах и церквях. Прием вели знахари, чьими пациентами были простые люди. Вплоть до XVI века врачевание не контролировалось государством, не имело единой службы здравоохранения. Первые светские амбулатории, где велся врачебный прием, появились только в 1620 году. Бушевавшие в то время эпидемии чумы, оспы и холеры способствовали в организации амбулатории.

Первая бесплатная амбулатория для бедных была образована в 1738 году в Петербурге. Спустя столетие амбулаторная практика стала преподаваться на кафедрах медицинских факультетов, в то время как амбулаторная помощь оказывалась только при больницах. Только в конце XIX века появились первые отдельно стоящие амбулатории. В 20-е годы XX века в России происходило бурное развитие поликлинической помощи, возрождалась советская система здравоохранения. Накануне войны была создана государственная система здравоохранения, которая предполагала профилактическую направленность, плановость. В 1997 году возникла необходимость реформирования системы лечебно-профилактической помощи населению, развития первичного звена здравоохранения страны. С 2006 года началось претворение в жизнь национального проекта «Здоровье», целью которого было улучшение здоровья населения путем повышения оплаты труда медицинских работников и повышения их квалификации, приобретения современного лечебно-диагностического оборудования для первичного звена. В городе Москве с 1 июня 2012 года начала действовать трехуровневая система амбулаторной помощи взрослому населению, включающая амбулаторно-поликлинические учреждения (первичная помощь населению),

амбулаторные центры (специализированная медико-санитарная помощь) и консультативно-диагностические отделения и центры – структурные подразделения стационаров. Целью создания трехуровневой системы оказания медицинской помощи являлось повышение качества амбулаторно-поликлинической помощи [29].

Темпы получения и накопления научных знаний во всех отраслях человеческой деятельности, в том числе медицине, диктуют высокие требования к подготовке новых специалистов, а также к повышению квалификации ранее обученных. Полнота подготовки врача-уролога, твердые теоретические знания, отработанные практические навыки и внутреннее стремление к получению новых знаний являлись одним из аспектов качественной медицинской помощи. Последипломное образование за рубежом сильно отличается от Российского. В настоящее время в Европе нет стандартизированной учебной программы, и существуют значительные международные различия в образовании резидентов. Понятия ординатуры в Германии не существует: после окончания медицинского института врач приступает к работе в должности врача-ассистента с выбором уклона в определенную специальность. В Германии обучение врачей занимается федеральная врачебная палата, применяется порядок обучения ассистентов, разработанный Федеральной медицинской палатой. Для получения специальности «урология» необходимо пройти обучение не менее 5 лет, аналогично европейскому стандарту. До 12 месяцев из них могут быть распределены на стажировку в амбулаторной урологии и хирургии, 6 месяцев - в другой области. Для прохождения экспертного экзамена по профилю «урология» необходимо пройти обучение в стационаре урологического профиля в течение 3,5 лет. В большинстве европейских стран период обучения по специальности «урология» составляет 3-4 года, самая короткая продолжительность - 2 года в Украине и России. Самое долгое обучение - 9 лет в Великобритании, где резиденты проходят 2-3 года в общей хирургии, затем большинство проводят еще 2-3 года в исследованиях, чтобы достичь более высокой степени. Только после этого следует специализация в урологии, которая занимает 5-6 лет [129].

Подготовка врача-уролога в США занимает не менее 48 месяцев и включена в сертифицированную программу «Accreditation Council for Graduate Medical Education». Это дополняется не менее чем 3 месяцами в общей хирургии, 3 месяцами в другом хирургическом отделении или интенсивной терапии и 6 месяцами еще одной хирургической специальности [96].

В отличие от многих европейских стран, в Германии не требуется смена медицинского учреждения во время пятилетнего обучения в резидентуре. Например, в Дании, Бельгии, Швейцарии, Эстонии и Финляндии необходимо сменить не менее 2 медицинских учреждений, на базе которых проводится обучение резидента [111].

Профессиональная подготовка резидента основывается на получении знаний, опыта и навыков в профилактике, диагностике, терапии, последующем уходе и реабилитации при заболеваниях мочеполовой системы. Полученные навыки регистрируются в журнале, предложенном федеральной врачебной палатой, делается акцент на хирургические навыки. Уделяется внимание оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях. Только половина опрошенных врачей-резидентов в Германии считает, что полностью освоили программу до окончания обучения [136]. Контроля качества обучения резидентов и их хирургической подготовки в Германии не существует [108].

В 2013 г. проведено исследование, посвященное оценке качества преподавания на отечественных факультетах урологии, а также качества обучения в ординатуре по профилю «урология». В ходе исследования было сформировано представление о полученных знаниях и освоенных практических навыках у молодых специалистов, необходимых для последующей самостоятельной работы. В опросе приняли участие 132 респондента, из них - 41 студент, 45 ординаторов 1-го года обучения и 46 ординаторов 2-го года обучения. Цикл урологии, в зависимости от учебного учреждения, составлял от 18 до 36 ч. В итоге 25% студентов не получили никаких знаний на цикле по урологии, а по мнению 60% респондентов, полученных знаний им недостаточно. В обязательный стандарт обучения входят следующие практические навыки: перкуссия и пальпация органов

мочевыводящей системы, катетеризация мочевого пузыря, оформление истории болезни, рентгенографические исследования и их анализ, ведение пациентов с наружными дренажами (нефростома, цистостома, уретральный катетер) и уход за такими пациентами. По данным проведенного исследования, 100% студентов не смогли освоить все перечисленные выше практические навыки. Как следствие, 35% студентов считают, что учебный процесс по циклу «урология» организован неудовлетворительно.

На основании Приказа Министерства образования и науки от 26 августа 2014 г. № 1111 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», срок обучения в ординатуре в Российской Федерации составляет 2 года. Курс амбулаторной урологии четко не прописан в содержании данного стандарта образовательной программы ординатуры по специальности «урология», делая упор на обучении оказания специализированной медицинской помощи [4]. Обучение завершается Государственной итоговой аттестацией и присвоением квалификации «Врач-уролог» [5]. Большая часть описанных хирургических пособий устарела, а эндоскопические и лапароскопические операции не включены в перечень подлежащих обучению в ординатуре. Программа, используемая в большинстве высших учебных заведений России, не отвечает не только зарубежным стандартам обучения, но даже потребностям отечественного здравоохранения. Среди опрошенных ординаторов 2-го года обучения 57 % ответили, что они оценивают свои знания во всех областях урологии как неудовлетворительные [44, 89]. С 2016 года в Российской Федерации осуществляется поэтапный переход от системы сертификации к аккредитации медицинских специалистов, что соответствует глобальным тенденциям в области непрерывного медицинского образования (НМО). Данная реформа направлена на унификацию требований к профессиональной подготовке врачей, обеспечение прозрачности оценки их компетенций и интеграцию в международные стандарты медицинского образования. Однако, как свидетельствуют результаты исследований, внедрение

новой системы сопровождается рядом организационных и методологических проблем, которые негативно влияют на качество подготовки кадров и их профессиональную мотивацию. Таким образом, несмотря на прогрессивные цели перехода к аккредитации, её практическая реализация сталкивается с существенными барьерами, такими как формализация обучения, недостаточная адаптация программ под потребности специалистов и слабая интеграция с системой аттестации, что оказывает влияние на качество обучения врачей всех специальностей, в том числе врачей-урологов [48]. Как в нашей стране, так и за рубежом, в оказании первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи, а также в реабилитации пациентов значительную роль играет медицинская сестра. Чтобы качественно оказать психологическую и физическую помощь пациентам на всех этапах оказания медицинской помощи, средний медицинский персонал должен быть хорошо обучен и иметь достаточную квалификацию [65]. По данным научных источников, на качество медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, влияет нарушение соотношения «врач-средний медицинский персонал». ВОЗ рекомендует соотношение численности врачей и среднего медицинского персонала равное 1:4. Однако, в период 2012-2015 гг. значения этого показателя варьировались от 1:2 до 1:6, что не соответствовало рекомендациям ВОЗ [119]. В рамках федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», соотношение «врач - средний медицинский персонал» к 2024 году должно составить 1:1,63 в Москве и 1:2,32 в России. В 2017 году в России наблюдалось увеличение соотношения «врач – средний медицинский персонал» относительно 2013 года на 1,4% и составляло 1:2,19, тогда как в Москве данное соотношение уменьшилось на 9,7%, составив 1:1,64 [30, 68, 78].

В научной литературе достаточно много внимания уделяется таким важным аспектам организации медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, как функциональные обязанности, нагрузка и нормирование труда врача-уролога [61, 64]. Ряд авторов сообщает о том, что

медицинские организации часто используют устаревшие нормы труда, когда имеется возможность введения современных систем нормирования труда [36]. Нормы труда влияют на расчет количества специалистов, объем и стоимость медицинских услуг, а также на оплату труда указанных специалистов [40, 62, 63]. Наиболее крупное исследование данного вопроса проходило в нашей стране в период 2013-2020 гг., которое затронуло специалистов, оказывающих первичную и специализированную медико-санитарную медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях. По результатам исследований установлено, что во многих медицинских организациях работа врача не компьютеризирована, либо, имея достаточное оснащение, у врачей-специалистов отсутствовала компьютерная грамотность. Медицинская документация заполнялась как в электронном виде, так и на бумажном носителе. Кроме того, были сделаны выводы о недостаточном количестве времени на прием одного пациента, что отрицательно влияет на качество медицинской помощи [36, 39, 40].

Хорошо изучен вопрос телемедицинских консультаций пациентов на амбулаторном этапе после урологических хирургических мероприятий [76]. С 01 января 2018 года действует Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ, внесший в правовое поле понятие «телемедицинские технологии». Закон предусматривает общие положения информационного обеспечения в сфере здравоохранения, о телемедицинских технологиях и об особенностях медицинской помощи, которая оказывается с применением таких технологий [3]. Благодаря появлению телемедицинских технологий повысилась доступность медицинской помощи, стал возможен телефонный патронаж пациентов после урологических операций, позволяющий вовремя зафиксировать ухудшение состояния и назначить лечение, тем самым предотвратив повторную госпитализацию [123]. При этом оценка пациентами общего качества очных и телемедицинских консультаций остается равноценной. Телемедицина позволяет снизить финансовые и временные затраты пациента, которые связаны с поездками на очные консультации [105, 110, 115, 128, 130, 135]. Телемедицинские технологии нашли свое место в предоперационном планировании за счет удаленного предварительного

консультирования, уточнения диагноза, определения тактики лечения и маршрутизации пациента [113]. Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) дала толчок для дальнейшего развития телемедицинских технологий [121]. Во всем мире отмечалось падение качества и доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе по профилю «урология» [106, 117, 125, 133]. Уже хорошо сложившаяся модель персонального подхода к пациенту была замена на оказание медицинской помощи группам пациентов со схожими симптомами заболевания, при этом состояния, не имеющие отношение к новой коронавирусной инфекции (COVID-19), отошли на второй план [107, 131]. По результатам недавно проведенного социологического исследования установлено, что врачи-урологи и пациенты муниципальных поликлиник и частных медицинских центров г. Москвы не довольны функционирующей организацией амбулаторной урологической службы. Телемедицинские консультации помогали наблюдать за пациентами с урологической патологией, находящимися на карантине с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и, не имеющими возможности обратиться на очную консультацию к врачу-урологу, тем самым, не оставляя пациента без медицинской помощи [20].

Большой интерес представляет место андрологии в системе оказания первичной специализированной медицинской помощи взрослому населению на современном этапе. Андрология как отдельная дисциплина возникла в развитых странах около 30 лет назад на стыке урологии, эндокринологии, репродуктологии и генетики [120]. Особенно быстрое развитие происходило с 1992 года по 2014 гг., когда появилась первая кафедра андрологии на базе Санкт-Петербургской медицинской академии, была утверждена новая специальность «детская урология-андрология», появился первый научный тематический журнал и был проведен первый тематический конгресс [92]. Однако, в настоящее время в России не существует специальности «врач-андролог», ВУЗы не проводят полный цикл обучения андрологии, ограничиваясь несколькими занятиями на данную тему [4, 92]. На всем протяжении своего становления андрология отделялась от урологии, забирала классические урологические компетенции, такие как воспалительные

заболевания мочеполовой системы, эректильную дисфункцию, мужской фактор бесплодия, приапизм, болезнь Пейрони, инфекции, передаваемые половым путем, и так далее. Однако такое разделение зон интересов обусловлено только программами конференций, семинаров и прочих образовательных мероприятий, не имея при этом законодательной базы. За рубежом андрология получила большое развитие, однако не имеет столь широкого охвата патологий, как в России. В Испании, Италии и Германии в рамках андрологии рассматривают только мужские сексуальные дисфункции, мужской фактор бесплодия, болезнь Пейрони, приапизм и никакой онкологии [46, 109, 122].

На настоящий момент проблема качества и организации доступности медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, по-прежнему остается актуальной как в г. Москве, так и в регионах. На современном этапе развития медицинских организаций основными проблемами доступности медицинской помощи урологическим пациентам на амбулаторном этапе является недостаточное оснащение прогрессивным диагностическим инструментарием, ограниченное финансирование, слабый уровень подготовки медицинского персонала и контроля качества их деятельности, отсутствие подготовленных руководителей [15, 22, 24].

Существующая на настоящий момент система оказания медицинской помощи действует по принципу «обращаемости» пациентов. Такой принцип работы на амбулаторном этапе мешает раннему выявлению заболеваний мочеполовой системы. Проблема несвоевременной явки на прием, и, как следствие, выявление более запущенной формы заболевания хорошо прослеживается на примере оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе пациентам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Причины данной проблемы могут заключаться в невыраженном проявлении жалоб урологического характера, незначительного влияния заболевания на здоровье и трудоспособность на начальных этапах заболевания, а также мнение пациентов о малой эффективности диагностических и лечебных мероприятий в амбулаторных условиях [26, 45, 60, 86]. Как следствие, пациенты контактируют с медицинской

организацией (МО) только в тот момент, когда развивается декомпенсация заболевания, в ряде случаев при появлении осложнений, что приводит к увеличению сроков лечения и реабилитации, расходов МО. Руководствуясь данными литературы, активное, то есть своевременное, выявление заболеваний мочеполовой системы, в том числе предстательной железы, должно осуществляться не только в рамках первичной специализированной медицинской помощи врачом-урологом, так и первичной медико-санитарной медицинской помощью в лице участкового терапевта при прохождении профилактических осмотров населения [14, 67].

Так же важными являются показатели временной доступности. Время ожидания посещения врача-специалиста в г. Москва после введения трехуровневой системы регламентировано приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 10.09.2012 г. № 983 и составляет не более 7 дней. В регионах, как следствие материально-технических и кадровых проблем, существует проблема временной доступности [9, 59, 91]. Тем не менее, в ряде исследований проблема записи к врачу-специалисту в течение 7 дней по-прежнему существует в некоторых городских поликлиниках города Москвы, что требует принятия медико-организационных решений [17, 28, 81, 93]. В целом по России ситуация с доступностью первичной специализированной медицинской помощи, в том числе по профилю «урология», остается неудовлетворительной [43]. В результате крупного социологического исследования, посвященного изучению сроков ожидания медицинской помощи в России и за рубежом, стало известно, что 43% пациентов отмечают длительный срок ожидания медицинской помощи, 33% пациентов жалуются на большие очереди в государственных медицинских организациях, на низкую квалификацию врачей обращает внимание 41% пациентов. Доступность инструментальных и лабораторных методов диагностики так же является неудовлетворительной. Таким образом, 43% опрошенных пациентов ожидали своей очереди более установленных законодательством 2 недель [2, 94]. Опрос среди врачей и среднего медицинского персонала, проведенный теми же авторами, дал сопоставимую неудовлетворительную оценку

доступности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях: 69,5% врачей негативно отзывались о сроках ожидания консультаций, 68% врачей отмечали превышение сроков проведения сложных высокотехнологических исследований (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография) [18]. Сроки ожидания консультаций врачей-специалистов за рубежом, в том числе врачей-урологов, по сравнению с российскими, достаточно велики. Таким образом, доля пациентов, ожидающих консультации врача-уролога более 2 месяцев в разных странах, составляет: Австралия 28%, Канада 41%, Франция 28%, Швеция 31%, Великобритания 19%, Норвегия 34% [134]. Однако, при сравнении сроков ожидания оказания первичной специализированной медицинской помощи в России и за рубежом стоит учитывать следующие факторы: во-первых, наличие квалифицированных семейных врачей, на которых 80 – 95% первичных обращений заканчивается, во-вторых, снижение сроков ожидания медицинской помощи в случае «обострения» болезни у пациента, в-третьих, смещение приоритетов в сторону качества, а не доступности медицинской помощи. Увеличение сроков ожидания медицинской помощи ведет к тому, что пациенты обращаются в частные медицинские организации – 35% пациентов прибегают к платным медицинским услугам, которые могли бы получить в государственных медицинских организациях [69].

Существующая проблема доступности первичной специализированной медицинской помощи по профилю «урология», оказываемая в амбулаторных условиях, отчасти обусловлена недостаточным обеспечением врачами-урологами. Исходя из официальных статистических данных Росстата, Минздрава России и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в целом по Российской Федерации и субъектам Российской Федерации, данных формы № 30 федерального статистического наблюдения за период 2015-2019 гг., следует отметить рост обеспеченности врачами-урологами с 2015 по 2019 гг., однако в 39% регионов, наоборот, отмечалось снижение данного показателя. При этом, на фоне снижения укомплектованности физическими лицами и штатными должностями, наблюдалось повышение обеспеченности врачами-урологами, оказывающими медицинскую

помощь взрослому населению в амбулаторных условиях. Снижение коэффициента совместительства врачей-урологов за исследуемый период с 2015 по 2019 гг. может говорить о уменьшении нагрузки на врача. Похожая оценка динамики кадровой обеспеченности отмечается в работах многих авторов [16, 51, 79, 84].

Проблема обеспеченности врачами-урологами не менее актуальна и за рубежом. В США Американская ассоциация урологов ежегодно контролирует численность врачей-урологов. В апреле 2019 года численность практикующих врачей-урологов в Соединенных Штатах Америки (США) составляла 13044, тогда как в России было зарегистрировано 5505 врачей-урологов. Число практикующих врачей-урологов в США растет с 2014 года [97, 98, 99, 100, 101, 102], однако все еще не достигло необходимых значений для обеспечения растущей численности населения [116]. Обеспеченность населения врачами-урологами в 2019 году составляла 3,99 на 100000 в США, в Канаде в 2018 году 1.9 на 100000 [126], в 2015 году в Соединенном Королевстве Великобритании 1.69 на 100000 [104], в 2019 году в Индии 0,024 на 100000 [118]. Однако критерии, используемые в США, Канаде или Великобритании, могут быть неприменимы к России или другим странам.

Каковы же перспективы и возможные пути развития первичной специализированной медицинской помощи по профилю «Урология», оказываемой в амбулаторных условиях? Известно, что для организации качественной и доступной медицинской помощи необходимо соблюдение следующих требований:

- обладание обширной и современной материально-технической базой;
- наличие квалифицированного медицинского персонала в достаточном количестве;
- наличие компетентного административного аппарата.

Исходя из сведений, полученных в ходе анализа актуальных научных исследований и изложенных в обзоре литературы, наблюдается далеко неполное соблюдение указанных требований даже в столице России [19]. Одним из путей дальнейшего развития можно указать формирование государственно-частного партнерства. Данная форма взаимоотношения между государством и частными партнерами, а также органами местного управления, предполагает привлечение

дополнительных финансов для обеспечения крупных проектов, основываясь на распределении рисков и вознаграждений. Ряд авторов считает государственно-частное партнерство (ГЧП) перспективным способом взаимовыгодного решения социальных проблем [34, 35, 50]. Для внедрения ГЧП в урологическую службу потребуется уйти от устаревших принципов управления и перейти к классическому менеджменту, который позволит сконцентрировать имеющиеся ресурсы и направить их на повышение эффективности трудовой деятельности как отдельных работников, так и всего коллектива [31, 71].

Другим возможным путем модернизации специализированной медицинской помощи по профилю «Урология», в том числе оказываемой в амбулаторных условиях, может стать применение системного подхода, затрагивающего все три ее уровня и ведущего к смене подхода по выявлению заболеваний мочеполовой системы от принципа обрацаемости к принципу выявляемости. Такие изменения возвращают к ранее разработанной Н.А. Семашко модели здравоохранения, которая стала основой для наиболее эффективных форматов здравоохранения других стран. В доказательство эффективности и экономичности системы здравоохранения, направленной на профилактику заболеваний, можно привести современную Кубу, где средняя продолжительность жизни составляет 75,9 лет при затратах на медицинскую помощь 363 долл./год на население, когда в России, на момент исследования, эти показатели составляли 65 лет и 638 долл./год соответственно [13]. Программа «Урология», разработанная ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России совместно с Правительством Воронежской области, включенная в программу «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011-2015 годы» стала примером, показавшим перспективы развития урологической службы, основанной на принципе выявляемости болезней мочеполовой системы [72]. Были поставлены цели и задачи, которые включали снижение затрат на лечение пациентов с болезнями мочеполовой системы на всех этапах, изменение и оптимизация маршрутизации потоков пациентов с заболеваниями мочеполовой системы, смещение объемов специализированной медицинской помощи по профилю «Урология» в сторону амбулаторного звена,

оптимизация финансирования, улучшение качества медицинской помощи по профилю «Урология» [88]. С целью содействия врачам-урологам и специалистам первичного звена была разработана программа повышения квалификации, которая позволила получить современные представления об этиологии, патогенезе, диагностики и лечении урологических и онкологических заболеваний мочеполовой системы [70, 77]. Таким образом, с помощью программы «Урология» достигнуты значительные положительные изменения в работе амбулаторно-поликлинической службы, что привело повышению выявляемости болезней мочеполовой системы, получен соответствующий корреляционный рост заболеваемости на фоне роста выявляемости. Так же было достигнуто увеличение доступности первичной специализированной медицинской помощи по профилю «Урология» [73].

Предложенная модель комплексного подхода в организации специализированной медицинской помощи по профилю «Урология», в том числе оказываемой в амбулаторных условиях, продемонстрировала свою высокую клиническую, организационную и экономическую эффективность [66]. Кроме того, предложенная модель модернизации медицинской помощи может быть внедрена во всех регионах России и затронуть другие медицинские специальности.

1.2. Анализ нормативной базы, регламентирующей штатные нормативы для обеспечения медицинской помощи по профилю «урология»

Должность врача-уролога впервые установлена в Приказе Министерства здравоохранения СССР от 30 апреля 1968 г. №340 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, врачебных и фельдшерских здравпунктов» (утратил силу в связи с Приказом МЗ СССР от 11.10.1982 г. №999). Должность устанавливалась из расчета 1 врача-уролога, врача-хирурга и врача-травматолога-ортопеда на 10 000 взрослого населения.

Приказ МЗ СССР от 26.09.1978 г. №900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий)

городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов» (изменен Приказом МЗ СССР от 31.08.1989 г. №504 «О признании рекомендательными нормативных актов по труду Минздрава СССР») регламентировал суммарное число должностей врачей-урологов и врачей-хирургов для оказания первичной амбулаторно-поликлинической помощи на 1000 человек взрослого и детского населения. Число должностей на 1000 человек населения, проживающего в населенном пункте, где расположена больница, и непосредственно обслуживаемого ею - детского 0,03 и взрослого 0,035 и вне населенного пункта - детского 0,02 и взрослого 0,025, а проживающим на остальной территории района, обслуживаемого больницей - детского 0,01 и взрослого 0,01. Документ утратил силу на территории Российской Федерации в связи с изданием Приказа Минздрава России от 16.09.2016 N 708 «О признании не действующими на территории российской федерации приказов министерства здравоохранения СССР и признании утратившим силу приказа министерства здравоохранения РСФСР от 4 января 1988 г. N 2 «О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР».

Согласно Приложения 59 к Приказу Минздрава СССР от 23 сентября 1981 г. №1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений». (Приложение утратило силу приказом Минздрава от 22.07.1987 г. № 902, который не регламентирует нормы времени и нормы нагрузки специалистов), нагрузка врача-уролога составляет 5 посещений за 1 час работы на приеме в поликлинике и 1,25 посещений на дому.

Приказ Минздрава СССР от 22.07.1987г. № 902 «Об отмене планирования и оценки работы амбулаторно-поликлинических учреждений по числу посещений» отменил расчетные нормы по нагрузке врача-уролога. Руководителям медицинских организаций предоставлено полное право устанавливать нормы нагрузки врачей-урологов амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) в зависимости от демографического состава населения, заболеваемости и др. (п.1.2 Приказа).

Приказ Минздрава СССР от 11.10.1982 N 999 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек» (утратил силу в связи с Приказом Минздрава Российской Федерации от 24 августа 2020 № 889 «О признании не действующими на территории Российской Федерации отдельных актов СССР и утратившими силу отдельных актов РСФСР») предусматривал должность врача-уролога для обеспечения приема населения в поликлинике, оказания медицинской помощи на дому, преимущественной медицинской помощи работникам промышленных предприятий, строительных организаций, предприятий транспорта и связи, работы в медицинских комиссиях (в том числе при военкоматах) и другой работы по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию населения устанавливался из расчета 0,2 на 10 000 человек взрослого (15 лет и старше) городского населения, прикрепленного к поликлинике.

В редакции Приказа МЗ СССР от 30.05.1986 г. № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» (утратил силу в связи с Приказом Минздрава Российской Федерации от 24 августа 2020 № 889 «О признании не действующими на территории Российской Федерации отдельных актов СССР и утратившими силу отдельных актов РСФСР») в Приложение № 11 «Дополнения и изменения штатных нормативов медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений в связи с ежегодной диспансеризацией всего населения» устанавливалось число должностей врача хирурга и врача уролога суммарно для оказания амбулаторно-поликлинической помощи на 1000 человек населения, проживающего в населенном пункте, где расположена больница, и непосредственно обслуживаемого ею - детского 0,04 и взрослого 0,07 и вне населенного пункта - детского 0,04 и взрослого 0,07, а проживающим на остальной территории района, обслуживаемого больницей (для ЦРБ без учета населения на территории деятельности РБ) - детского 0,01 и взрослого 0,01 .

В Приложении Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп

взрослого населения» устанавливается участие врача-уролога в диспансеризации для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет при повышении уровня простат-специфического антигена в крови более 4 нг/мл.

Приложение №2 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. N 907н рекомендует штатные нормативы урологического кабинета как 1 должность врача-уролога на 20 000 прикрепленного населения.

В Примечании к данному приложению обозначено, что рекомендуемые штатные нормативы урологического кабинета не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения; для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций количество должностей урологического кабинета устанавливается исходя из меньшей численности населения и для организаций и территорий, подлежащих обслуживанию Федеральным медико-биологическим агентством, согласно распоряжению Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. N 1156-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 35, ст. 3774; N 49, ст. 5267; N 52, ст. 5614; 2008, N 11, ст. 1060; 2009, N 14, ст. 1727; 2010, N 3, ст. 336; N 18, ст. 2271; 2011, N 16, ст. 2303; N 21, ст. 3004; N 47, ст. 6699; N 51, ст. 7526; 2012, N 19, ст. 2410) количество должностей врача-уролога устанавливается вне зависимости от численности прикрепленного населения.

На должность врача-уролога урологического кабинета назначается специалист, соответствующий требованиям, установленным Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-уролог».

С 1 января 2025 года медицинская помощь в России будет оказываться на основе клинических рекомендаций, разработанных на основании Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 101н «Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний, состояний (групп

заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации».

Резюме

Урология как специальность в России прошла долгий и гармоничный путь развития, получив мощнейший толчок во время существования Советского Союза в XX веке. Она получила профилактическую направленность, доступность и плановость, продолжая совершенствоваться после 2000-х годов.

По сравнению со странами Европы и США, сроки обучения врача-уролога в России отличаются в меньшую сторону, а также программа обучения не позволяет получить полную подготовку специалиста, готового оказать качественную медицинскую помощь по профилю «урология» после окончания ординатуры. Однако при более длительных сроках обучения в западных странах не все специалисты оценивают свои знания как достаточные после окончания резидентуры, что демонстрирует общие с Россией проблемы обучения врачей-урологов.

В Российской Федерации существует дефицит врачей-урологов, чуть более трети регионов отмечают недостаток в обеспечении врачами данной специальности. Схожая ситуация встречается за рубежом, например, в США с 2014 года растет количество врачей-урологов, однако это не позволяет перекрыть растущие потребности в обеспечении специалистами.

Ряд авторов заявляет о существующих проблемах доступности и качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, связанных с недостаточным оснащением современным медицинским оборудованием, низким уровнем подготовки кадров и контроля их деятельности.

В настоящее время имеются следующие нормативные документы, определяющие деятельность врача-уролога: Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» от 12 ноября 2012 г. № 907н, Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», Приказ

Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «врач-уролог». С 1 января 2022 года к этим документам добавятся клинические рекомендации, которые будут вводиться поэтапно 1 января 2024 года.

Глава 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.2. Дизайн исследования и этические аспекты работы

Программа исследования представлена в таблице 1. Исследование, получившее одобрение Этическим комитетом по экспертизе социологических исследований в сфере общественного здравоохранения при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (заключение № 5/2022), выполнено на основе проведения социологического исследования (опроса) «Удовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощью по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях».

Таблица 1 – Этапы, методы, объёмы проведения исследования

Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации и объёмы исследования
1. Анализ отечественной и зарубежной литературы. Анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность врача-уролога, оказывающего медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях.	Информационно-аналитический	Отечественная и зарубежная литература за последние 10 лет. Нормативно правовая документация, регламентирующая деятельность врача-уролога в амбулаторных условиях.
2. Провести анализ обеспеченности и деятельности врачей-урологов медицинских организаций Российской Федерации за период 2015-2023 гг., оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.	Компаративный (сравнительный) Статистический Аналитический	Статистические сборники ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения» за 2015-2023 гг. Формы ФГСН № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2015-2023 гг.

Продолжение таблицы 1

3. Изучить удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой взрослому населению, по профилю «урология» в амбулаторных условиях	Социологический Статистический Аналитический	Анкеты «Удовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощью по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях», n= 394
4. Изучить качество оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях	Аналитический Экспертных оценок	Выкопировки из медицинских карт пациентов, получавших медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у), которые велись в виде электронной медицинской карты. Проведение экспертной оценки в отношении качества медицинской помощи. Выполнение корреляционного анализа на основании полученных результатов анкетирования пациентов и оценки врачей-экспертов, n=394
5. Разработать и внедрить модель оценки качества медицинской помощи населению по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях.	Системный анализ	Данные задач 1, 2, 3, 4

Объекты исследования: организация медицинской помощи населению по профилю «Урология» в амбулаторных условиях.

Предмет исследования: качество медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях

Единицы наблюдения: пациент, получающий первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «урология» в амбулаторных условиях, показатели обеспеченности и деятельности врачей урологов, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную

помощь в амбулаторных условиях, медицинские карты пациентов, получивших первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Объем исследования: В анкетном опросе приняли участие не менее 394 пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которые велись в виде электронных медицинских карт (ЭМК). Точность исследования 0,1; $P = 0,95$; $p \leq 0,05$.

Размер выборки рассчитан по формуле (1):

$$N = \frac{Z^2 pq}{\Delta^2}, \text{ где} \quad (1)$$

n – объем выборки,

Z – коэффициент, зависящий от выбранного исследователем доверительного уровня,

p – доля респондентов с наличием исследуемого признака,

$q = 1 - p$ – доля респондентов, у которых исследуемый признак отсутствует,

Δ – предельная ошибка выборки.

По данным статистических сборников ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, данных формы ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2015-2023 гг. выполнен анализ кадровой обеспеченности врачами-урологами в России и разрезе субъектов Российской Федерации за 2015-2023 гг.

Для проведения исследования была разработана базовая исследовательская модель, состоящая из трех частей. Первая часть базовой информационной модели включает анкету для пациентов «Удовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях». Вторая часть является основой для формирования выкопировок из ЭМК. Третья часть является формой для заполнения врачами-экспертами по результатам экспертной оценки выкопировок из ЭМК о качестве оказанной медицинской помощи.

Изучено мнение пациентов в отношении качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях.

Участники исследования: пациенты ГБУЗ «Городская поликлиника № 195 ДЗМ». Врачи урологического отделения филиалов и главного здания ГБУЗ «Городская поликлиника № 195 ДЗМ» в процессе оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и после окончания лечения предлагали пациентам заполнить анкету с учетом их информационного согласия. При формировании выборочной совокупности использовался метод случайного отбора. Критериями включения явились: возраст старше 18 лет, отсутствие психиатрических заболеваний, согласие на участие в исследовании; критериями не включения – возраст до 18 лет, наличие психиатрических заболеваний, отказ от участия в исследовании.

2.2. Характеристика базы и методы исследования

На первом этапе, с помощью информационно-аналитического метода проведен анализ источников литературы отечественных и зарубежных авторов. В литературный обзор включена история формирования медицинской помощи по профилю «урология» в России, приведены сведения о различиях к подходу в обучении врачей-ординаторов урологов в России и за рубежом, приведены данные, касательно качества медицинской помощи в ряде зарубежных стран. Проведен анализ нормативно правовой документации, регламентирующей деятельность врача-уролога.

На втором этапе, используя компаративный, статистический и аналитический методы исследования проведен анализ обеспеченности и деятельности врачей-урологов медицинских организаций Российской Федерации за период с 2015-2023 гг., оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Информация собиралась методом выкопировки сведений из форм федерального статистического наблюдения, статистических сборников ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения» (2015-2023 гг.).

Методом сравнительного анализа показателей обеспеченности и деятельности врачей-урологов, оказывающих медицинскую помощь в

амбулаторных условиях, выявлены региональные диспропорции в отношении кадровых показателей в отношении врачей-урологов, определены отрицательные тенденции в обеспеченности врачами-урологами.

Для определения темпа прироста-убыли была использована следующая формула (2):

$$T_{\text{пр}} = \frac{Z_i}{Z_{i-1}} \times 100 \% - 100 \%, \text{ где } (2)$$

$T_{\text{пр}}$ – темп прироста-убыли

Z_i – уровень сравниваемого показателя

Z_{i-1} – уровень предшествующего показателя

На третьем этапе, с помощью социологического метода изучено мнение пациентов в отношении качества оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях. Анкета была анонимной, без указания персональных данных, включала 42 вопроса. Анкетированию было подвергнуто 394 респондента, ЭМК которых были задействованы на следующих этапах исследования.

Респонденты отбирались случайным образом. Показатель отклика составил 91,6%. Опросник для пациентов состоял из блока социальных вопросов (пол, возраст, уровень образования, социальное положение, сфера работы, финансовое положение), блока прошлого опыта посещения врача-уролога, сведений о наличии заболеваний мочеполовой системы в анамнезе, блока оценки качества медицинской помощи.

Базовой медицинской организацией являлась ГБУЗ «ГП № 195 ДЗМ», включающая в себя главное здание поликлиники и 5 ее филиалов, оказывающей первичную медико-санитарную медицинскую помощь, в том числе специализированную. Поликлиника располагает достаточными материально-техническим оснащением для проведения консервативной терапии заболеваний мочеполовой системы в соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. N 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»».

Амбулаторные малоинвазивные урологические операции в урологическом отделении ГБУЗ «ГП № 195 ДЗМ» не выполнялись, при наличии показаний к оперативному лечению пациенты маршрутизировались в стационары.

По результатам ответов проведена субъективная оценка качества медицинской помощи, по мнению пациентов. Данные, полученные в ходе анкетирования пациентов, были обработаны с помощью метода доверительных интервалов. Статистический анализ проводился с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона.

В рамках четвертого этапа, используя аналитический метод и метод экспертных оценок, основанный на методике Е.Н. Шиган, с использованием специальной формы для выкопировки из ЭМК, которая включала 46 полей для заполнения. Форма для выкопировки из ЭМК включала блок жалоб, анамнеза заболевания, объективного осмотра по системам, блока консультаций других специалистов, блок лабораторных и инструментальных методов исследований, блок предварительного и окончательного диагноза, сроков лечения, основного и вспомогательного лечения, блока рекомендаций после лечения и диспансерного наблюдения.

Критериями включения для врачей-экспертов были:

- наличие ученой степени;
- должность заведующего урологическим отделением;
- стаж работы свыше 10 лет.

Для включения в группу врачей-экспертов требовалось соответствовать двум из трех критериев. Таким образом, в группу врачей-экспертов было отобрано шесть специалистов, которым были предоставлены данные выкопировок из 394 ЭМК. Каждая ЭМК соответствовала своему пациенту.

Для проведения экспертной оценки врачами-экспертами была подготовлена форма, состоявшей из 32 полей для заполнения, связанных с формой для выкопировки. Врачи-эксперты объективно оценивали корректность и полноту сбора жалоб и анамнеза, проведение объективного осмотра, обоснованность и полноту назначений лабораторных и инструментальных исследований,

консультаций других специалистов. Делали выводы о полноте объема исследований, причинах неполного обследования, а также о правильности и своевременности постановки диагноза, корректности выбранных условий лечения и рекомендаций после лечения.

По результатам экспертной оценки установлены дефекты ведения медицинской документации, некорректное выяснение жалоб, анамнеза, проведение объективного осмотра не в должном объеме или его отсутствие, неадекватные сроки лечения, условия лечения, или несоответствие лечения современным стандартам.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS Statistica ver. 23, Microsoft Excel 2021. Применялся метод расчёта 95% доверительного интервала (ДИ) методом Фишера. Для выявления связи между двумя показателями производилось вычисление хи-квадрата (χ^2). Для выявления статистически значимых различий между средними значениями групп использовался t-критерий Стьюдента.

Глава 3

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ-УРОЛОГОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2015-2023 ГГ., ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ» В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

3.1. Обеспеченность врачами-урологами, оказывающими медицинскую помощь по профилю «урология» в амбулаторных условиях

За период с 2015 по 2023 гг. в Российской Федерации отмечалась тенденция к росту обеспеченности врачами-урологами, оказывающими медицинскую помощь взрослому населению по профилю «урология» (темп прироста/убыли (ТП/У) +2,2%) (рис.1).

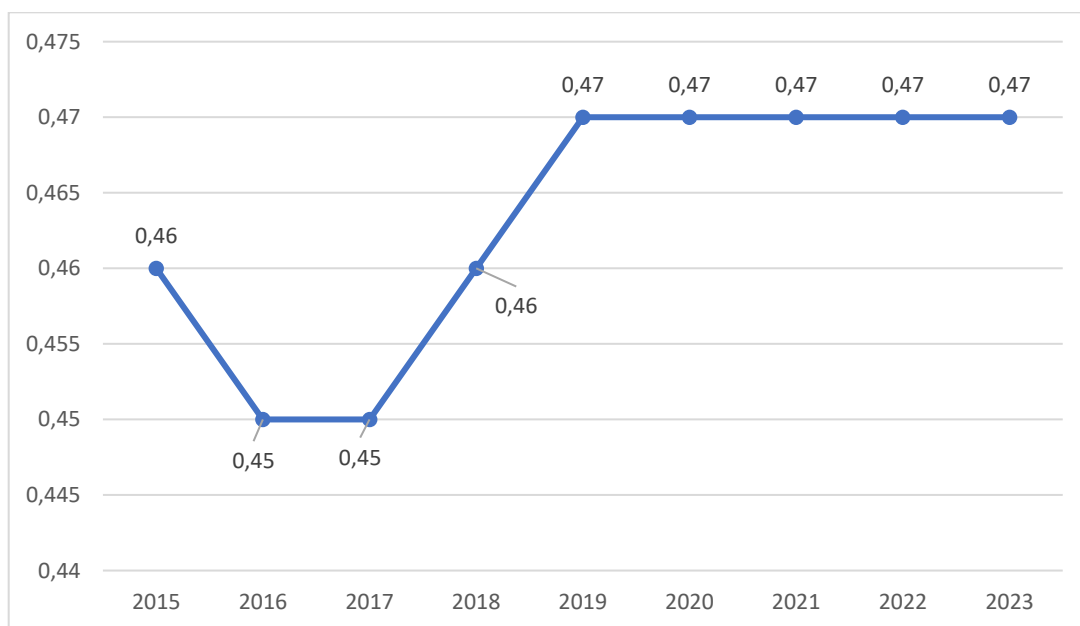


Рисунок 1. Динамика обеспеченности врачами-урологами за исследуемый период с 2015 по 2023 в Российской Федерации на 10 тыс. взрослого населения

Как видно из рисунка 1 с 2017 г. по 2019 г. росла обеспеченность врачами-урологами, оказывающими помощь в медицинских организациях с 0,45 до 0,47 на

10000 взрослого населения. С 2019 г. по 2023 г. обеспеченность врачами-урологами была стабильной (0,47 на 10000 взрослого населения).

При этом отмечалось нестабильное число физических лиц врачей-урологов за исследуемый период (ТП/У 1,9%) в целом по Российской Федерации (рис.2), хотя в сравнении 2015 г. с 2023 г. имеется рост числа врачей-урологов (5380 в 2015 г., 5483 в 2023 г., рост на 1,9%).

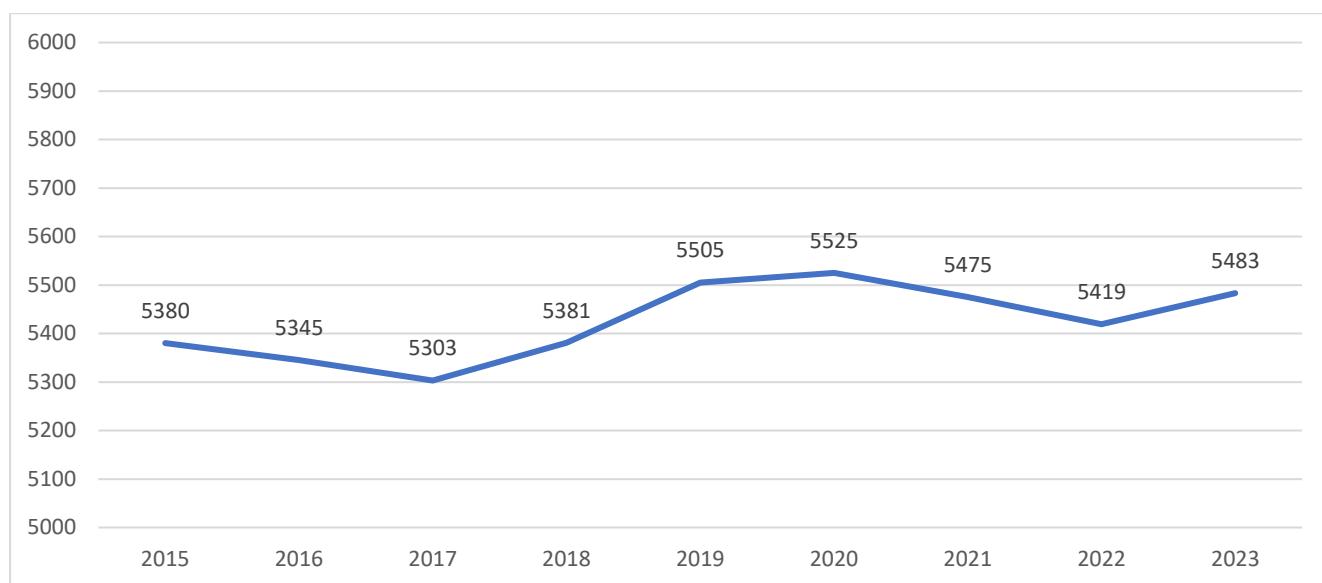


Рисунок 2. Динамика числа физических лиц врачей-урологов за исследуемый период с 2015 по 2023 гг. в Российской Федерации, чел.

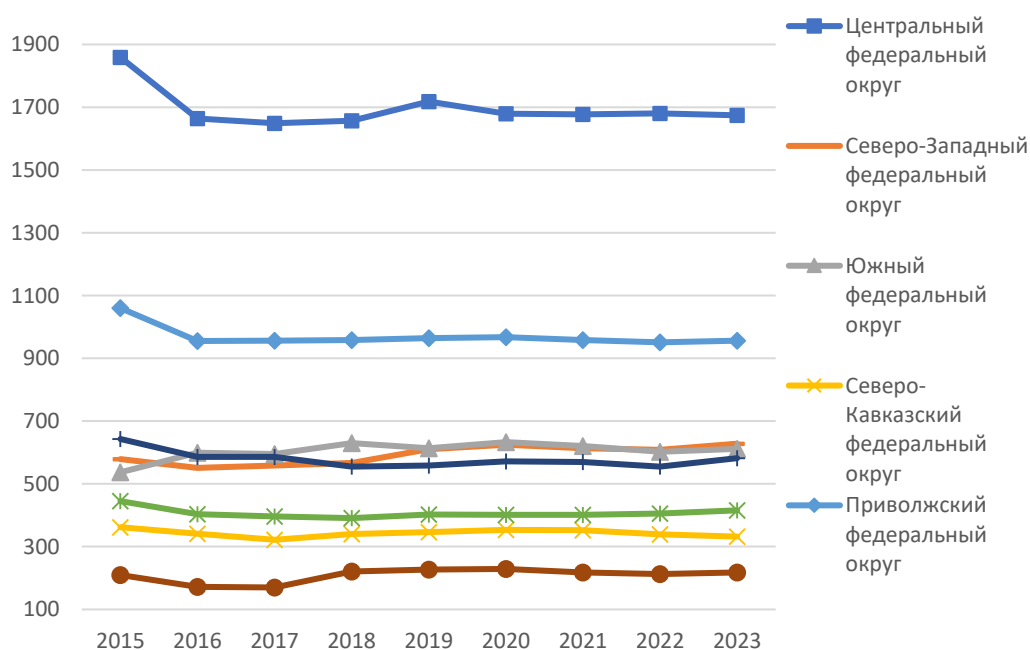


Рисунок 3. Динамика числа физических лиц врачей-урологов за исследуемый период с 2015 по 2023 гг. по ФО, чел.

По федеральным округам в динамике численности врачей-урологов в период 2015-2023 гг. наблюдается разная тенденция. Как видно из рисунка 3, увеличение числа физических лиц врачей-урологов наблюдается в Южном ФО (ТП/У +13,9%), в Северо-Западном ФО (ТП/У +8,5%) и Дальневосточном ФО (ТП/У +3,8%), в то время как в Сибирском ФО (ТП/У -9,5%), Уральском ФО (ТП/У -6,5%), Центральном ФО (ТП/У -9,9%), Приволжском ФО (ТП/У -9,8%) и Северо-Кавказском ФО (ТП/У -8,3%) произошло сокращение.

В целом в отношении обеспеченности врачами-урологами на 10 тыс. взрослого населения наблюдается положительная тенденция во всех ФО - наибольшая в Сибирском ФО (ТП/У + 36,4%), наименьшая в Дальневосточном ФО (ТП/У +5,9%) (рис.4).

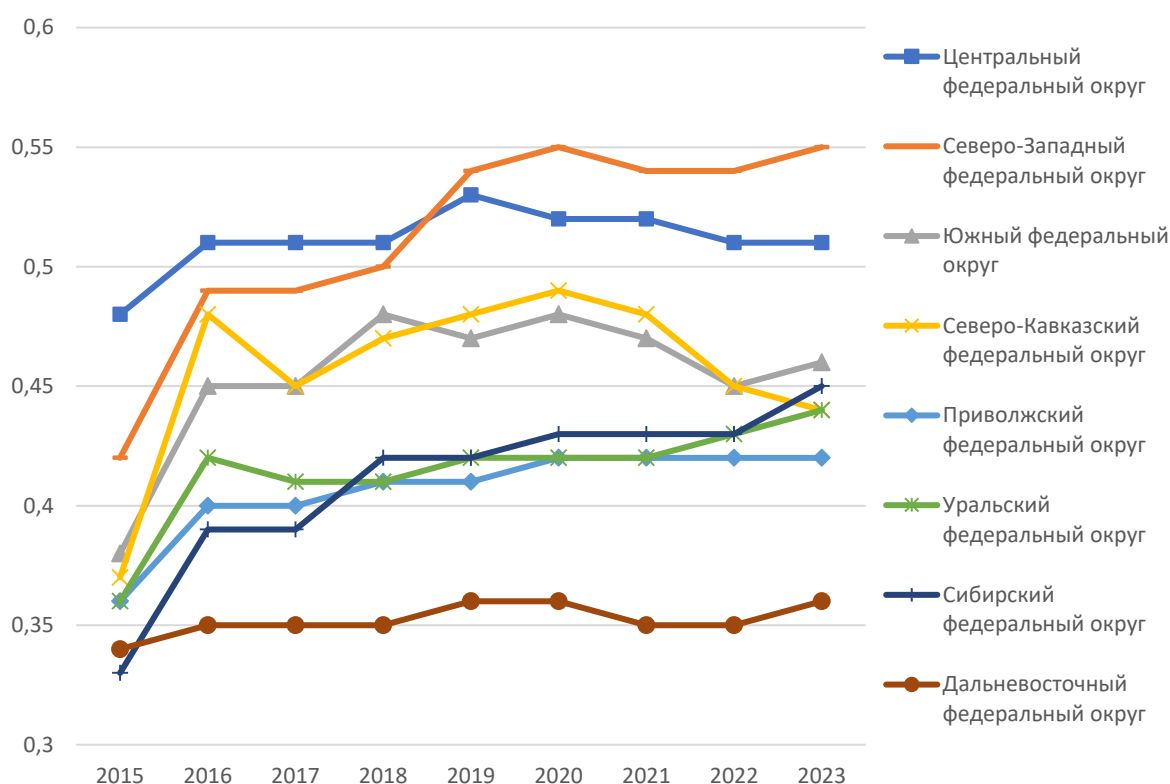


Рисунок 4. Динамика обеспеченности врачами-урологами за исследуемый период с 2015 по 2023 гг. по ФО на 10 тыс. взрослого населения

Рост обеспеченности врачами-урологами за указанный период отмечается в большинстве (в 70) субъектах Российской Федерации. Наибольшее увеличение обеспеченности врачами-урологами на 10 тыс. населения наблюдалось

Сахалинской (ТП/У +106,9%), Томской (ТП/У +85,7%), Омской (ТП/У +85,2%), Новосибирской областях (ТП/У +82,8%), Республике Хакасия (ТП/У +80,0%) и Алтайском крае (ТП/У +66,8%). Снижение наблюдалось в 12 субъектах Российской Федерации (максимально в республиках Бурятия (ТП/У -55,1%), республике Саха (Якутия) (ТП/У -54,5%), Калмыкия (ТП/У -23,1%), Марий Эл (ТП/У -19,4%)). Без изменений осталась в 3 субъектах, а именно в Брянской (ТП/У 0,0%), Курской областях (ТП/У 0,0%) и Республике Мордовия (ТП/У 0,0%).

Обеспеченность врачами-урологами в 2023 году (0,47‰) была ниже среднероссийского уровня в 57 субъектах Российской Федерации, выше – в 25 субъектах, сопоставима – в 3 субъектах.

Наибольшая обеспеченность врачами-урологами в 2015-2023 гг. установлена в городе Санкт-Петербург (0,67-0,83‰; ТП/У +23,9%), Воронежской области (0,54-0,71‰; ТП/У +31,5%), городе Москва (0,72-0,68‰; ТП/У -5,6%), наименьшая за исследуемый период была в Еврейской автономной области (0,18-0,17‰; ТП/У -5,6%), Республике Марий Эл (0,25-0,21‰; ТП/У -16,0%), Республика Саха (Якутия) (0,44-0,2‰; ТП/У -54,5%).

За период с 2015 по 2023 гг. были изучены показатели укомплектованности штатных должностями (УШД), укомплектованности физическими лицами (УФЛ), а также коэффициент совместительства (КС) врачей-урологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю «урология» (табл.2).

Как видно из таблицы 2, за исследуемый период наблюдался рост укомплектованности штатных должностей врачей-урологов с 66,06% до 70,5%, что связано с уменьшением штатных должностей на 4,5% и увеличением количества физических лиц на 1,9%. Тем не менее, не смотря на снижение количества занятых должностей на 342,2 (ТП/У -4,7%), УШД за исследуемый период практически не изменилось (с 89,9% до 89,7%).

Среди врачей-урологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, было выявлено повышение УФЛ с 60,4% до 70,3%, что связано как с увеличением физических лиц на 2,9%, так и со снижением штатных должностей на

454,5 (ТП/У -11,7%). Увеличение УШД с 85,00% до 88,7% объясняется значительным уменьшением занятых должностей на 257,8 (ТП/У -7,8%).

Таблица 2 – Динамика должностей врачей-урологов, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в период с 2015 по 2023 гг. и коэффициента совместительства в Российской Федерации

Условия оказания медицинской помощи и параметры		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп прироста/убыли (2023/2015) В% и пп
Всего	штатных	8144,5	8110,5	8108	8039,8	8 051,75	8819,3	8513	8045,8	7774,3	-4,55%
	занятых	7321	7229,5	7137,8	7078,3	7 005,25	7163,8	7046	6898	6978,8	-4,67%
	физ.лиц	5380	5345	5303	5381	5 505,00	5525	5475	5419	5483	1,91%
	УШД	89,89%	89,14%	88,03%	88,04%	87,00%	81,20%	82,80%	85,70%	89,80%	-0,09пп
	УФЛ	66,06%	65,90%	65,40%	66,93%	68,37%	62,60%	64,30%	67,30%	70,50%	+4,44пп
	КС	1,36	1,35	1,35	1,32	1,27	1,3	1,3	1,3	1,27	-6,6%
В амбулаторных условиях	штатных	3892,8	3921	3897,5	3832,8	3 815,75	3879,5	3787,3	3672,3	3438,3	-11,68%
	занятых	3308,8	3281	3201,3	3126,5	3 071,00	3018,5	2960,5	2970,3	3051	-7,79%
	физ.лиц	2351	2331	2314	2320	2 399,00	2377	2337	2348	2419	2,89%
	УШД	85,00%	83,68%	82,14%	81,57%	80,48%	77,80%	78,20%	80,89%	88,74%	+3,74пп
	УФЛ	60,39%	59,45%	59,37%	60,53%	62,87%	61,20%	61,70%	63,90%	70,30%	+9,91п
	КС	1,41	1,41	1,38	1,35	1,28	1,3	1,3	1,26	1,26	-10,6%
В условиях стационара	штатных	4190,8	4123,8	4156,5	4147,5	4 179,00	4882,3	4661,5	4316,8	4289	2,34%
	занятых	3964	3897	3891,3	3900,8	3 888,00	4102,8	4039,5	3887,5	3891,8	-1,82%
	физ.лиц	3008	2989	2971	3034	3 080,00	3124	3116	3051	3046	1,26%
	УШД	94,59%	94,50%	93,62%	94,05%	93,04%	84,00%	86,70%	90,05%	90,77%	-3,85пп
	УФЛ	71,78%	72,48%	71,48%	73,15%	73,70%	64,0%	66,80%	70,68%	71,00%	-0,78пп
	КС	1,32	1,3	1,31	1,29	1,26	1,3	1,3	1,27	1,28	-16,67%

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, наблюдались схожие тенденции в кадровом обеспечении врачами-урологами. Увеличение физических лиц на 1,3% и уменьшение занятых должностей на 72,2 (ТП/У -1,8%) на фоне пропорционального увеличения штатных должностей на 98,25 (ТП/У 2,3%), объясняет незначительное уменьшение УФЛ с 71,78% до 71,0% и уменьшение УШД с 94,6% до 90,7%.

КС врачей-урологов с 2015 по 2023 гг. уменьшился на 6,6% (с 1,36 до 1,27). Подобная тенденция наблюдается как среди врачей-урологов, оказывающих

медицинскую помощь в амбулаторных условиях (с 1,41 до 1,26), так и в стационарных условиях (с 1,32 до 1,28).

3.2. Показатели деятельности врачей-урологов по оказанию медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях

За исследуемый период с 2015 по 2023 гг. прослеживается снижение числа амбулаторных посещений врача-уролога взрослым населением по поводу заболевания (ТП/У -15,2%) без посещений на дому в 2015-2020 гг. (-32,0%), с 2020 по 2023 гг. появилась тенденция к увеличению данного показателя (+24,7%), который, однако, не вернулся к значениям 2015 года (рис.5).

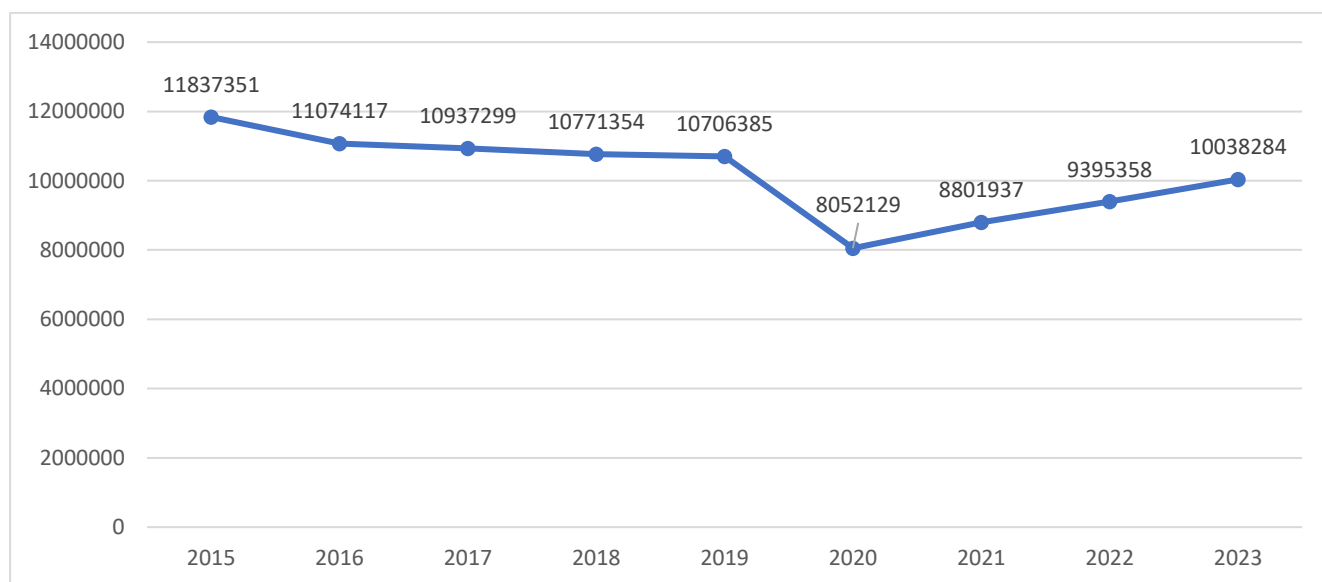


Рисунок 5. Динамика числа посещений врача-уролога, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, взрослым населением по поводу заболевания в Российской Федерации за 2015-2023 гг. (без посещений на дому), в абс. числах

Число посещений врача-уролога взрослым населением с профилактической целью имело схожую тенденцию снижения (в 1,8 раза), как и посещений по поводу заболевания. С 2015 года по 2020 год число профилактических посещений снижалось, в последующем имело незначительный рост до 2021 года (+23,4%) с последующим снижением до минимума в 2022 году (-31,7%), далее следовал

небольшой рост (+3,4%) данного показателя к 2023 году (рис.6). В 2023 году доля профилактических посещений врача-уролога составила 10,4%.

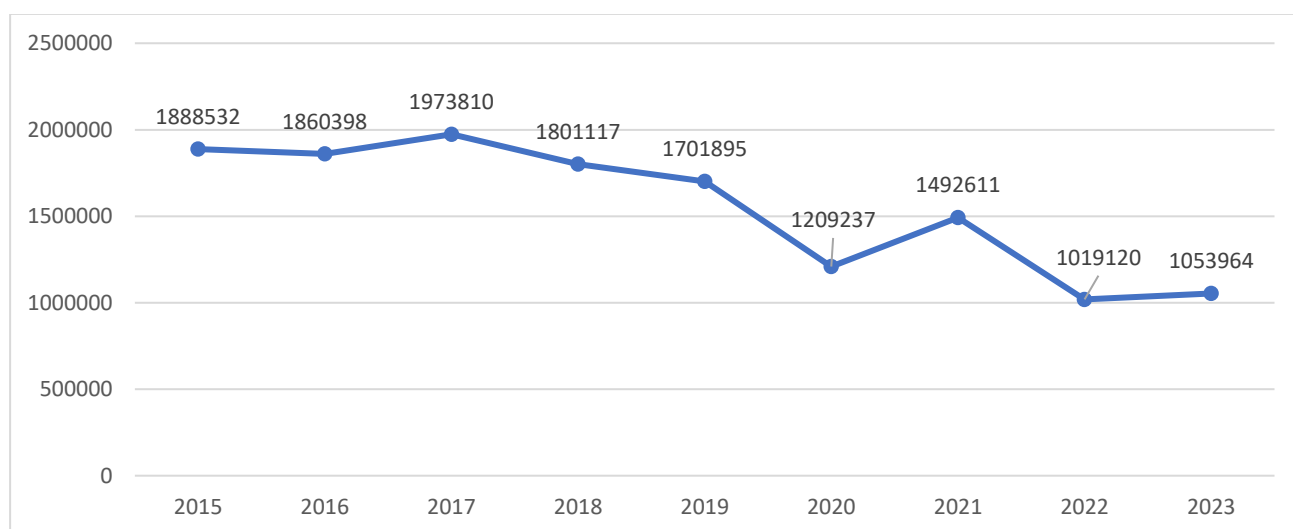


Рисунок 6. Динамика числа посещений врача-уролога, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, взрослым населением с профилактической целью в Российской Федерации за 2015-2023 гг. (без посещений на дому), в абс. числах

За исследуемый период с 2015 по 2023 гг. произошел рост числа посещений на дому (ТП/У + 13,8%), чуть менее, с 2019 года по 2020 год — на 67,3% с последующей тенденцией снижения (-25,1%) до 2023 году (рис.7).

За исследуемый период в Российской Федерации отмечается сокращение числа урологических кабинетов (ТП/У -4,2%) и числа урологических отделений и подразделений (ТП/У -2 раза). За период с 2015 по 2017 гг. отмечалось снижение (-6,2%) количества урологических кабинетов, в последующем до 2020 года происходил их постепенное рост (+2,9%) с последующей тенденцией к снижению (-1,2%) до 2022 года, с 2022 по 2023 гг. отмечается повышение (+0,5%), но не достигло прежнего уровня 2015 года. (рис.8).

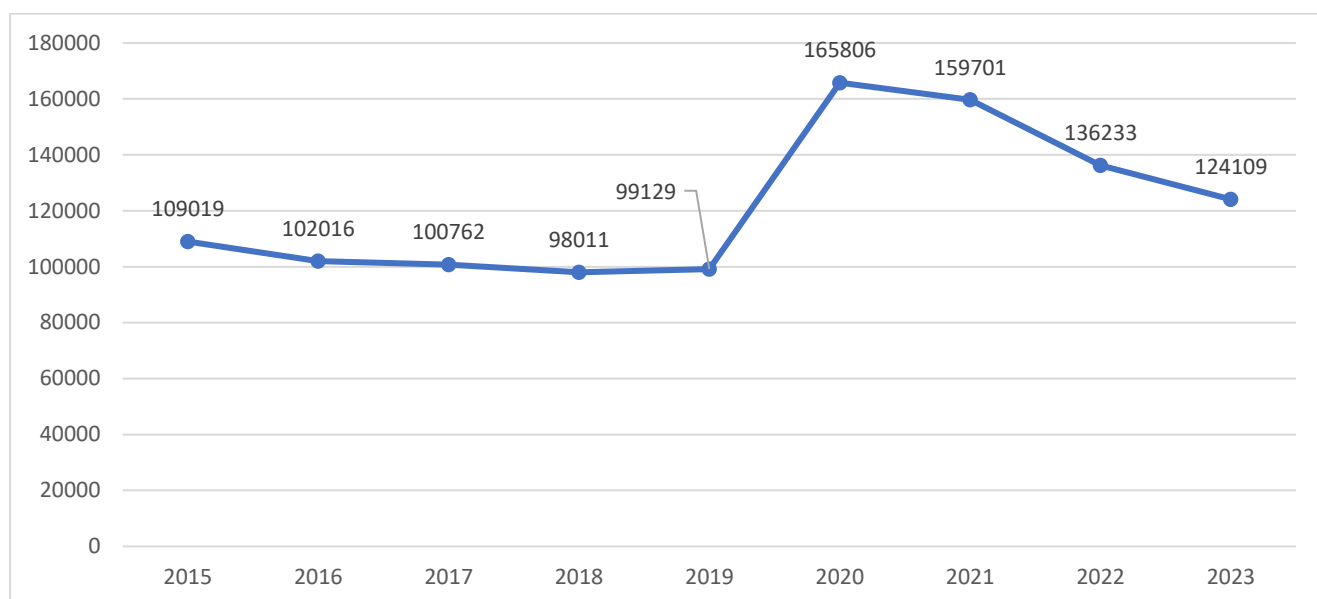


Рисунок 7. Динамика числа посещений врачом-урологом взрослого населения на дому в Российской Федерации за 2015-2023 гг., в абс. числах

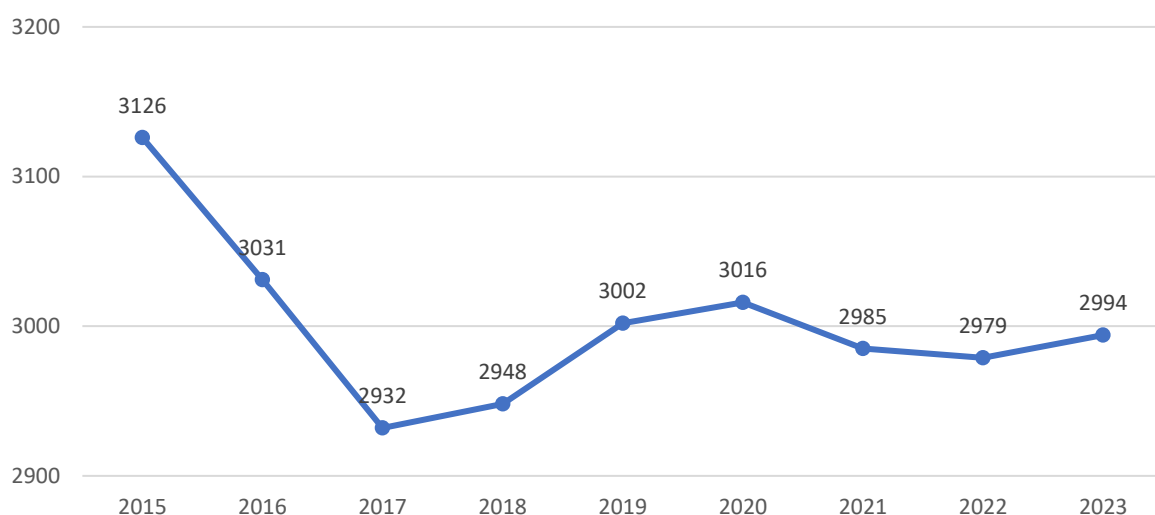


Рисунок 8. Динамика количества урологических кабинетов в Российской Федерации с 2015 по 2023 гг., в абс. числах

В отношении хирургической деятельности врача-уролога, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а именно «малых» урологических операций за исследуемый период с 2015 по 2023 гг. отмечалась следующая тенденция: с 2015 года по 2019 год наблюдался рост числа операций в условиях дневного стационара (+3,3 раза) и постепенное сокращение числа операций в амбулаторных условиях (-6,1%). Однако, начиная с 2019 года, регистрировалось

сокращение числа операций как в условиях дневного стационара (-1,5 раза), так и в амбулаторных условиях (-18,0%). Начиная с 2020 года наблюдалась тенденция росту числа операций как в амбулаторных условиях, так и в условиях дневного стационара, достигшая каждый своего пика в 2023 году (рис.9). С 2015 по 2023 гг. оперативная деятельность значительно увеличилась в условиях дневного стационара (+4,7 раза), и, не значительно, в амбулаторных условиях (+20,1%).

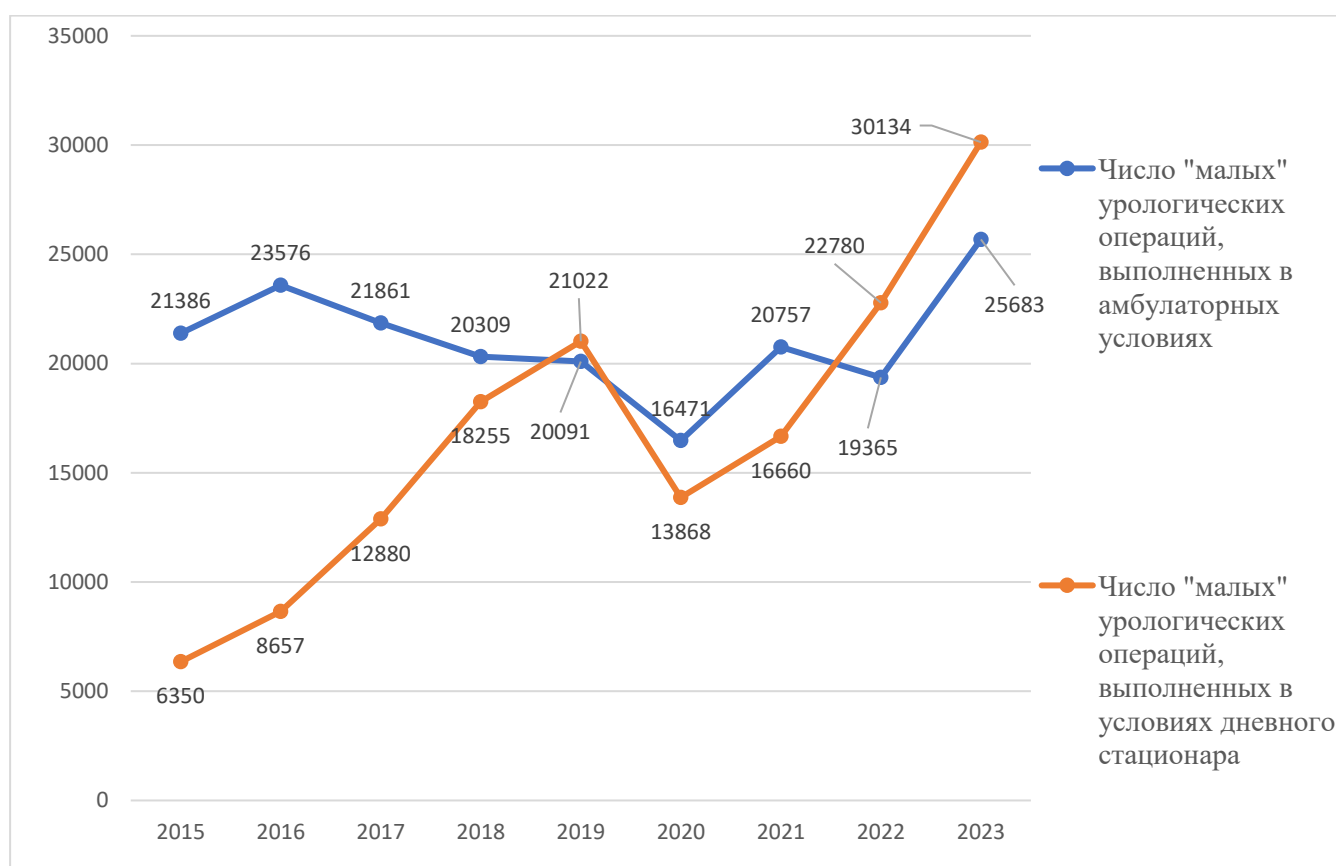


Рисунок 9. Динамика числа выполненных «малых» урологических операций (операций на мужских половых органах) в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара за период с 2015 по 2023 гг. в Российской Федерации, в абс. числах

Резюме

За период с 2015 по 2023 гг. в Российской Федерации отмечался рост обеспеченности врачами-урологами в расчете на 10 тысяч населения при снижении числа штатных и занятых должностей, что может быть обусловлено медико-

демографическим изменениями, а именно сокращением численности населения. За аналогичный период во всех ФО наблюдался рост обеспеченности врачами-урологами. В разрезе субъектов в большинстве из них наблюдался рост обеспеченности врачами-урологами, в 12-ти наблюдалась отрицательная динамика, в 3 субъектах - ситуация стабилизировалась. Рост числа физических лиц при сокращении числа занятых и штатных должностей наблюдался преимущественно за счет сокращения количества штатных и занятых штатных должностей врачей-урологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Тем не менее, в разрезе медицинской помощи, оказываемой врачами-урологами в стационарных условиях, наблюдалась тенденция роста штатных должностей, физических лиц, сокращение занятых штатных должностей, на фоне чего происходил рост укомплектованности штатных должностей, а показатель укомплектованности физическими лицами практически стабилизировался. Об уменьшении загруженности врачей-урологов, работающих как поликлинических, так и стационарных условиях, свидетельствует снижение коэффициента совместительства в исследуемый период. С целью повышения качества медицинской помощи, укомплектованность медицинских организаций врачевыми кадрами должна стремиться к 100%, однако общероссийский уровень укомплектованности врачами-урологами в 2023 год был на уровне 70,5%, что свидетельствует о дефиците специалистов в государственном секторе. Выявлено также сокращение числа урологических кабинетов, отделений и подразделений. Количество посещений врача-уролога по поводу заболевания и с профилактической целью за исследуемый период сократилось, в то время как число посещений пациентов на дому выросло. Вместе с тем выросло число «малых» урологических операций и инвазивных диагностических манипуляций как в амбулаторных условиях, так и в условиях дневного стационара.

Глава 4

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТНОГО ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ»

4.1 Социальные аспекты респондентов, обратившихся за медицинской помощью по профилю «урология» в амбулаторных условиях

В анкетном опросе приняли участие 394 пациента, обратившихся на прием к врачу-урологу в ГП № 195 ДЗМ г. Москвы.

На прием к врачу-урологу обращались преимущественно мужчины (66,1%; 95% ДИ 61,3-70,7), треть респондентов составили женщины (33,9%; 95% ДИ 29,3-38,7).

Чаще к врачу-урологу обращалось население старшей возрастной группы, а именно, пациенты в возрасте от 65 лет и старше (44,2%; 95% ДИ 39,3-49,2), пациенты в возрасте от 55 до 64 лет составляли более четверти опрошенных (27,3%; 95% ДИ 23,0-31,8). Одна пятая часть респондентов были в возрастном интервале от 18 до 44 лет (18%; 95% ДИ 14,3-22,0), остальные – от 45 до 54 лет (10,5%; 95% ДИ 7,7-13,7).

При сравнении половозрастной структуры пациентов, обратившихся к врачу-урологу в ГП № 195, с учетом гендерной принадлежности установлено, что женщин в возрасте 18-44 лет (11,5%; 95% ДИ 6,7-17,3) и 45-54 лет (7,2%; 95% ДИ 3,5-12,1) было меньше, чем мужчин аналогичного возраста (20,4%; 95% ДИ 15,6-25,4 и 10,5%; 95% ДИ 7,1-14,5). Однако, в более старших возрастных группах 55-64 лет (33,5%; 95% ДИ 21,7-36,7) и старше 65 лет (47,8%; 95% ДИ 39,5-56,1) отмечалось увеличение долевого отношения женщин по сравнению с аналогичными возрастными группами у мужчин (47,8% 95% ДИ 39,5-56,1 и 41%; 95% ДИ 35,1-47,1) (рис. 10).

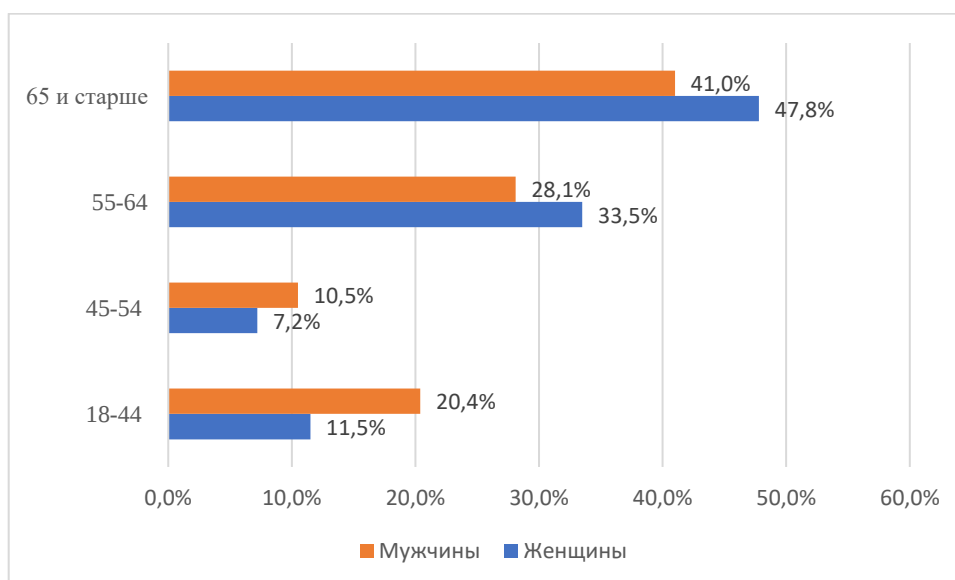


Рисунок 10. Распределение респондентов с учетом половозрастных характеристик, %

По данным анкетного опроса, большинство респондентов имели высшее образование (59,7%; 95% ДИ 55,4-65,1), менее четверти – среднее специальное образование (23,7%; 95% ДИ 20,0-28,4), в равных соотношениях было число респондентов со средним образованием (8,3%; 95% ДИ 6-11,6) и ученой степенью (8,3%; 95% ДИ 6-11,6) (рис. 11).

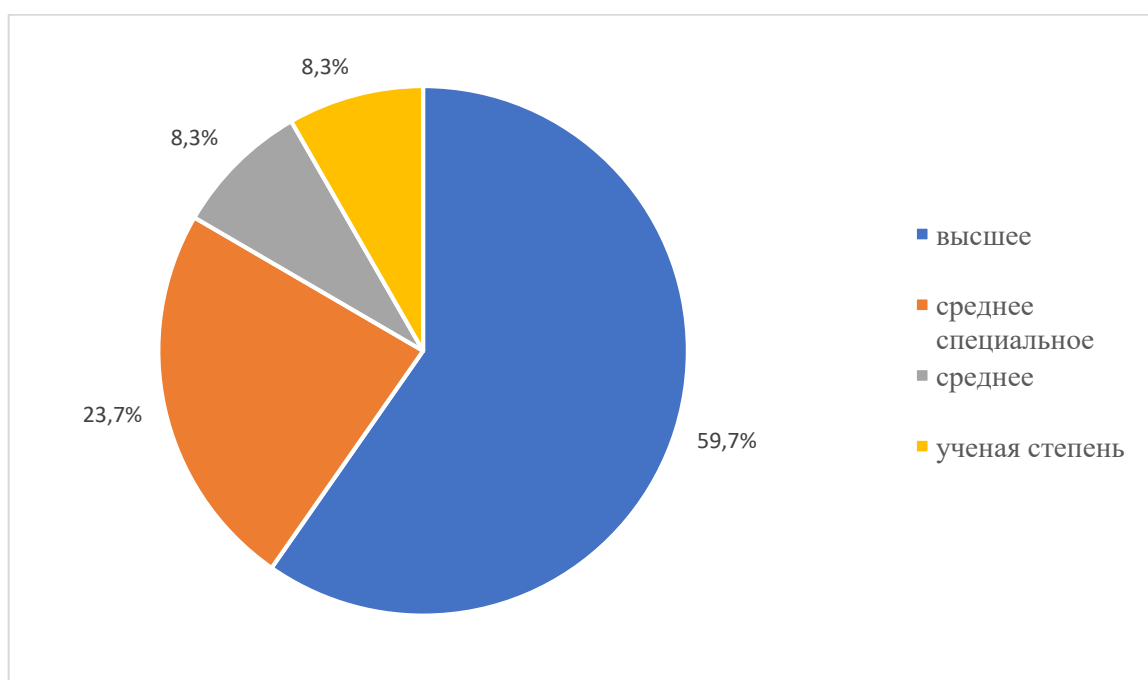


Рисунок 11. Распределение респондентов с учетом уровня образования, %

Более половины пациентов, посетивших прием врача-уролога ГП № 195 составляли пенсионеры (35,2%; 95% ДИ 32,4-38,3), меньше седьмой части – работающие пенсионеры (14,5%; 95% ДИ 11,2-18,2) и учащиеся колледжей (14,5%; 95% ДИ 11,2-18,2), более десятой части приходилось на рабочих (11,6%; 95% ДИ 8,6-15,0) и служащих (11,0%; 95% ДИ 8,1-14,3). Наименьшую часть составили следующие категории: предприниматели (4,6%; 95% ДИ 2,7-6,9), безработные (4,0%; 95% ДИ 2,3-6,2), военнослужащие (1,7%; 95% ДИ 0,7-3,2), домохозяйки (1,7%; 95% ДИ 0,7-3,2) и студенты (1,2%; 95% ДИ 0,4-2,5) (рис. 12).

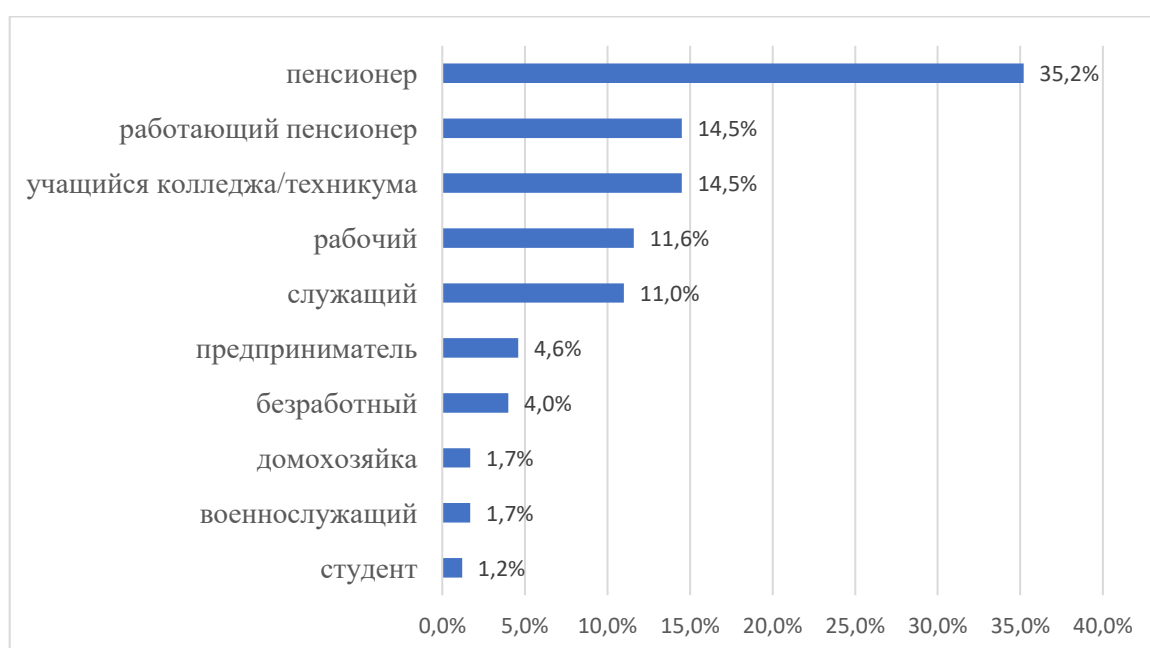


Рисунок 12. Распределение респондентов с учетом социального положения, %

Более половины опрошенных на момент посещения врача-уролога имели место работы (54,5%; 95% ДИ 47,8-61,1). Из них большинство были заняты в отрасли транспорта (15,8%; 95% ДИ 11,2-21,0) и промышленности (15,5%; 95% ДИ 11,2-21,0), на втором месте – отрасль строительства (13,4%; 95% ДИ 9,4-18,6) и сельского хозяйства (13,3%; 95% ДИ 9,4-18,6). Наименьшее число респондентов работали в сфере здравоохранения (2,1%; 95% ДИ 0,6-4,4) и торговли (2,1%; 95% ДИ 0,6-4,4) (рис. 13).

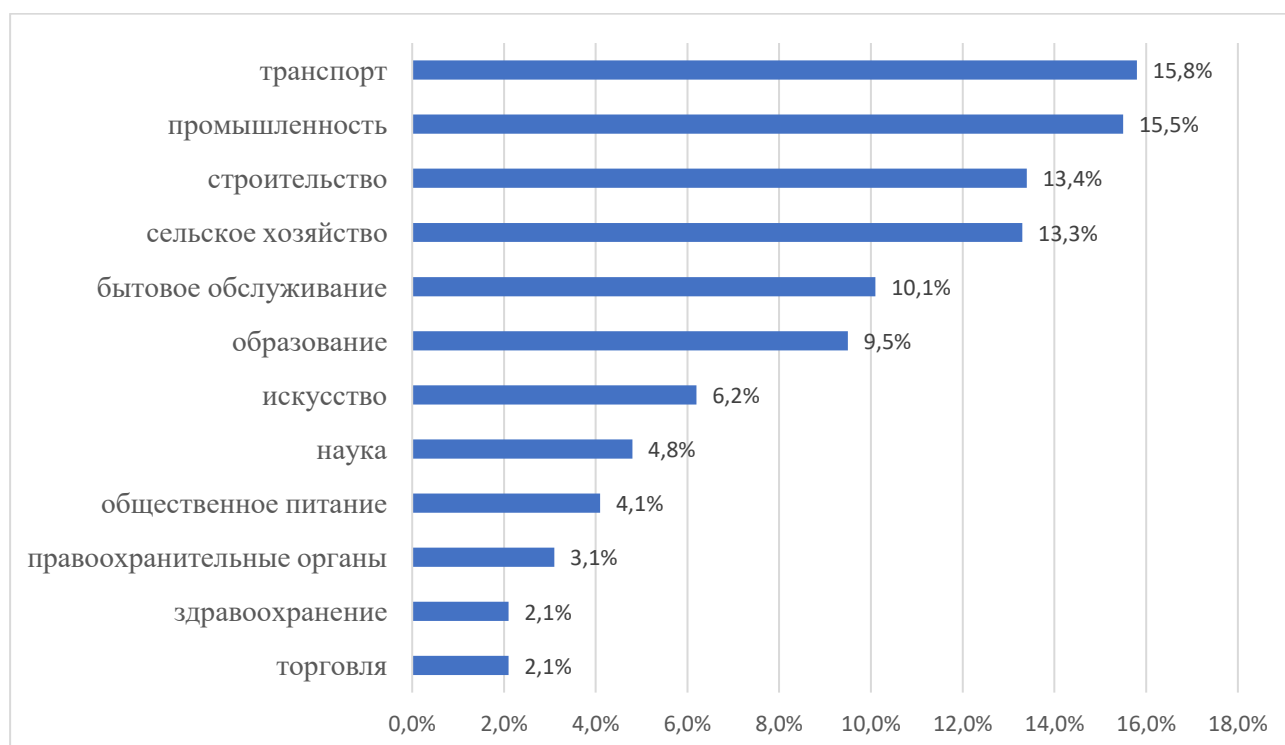


Рисунок 13. Распределение респондентов с учетом занятости, %

Анкета включала также вопросы, касающиеся финансовых возможностей респондентов. Так, более трети из них, помимо еды и одежды, могли приобретать бытовую технику и делать небольшие накопления (36,8%; 95% ДИ 32,1-41,6), меньше трети респондентов отметили, что доходов хватает только на еду и коммунальные платежи (28,7%; 95% ДИ 24,3-33,3), так же у менее трети опрошенных доходов хватало на еду, на коммунальные платежи и на одежду (28,2%; 95% ДИ 23,9-32,7). Малая часть респондентов ответили, что доходы покрывают все траты и еще остается на развлечения, отдых и путешествия (5,2%; 95% ДИ 3,2-7,6), оставшаяся часть респондентов ни в чем себе не отказывали (1,1%; 95% ДИ 0,3-2,4) (рис. 14).

Две трети опрошенных в прошлом обращались на прием к врачу-урологу (77%; 95% ДИ 72,7-81,0), у трети респондентов посещение врача-уролога было впервые (33,0%; 95% ДИ 28,4-37,7).

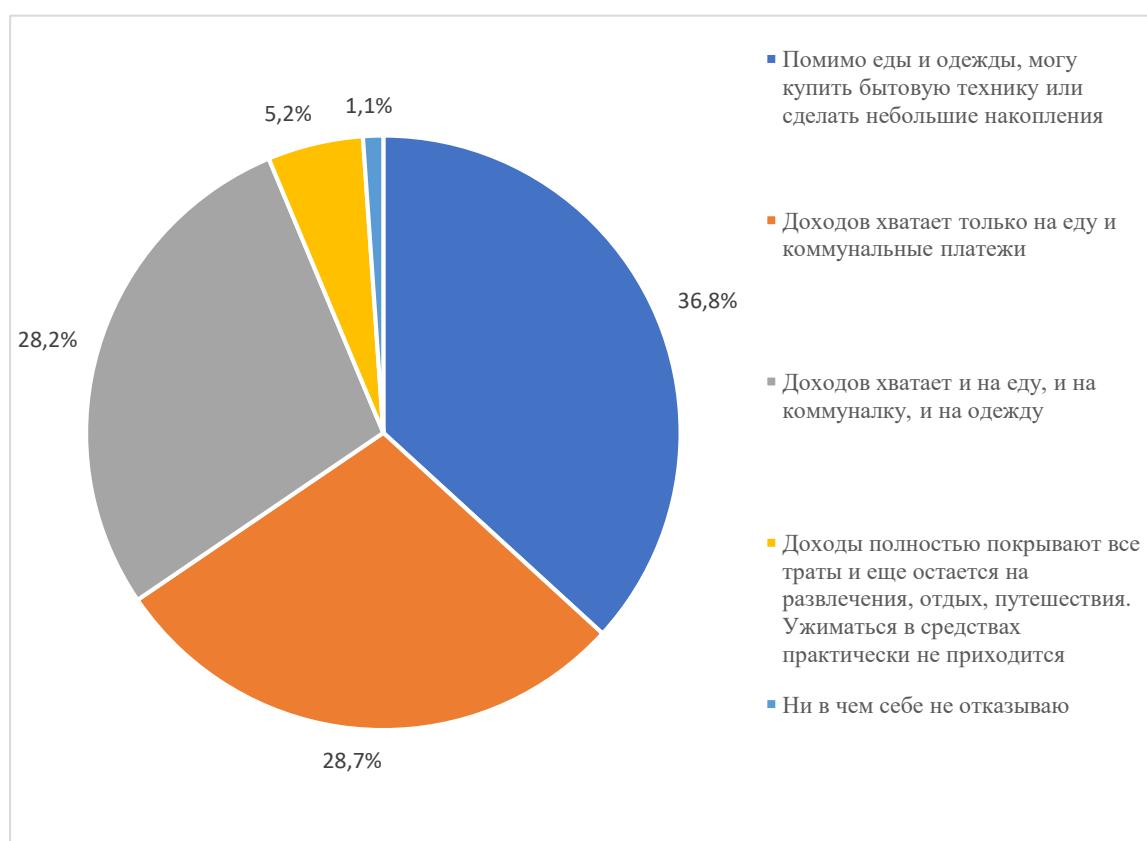


Рисунок 14. Распределение респондентов с учетом их финансовых возможностей, %

4.2 Причины обращений за медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях

Более половины опрошенных отмечали у себя наличие болезней мочеполовой системы в анамнезе (62,4%; 95% ДИ 57,6-67,1), остальные при обращении на прием не отметили подобных проблем (37,6%; 95% ДИ 32,9-42,4).

Большая часть обращений к врачу-урологу была связана с заболеванием (72,4%; 95% ДИ 67,9-76,7) и обследованием (23,6%; 95% ДИ 20,1-28,6), наименьшая часть приходилась на получение льготного рецепта (3,4%; 95% ДИ 1,8-5,4) и получение справки (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6) (рис. 15).

Респонденты мужского пола, указавшие наличие заболеваний мочеполовой системы в анамнезе (n=181), имели различные проблемы: страдали простатитом (29,7%; 95% ДИ 23,6-31,3), доброкачественной гиперплазией предстательной железы (24,5%; 95% ДИ 18,5-31,0), мочекаменной болезнью (14,5%; 95% ДИ 9,8-

20), нарушением эрекции (8,4%; 95% ДИ 4,8-12,9%), инфекцией мочевых путей (8,0%; 95% ДИ 4,5-12,4), онкоурологической патологией (4,5%; 95% ДИ 2,0-8,0%), варикоцеле (3,0%; 95% ДИ 1,0-6,0), водянкой оболочек яичка (2,2%; 95% ДИ 0,6-4,8%), воспалительными заболеваниями наружных половых органов (0,7%; 95% ДИ 0-2,4%) (рис. 16).

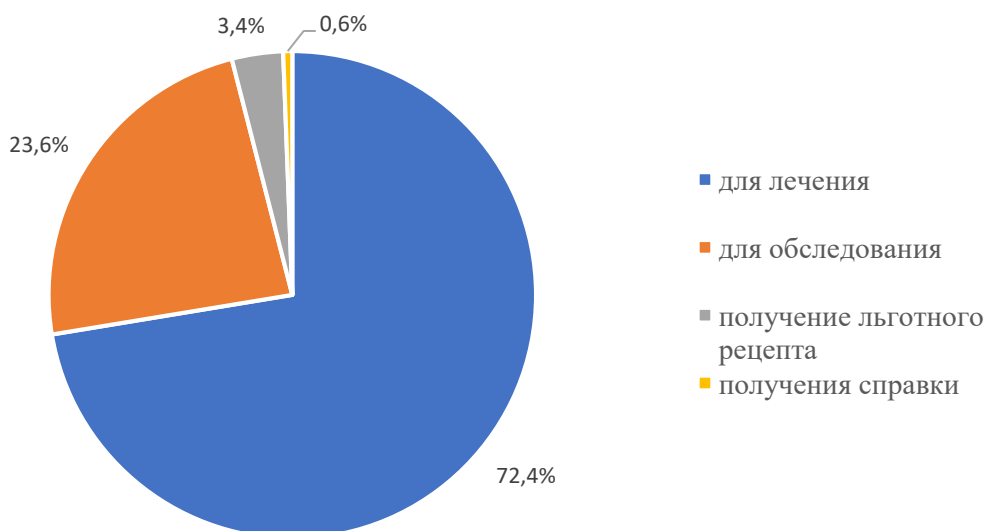


Рисунок 15. Распределение респондентов с учетом причин обращения на прием к врачу-урологу, %



Рисунок 16. Распределение респондентов мужского пола с учетом заболеваний мочеполовой системы, %

Респонденты женского пола страдали, в основном, инфекциями мочевых путей (68,0%; 95 ДИ 62,4-71,2), мочекаменной болезнью (18,1%; 95% ДИ 12,1-25,1) и заболеваниями почек (13,5%; 95% ДИ 8,3-19,8) (рис. 17).

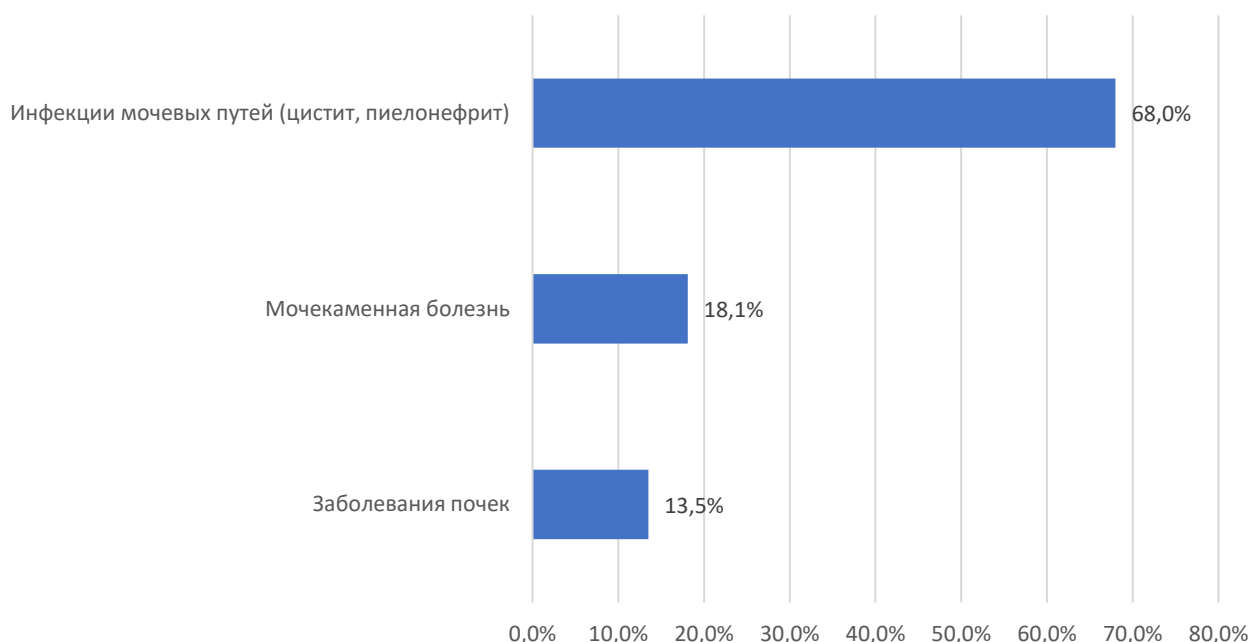


Рисунок 17. Распределение респондентов женского пола с учетом заболевания мочеполовой системы, %

Менее половины опрошенных респондентов отметили, что посещают государственную поликлинику 1-2 раза в год (43,7%; 95% ДИ 38,8-48,6), четверть респондентов – каждые 2-3 месяца (28,7%; 95% ДИ 24,3-33,3), более десятой части опрошенных обращается в государственную поликлинику 1-2 раза в 5 лет (13,2%; 95% ДИ 10,0-16,7), еще меньше – чаще 1 раза в месяц (9,2%; 95% ДИ 6,5-12,3), остальные не обращались никогда или обращались 1 раз в 5 лет (5,2%; 95% ДИ 3,2-7,6) (рис. 18).

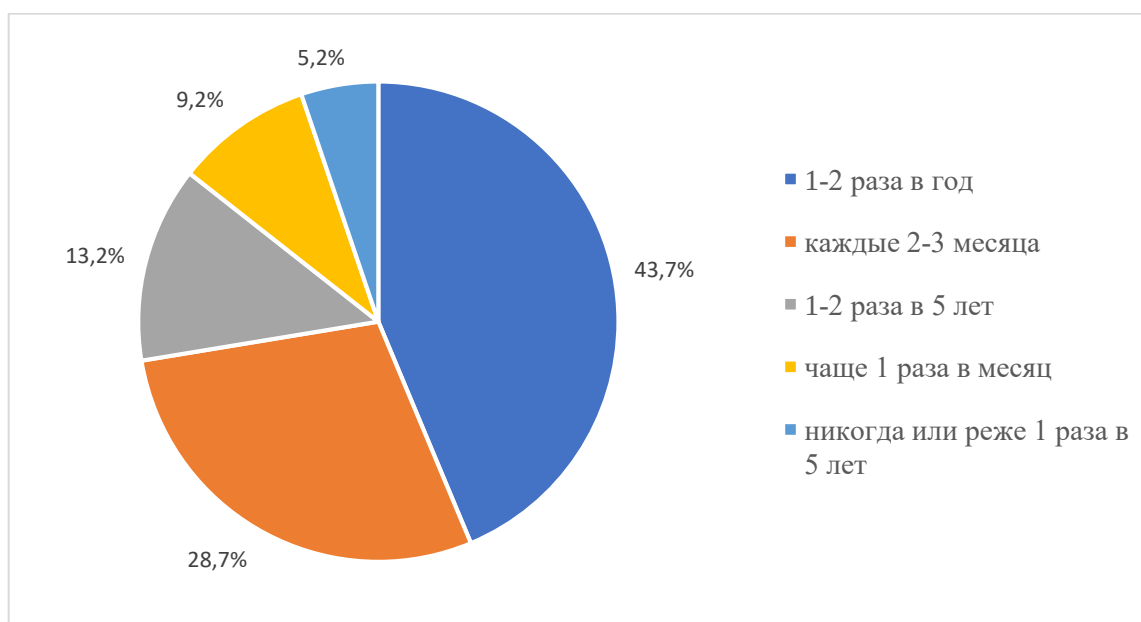


Рисунок 18. Распределение респондентов с учетом частоты обращений в государственную поликлинику, %

4.3. Удовлетворённость пациентов оказанием медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях

Большая часть опрошенных общее впечатление от посещения государственной поликлиники оценили на оценку «4» по 5-бальной шкале (51,1%; 95% ДИ 46,2-56,0), четверть респондентов поставили оценку «3» (24,7%; 95% ДИ 20,6-29,1), менее четверти были полностью удовлетворены обращением в городскую поликлинику и поставили оценку «5» (21,8%; 95% ДИ 17,9-26,0). Плохое и очень плохое впечатление от посещения городской поликлиники осталось у небольшого числа респондентов, они поставили «2» (1,7%; 95% ДИ 0,7-3,2) и «1» (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6) (рис. 19). Средний балл – 3,92.

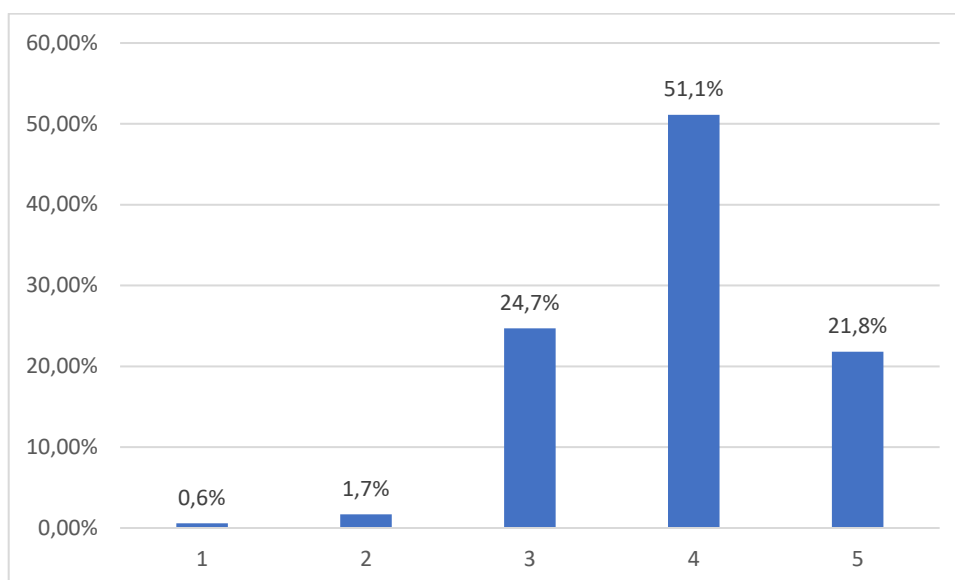


Рисунок 19. Распределение респондентов по оценке общего впечатления от посещения государственной поликлиники, %

Организацию работы поликлиники по 5-бальной шкале больше половины респондентов оценили на «4» (53%; 95% ДИ 48,0-57,8). Около четверти оценили на «3» (23,6%; 95% ДИ 19,5-27,9), еще меньшая часть на «5» (20,7%; 95% ДИ 16,8-24,8). Остальные поставили оценку «2» (2,3%; 95% ДИ 1,1-4,0) и «1» (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6%) (рис. 20). Средний балл – 3,91.

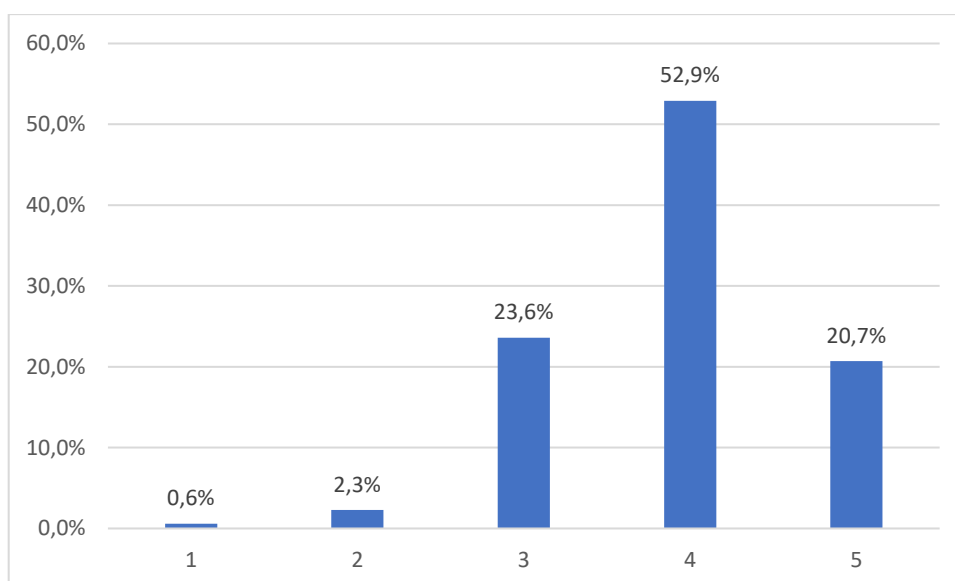


Рисунок 20. Распределение респондентов по оценке организации работы государственной поликлиники, %

Половина респондентов не имела претензий к работе поликлиники (50%; 95% ДИ 45,1-54,9), пятая часть имели претензии только к организации работы поликлиники (20,7%; 95% ДИ 16,8-24,8), еще менее пятой части имели претензии как к организации работы поликлиники, так и к работе медицинских работников (17,2%; 95% ДИ 13,6-21,1), менее восьмой части имели претензии только работе медицинского персонала (12,1%; 95% ДИ 9,1-15,5) (рис. 21).

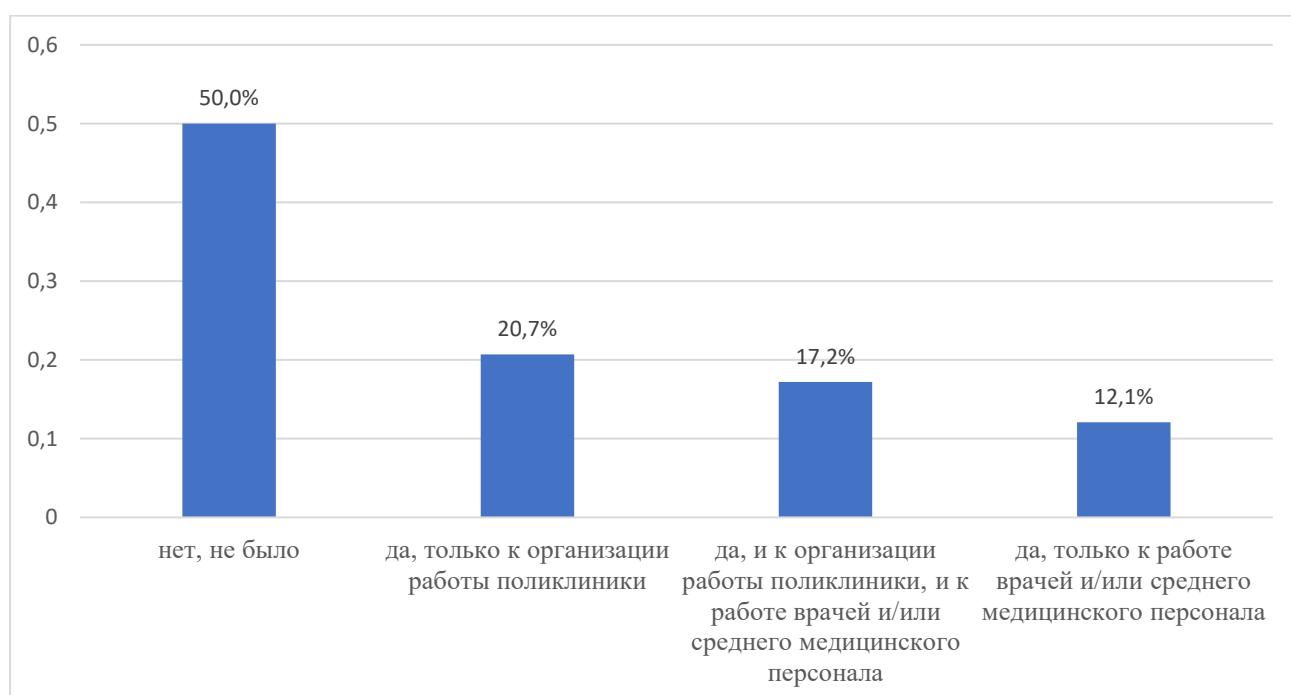


Рисунок 21. Распределение претензий респондентов к работе поликлиники, %

Более половины респондентов смогли записаться на прием к врачу-урологу в течение 6-14 дней (54,6%; 95% ДИ 49,7-59,5), треть – в течение 2-5 дней (35,1%; 95% ДИ 30,5-39,9), остальные – на следующий день (4,6%; 95% ДИ 2,8-6,9) или ожидали более 14 дней (4%; 95% ДИ 2,3-6,2) (рис. 22).

Наибольшая часть опрошенных никогда не обращались на прием к врачу-урологу, либо посещали 1 раз в 5 лет (32,9%; 95% ДИ 28,3-37,6), почти треть пациентов посещают врача-уролога 1-2 раза в год (28,3%; 95% ДИ 24,0-32,9), еще менее трети – 1-2 раза в 5 лет (25,4%; 95% ДИ 21,2-29,8). Остальные обращаются к специалистам каждые 2-3 месяца (9,8%; 95% ДИ 7,1-12,9) или чаще 1 раза в месяц (3,5%; 95% ДИ 1,9-5,5) (рис. 23).

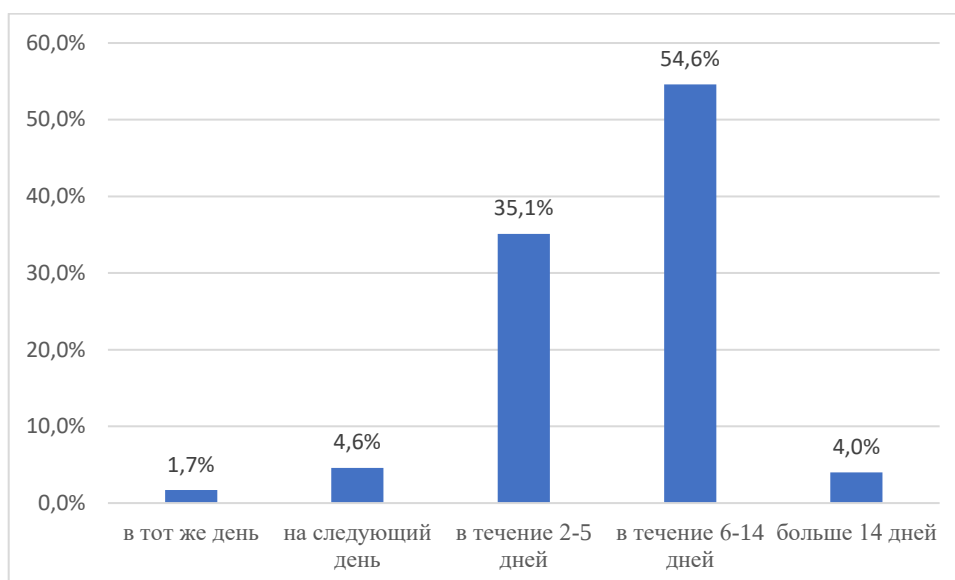


Рисунок 22. Распределение респондентов по количеству дней ожидания приема врача-уролога, %

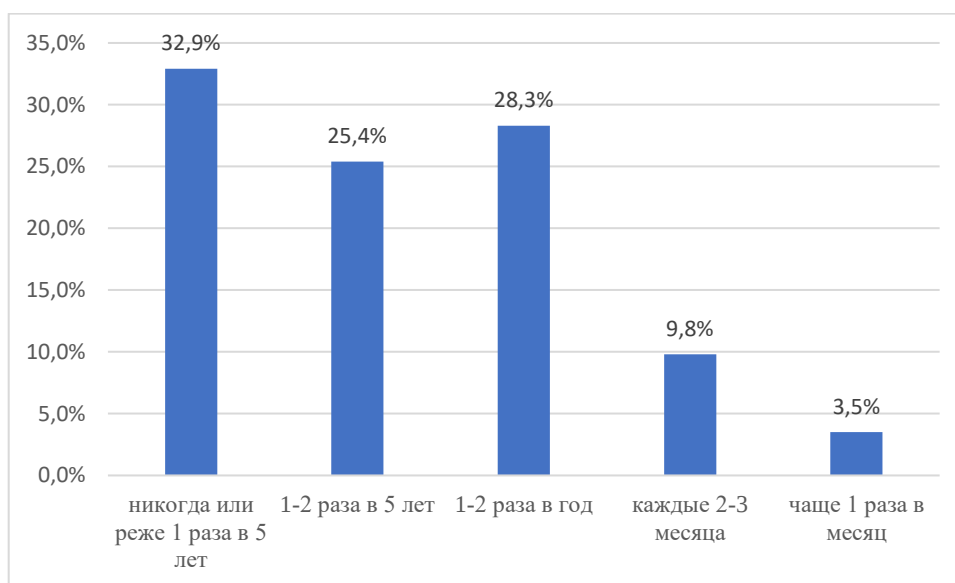


Рисунок 23. Распределение респондентов по частоте обращений к врачу-урологу, %

Более половины респондентов оценили компетентность врача-уролога на «5» баллов по 5-бальной шкале (59,2%; 95% ДИ 54,3-64,0), треть – на «4» балла (32,8%; 95% ДИ 28,3-37,5), только малая часть поставила оценку «3» (6,3%; 95% ДИ 4,1-8,9), «2» (1,1%; 95% ДИ 0,3-2,4) и «1» балл (0,6%; 95 ДИ 0,1-1,6) (рис.24). Средний балл – 4,49.

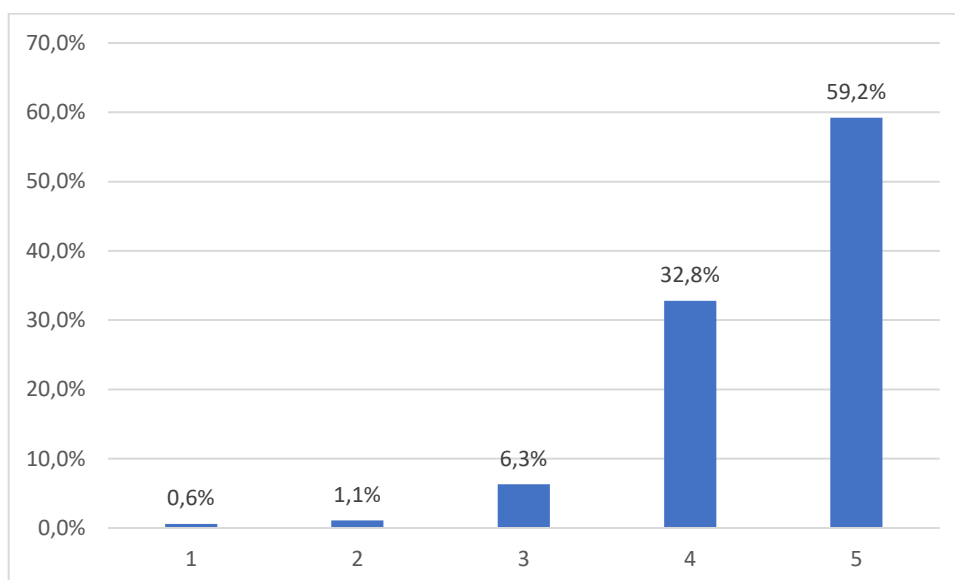


Рисунок 24. Распределение респондентов по оценке компетентности врача-уролога по 5-балльной шкале, %

При оценке общего впечатления от посещения врача-уролога более половины ответивших поставили оценку «5» (60,9%; 95% ДИ 56,0-65,7), треть оценила на «4» балла (30,5%; 95% ДИ 26,1-35,1), остальные – на «3» балла (6,9%; 95% ДИ 4,6-9,6), на «2» балла (1,1%; 95% ДИ 0,3-2,4), на «1» балл (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6) (рис. 25). Средний балл – 4,50.

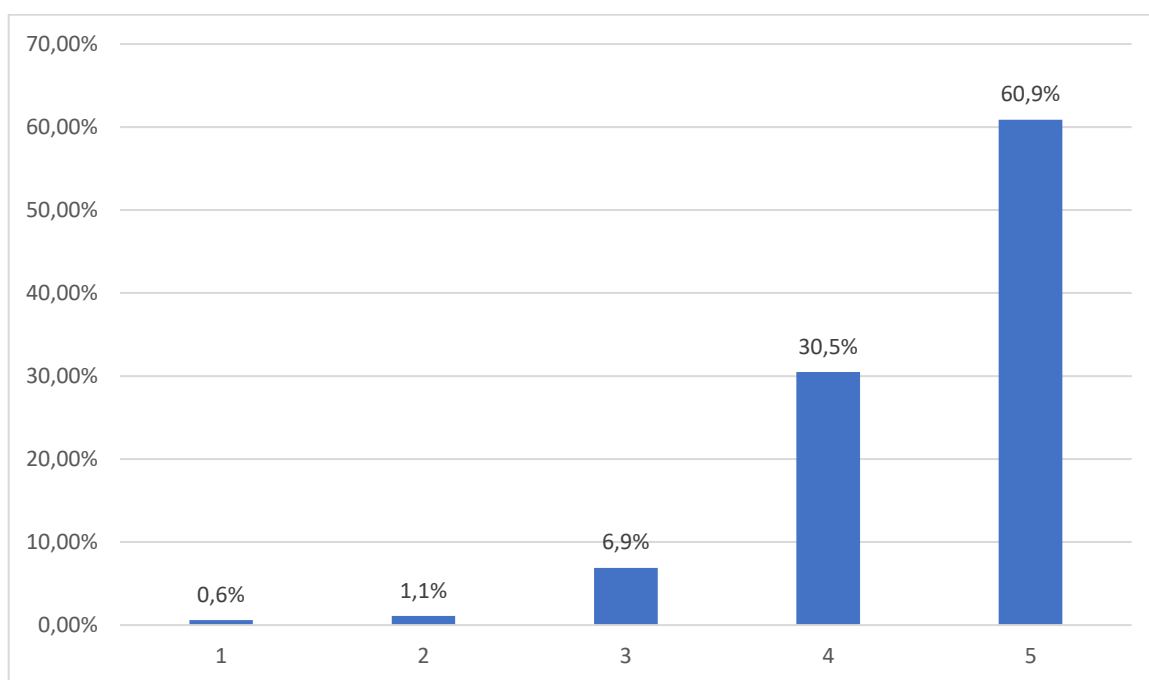


Рисунок 25. Распределение респондентов по оценке общего впечатления от посещения врача-уролога в государственной поликлинике по 5-балльной шкале, %

Большинство респондентов ожидали начала приема врача-уролога менее 5 минут (48,5%; 95% ДИ 43,6-53,4), треть пациентов – 6-10 минут (33,3%; 95% ДИ 28,7-38,0), менее одной пятой опрошенных ожидали 11-20 минут (16,4%; 95% ДИ 12,9-20,2). У небольшого числа опрошенных прием начинался через 21-30 минут (1,2%; 95% ДИ 0,4-2,5) и более чем через 30 минут (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6) (рис. 26).

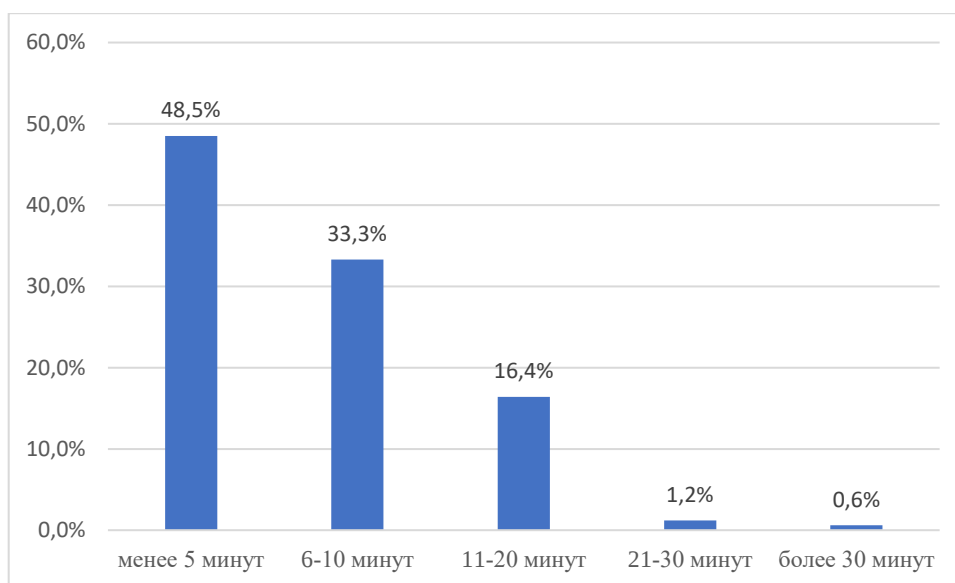


Рисунок 26. Распределение по времени ожидания респондентами приема врача-уролога, %

Большинством опрошенных было отмечено, что длительность приема в среднем занимала 11-20 минут (51,4%; 95% ДИ 46,5-56,3), менее половины отметили, что их прием длился 6-10 минут (42,8%; 95% ДИ 38,0-47,7). У незначительной части респондентов прием занимал 21-30 минут (2,9%; 95% ДИ 1,5-4,8), менее 5 минут (2,3%; 95% ДИ 1,1-4,0), у остальных прием врача-уролога длился более 30 минут (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6) (рис. 27).

При исследовании также учитывалась помощь среднего медицинского персонала в работе врача-уролога в условиях амбулаторного приема. Подавляющее большинство респондентов отметили, что в кабинете был только врач (86,2%; 95% ДИ 82,6-89,4). Почти десятая часть ответили, что медицинская сестра присутствовала в кабинете, но не принимала участие в приеме (8,6%; 95% ДИ 6,0-

11,6%), остальные отметили помощь медицинской сестры при заполнении медицинской документации (3,4%; 95% ДИ 1,8-5,4) и при осмотре пациента (1,7%; 95% ДИ 0,7-3,2) (рис. 28).

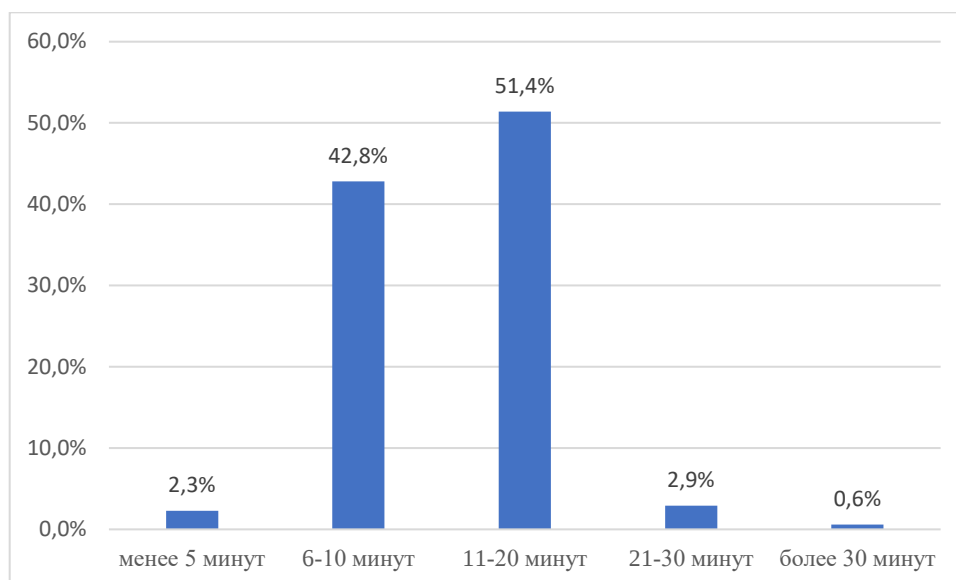


Рисунок 27. Распределение респондентов по продолжительности консультации врача-уролога, %

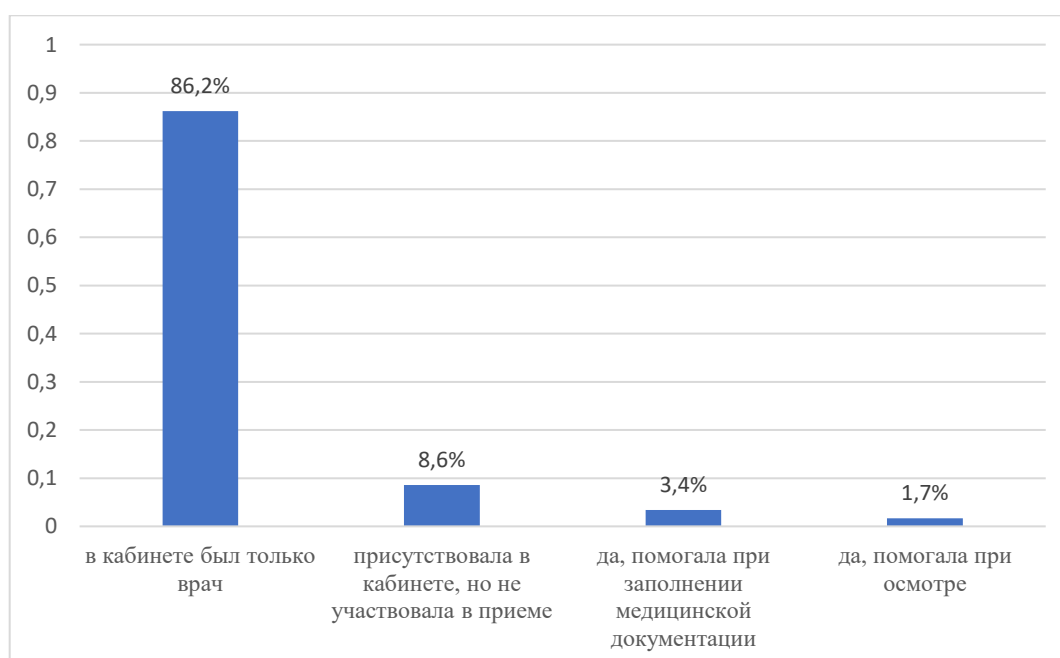


Рисунок 28. Распределение респондентов по вопросу «Участие медицинской сестры в приеме врача-уролога», %

Большинство респондентов были удовлетворены первым осмотром врача-уролога (92,5%; 95% ДИ 89,7-94,9), малая часть была не удовлетворена (6,9%; 95% ДИ 4,6-9,6), либо затруднились с ответом (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6). Подавляющее большинство респондентов отметили, что врач-уролог был внимателен по отношению к нему (96,0%; 95% ДИ 93,8-97,7), малая часть респондентов отметили невнимательное отношение на приеме (4,0%; 95% ДИ 2,3-6,2).

Большинство респондентов считали, что времени на прием было уделено достаточно (96%; 95% ДИ 93,8-97,7), малая часть пациентов была не удовлетворена продолжительностью приема (4,0%; 95% ДИ 2,3-6,2).

На вопрос «Считаете ли Вы, что врачу-урологу следовало больше уделить внимания беседе с Вами?» большинство респондентов затруднились ответить (45,7%; 95% ДИ 40,8-50,6), менее половины ответили «нет» (38,2%; 95% ДИ 33,5-43,1), более десятой части ответили, то им не хватило времени на беседу с врачом (16,2%; 95% ДИ 12,7-20,0) (рис. 29).

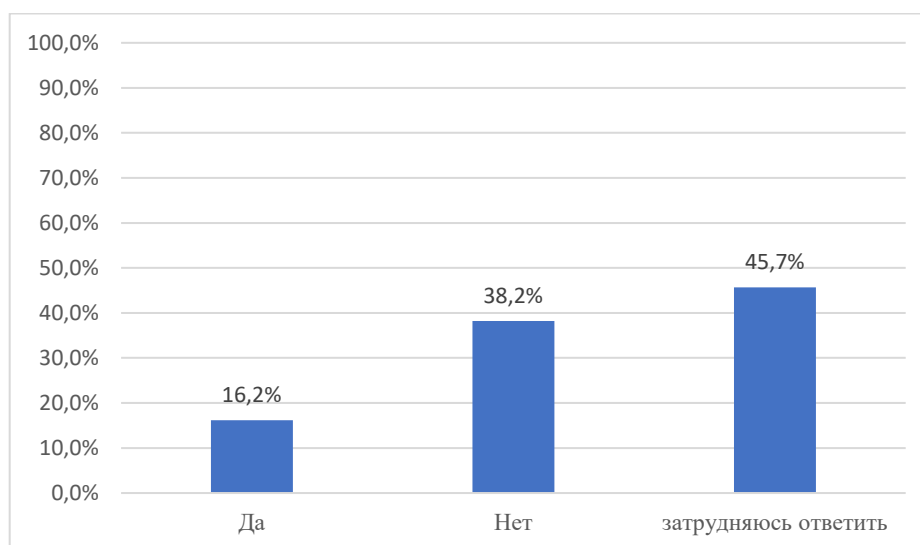


Рисунок 29. Распределение респондентов по ответам на вопрос «Считаете ли Вы, что врачу-следовало больше уделить времени беседе?», %

Большинство респондентов затруднилось ответить (45,3%; 95% ДИ 40,4-50,2), меньше половины не считали, что нужно было больше времени уделить осмотру (44,2%; 95% ДИ 39,3-49,1), более десятой части респондентов хотели, чтобы врач-уролог уделил больше времени осмотру (10,5%; 95% ДИ 7,7-13,7) (рис. 30).

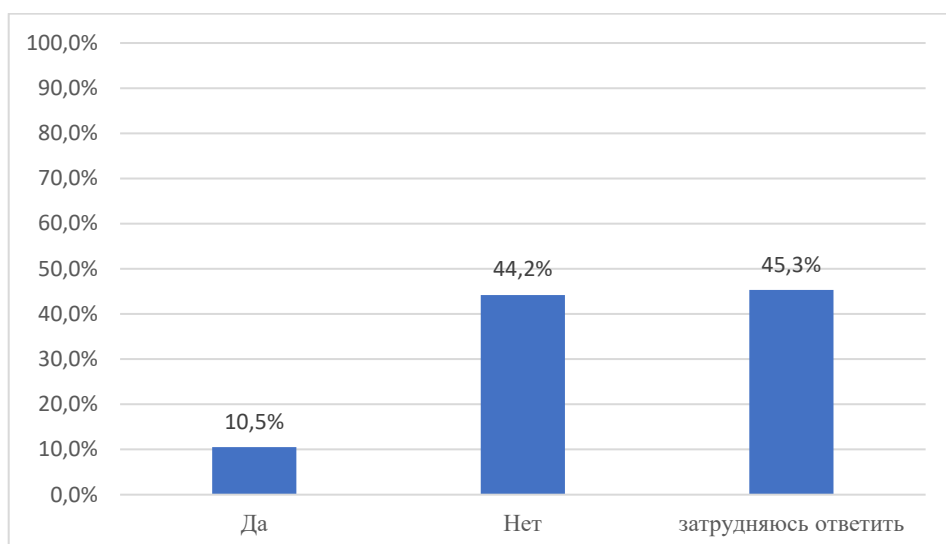


Рисунок 30. Распределение респондентов по ответам на вопрос «Считаете ли Вы, что врачу-следовало больше уделить времени осмотру?», %

Больше половины опрошенных были полностью удовлетворены назначенным лечением (51,1%; 95% ДИ 46,2-56,0), менее половины затруднились с ответом (41,4%; 95% ДИ 36,6-46,3), меньше десятой части были не удовлетворены лечением (6,3%; 95% ДИ 4,1-8,9), малой части респондентов лечение не требовалось (1,1%; 95% ДИ 0,3-2,4) (рис. 31).

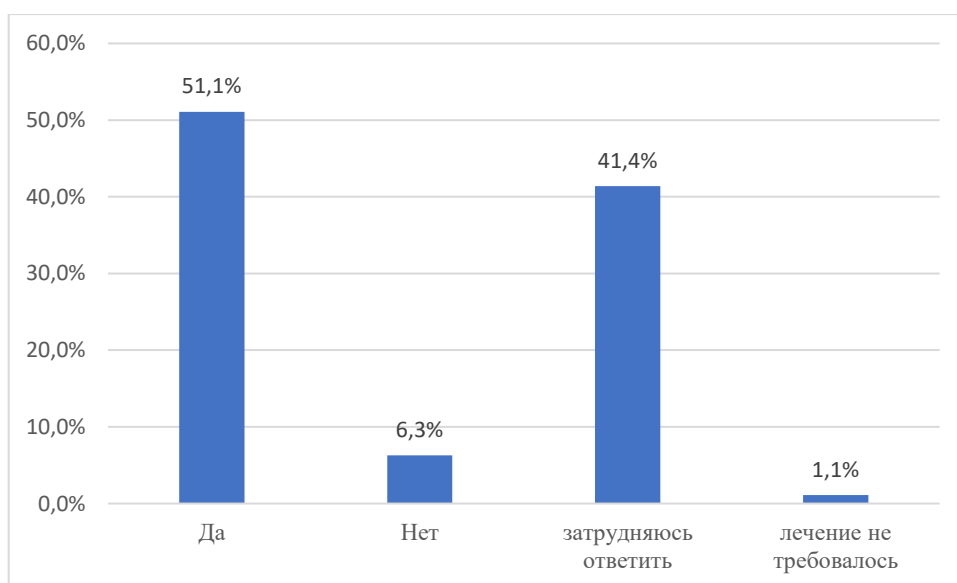


Рисунок 31. Распределение респондентов по удовлетворенности назначенным лечением, %

Менее половины респондентов затруднились ответить на вопрос «Согласны ли Вы с тактикой лечения?» (46,8%; 95% ДИ 41,9-51,7), менее половины были согласны с тактикой лечения (43,9%; 95% ДИ 39,0-48,8), менее десятой части ответили «Да» (9,2%; 95% ДИ 6,5-12,3) (рис. 32).

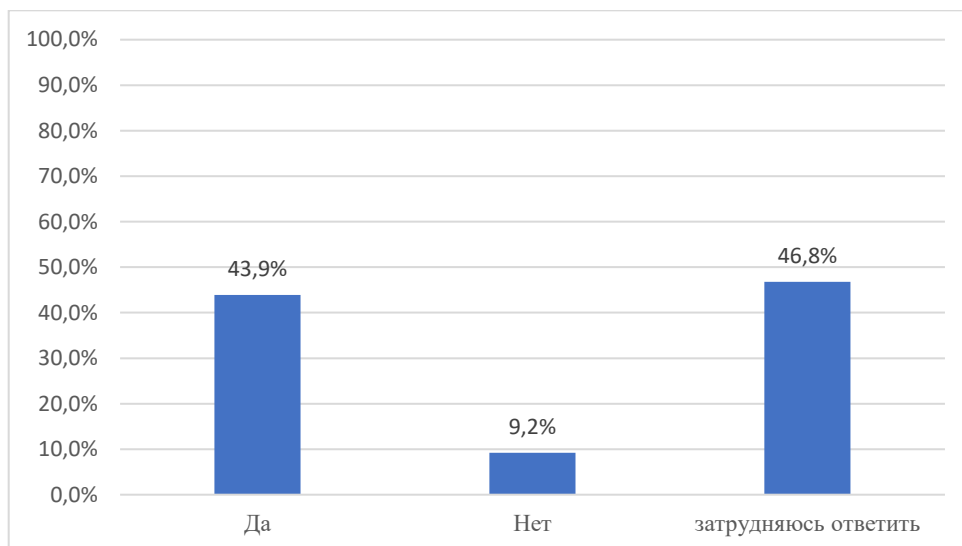


Рисунок 32. Распределение респондентов по ответам на вопрос «Согласны ли Вы с тактикой лечения?», %

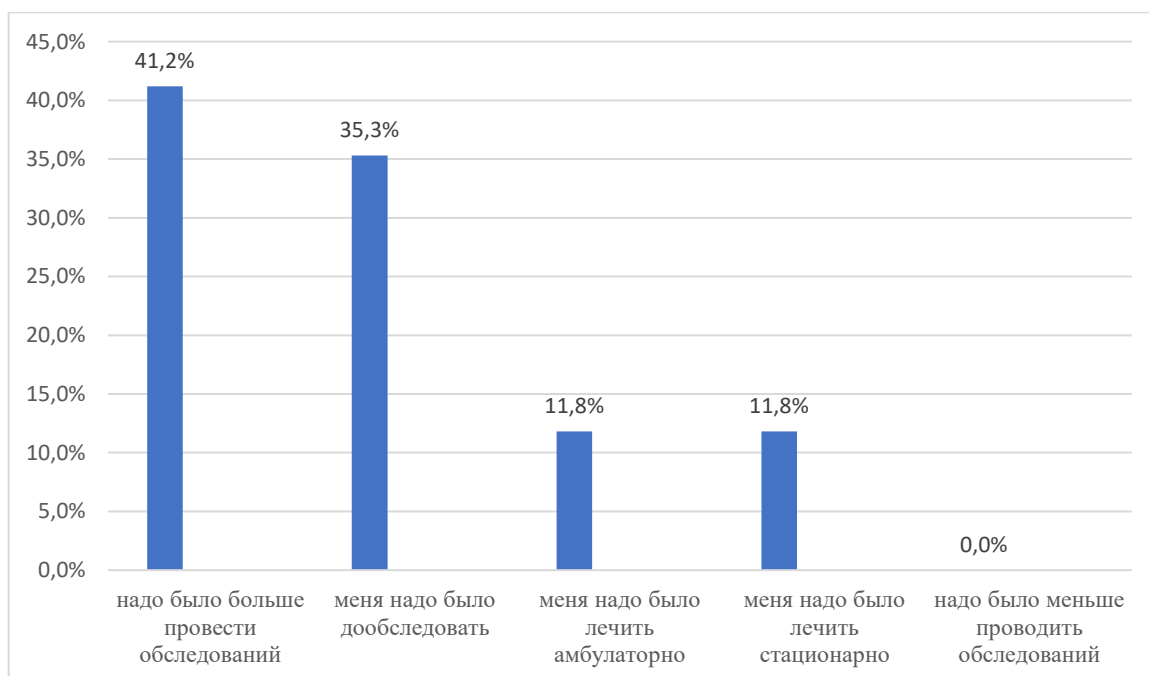


Рисунок 33. Распределение респондентов по ответам на вопрос «Согласны ли Вы с тактикой лечения?», %

Респонденты (n=38), ответившие отрицательно («нет») в предыдущем вопросе, уточнили причину своего несогласия с тактикой оказания медицинской помощи. Поскольку менее половины из них объем проводимых лабораторных или инструментальных исследований (41,2%; 95% ДИ 26,3-56,9) считали недостаточным, более трети считали себя не дообследованными (35,3%; 95% ДИ 21,2-50,9), более десятой части считали, что их нужно было продолжать лечить амбулаторно (11,8%; 95% ДИ 3,7-23,7). Еще более десятой части респондентов считали, что они нуждались в стационарном лечении (11,8%; 95% ДИ 3,7-23,7). При этом ни одни из них не отметил, что исследований проведено больше, чем требовалось (рис. 33).

Большинство респондентов в целом выразили удовлетворенность оказанной им медицинской помощью (88,4%; 95% ДИ 85,1-91,4), более одной десятой части остались не довольны (11,6%; 95% ДИ 8,6-14,9).

Выявлена сильная зависимость между удовлетворенностью оказанной медицинской помощью врачом-урологом и уровнем образования респондента ($\chi^2_{(2)}=19,184$, $p=0,05$), гендерной принадлежностью ($\chi^2_{(1)}=5,815$, $p=0,05$) (женщины были более удовлетворены), социальным статусом ($\chi^2_{(8)}=20,364$, $p=0,05$), финансовым положением ($\chi^2_{(4)}=18,827$, $p=0,05$) (наибольшая степень удовлетворенности респондентов, которые на вопрос о финансовом положении ответили, что ни в чем себе не отказывают, а также доходов хватает на еду, оплату коммунальных услуг и одежду), комплаентностью пациентов (доля удовлетворенных больше среди тех, кто охотно выполняет рекомендации врача) ($\chi^2_{(2)}=15,346$, $p=0,05$), длительностью ожидания записи к врачу-урологу ($\chi^2_{(4)}=25,064$, $p=0,05$), сроком ожидания приема перед кабинетом ($\chi^2_{(4)}=30,123$, $p=0,05$), длительностью приема ($\chi^2_{(4)}=10,732$, $p=0,05$), наличием медицинской сестры в кабинете ($\chi^2_{(3)}=10,227$, $p=0,05$) (выше, когда в кабинете был только врач), отношением пациента к своему здоровью ($\chi^2_{(2)}=13,255$, $p=0,05$) (при внимательном отношении удовлетворённость была выше) и удовлетворенностью назначенным лечением ($\chi^2_{(3)}=126,235$, $p=0,05$).

Менее половины опрошенных выразили негативное отношение к медицинской помощи и обследованию на коммерческой основе (43,2%; 95% ДИ 38,2-48,0), более четверти затруднились с ответом на данный вопрос (26,4%; 95% ДИ 22,2-30,9), ответ «так себе» дали менее пятой части респондентов (17,2%; 95% ДИ 13,6-21,1), положительное отношение к платной медицинской помощи выразили более четверти респондентов (26,4%; 95% ДИ 10,0-16,7) (рис. 34).

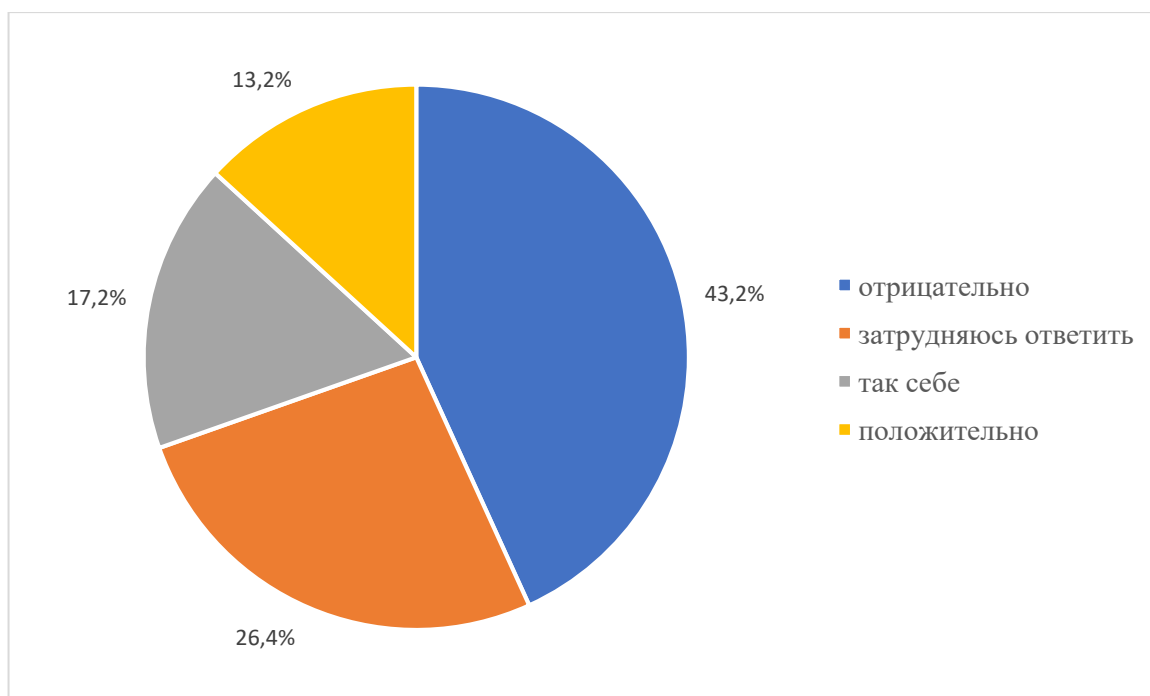


Рисунок 34. Распределение респондентов по их отношению к платному обследованию и лечению, %

Однако, две трети респондентов ответили, что не имеют возможности обращаться за медицинской помощью на коммерческой основе (66,7%; 95% ДИ 62,0-71,3), треть пациентов имели такую возможность (33,3%; 28,7-38,0).

Тем не менее, большинство респондентов не считали, что платная медицинская помощь по профилю «Урология» будет более качественной по сравнению с бюджетной (81,6%; 95% ДИ 77,6-85,3), менее пятой части были согласны с этим утверждением (18,4%; 95% ДИ 14,7-22,4).

Менее половины респондентов затруднялись ответить на вопрос «Считаете ли Вы, что при платной урологической помощи больной будет заинтересован в

полном лечении и явке на контрольные обследования в большей мере?» (45,4%; 95% ДИ 40,5-50,3). Более трети респондентов на данный вопрос ответили отрицательно («нет») (35,1%; 95% ДИ 30,5-39,9), пятая часть ответила «да» (19,5%; 95% ДИ 15,7-23,6) (рис. 35).

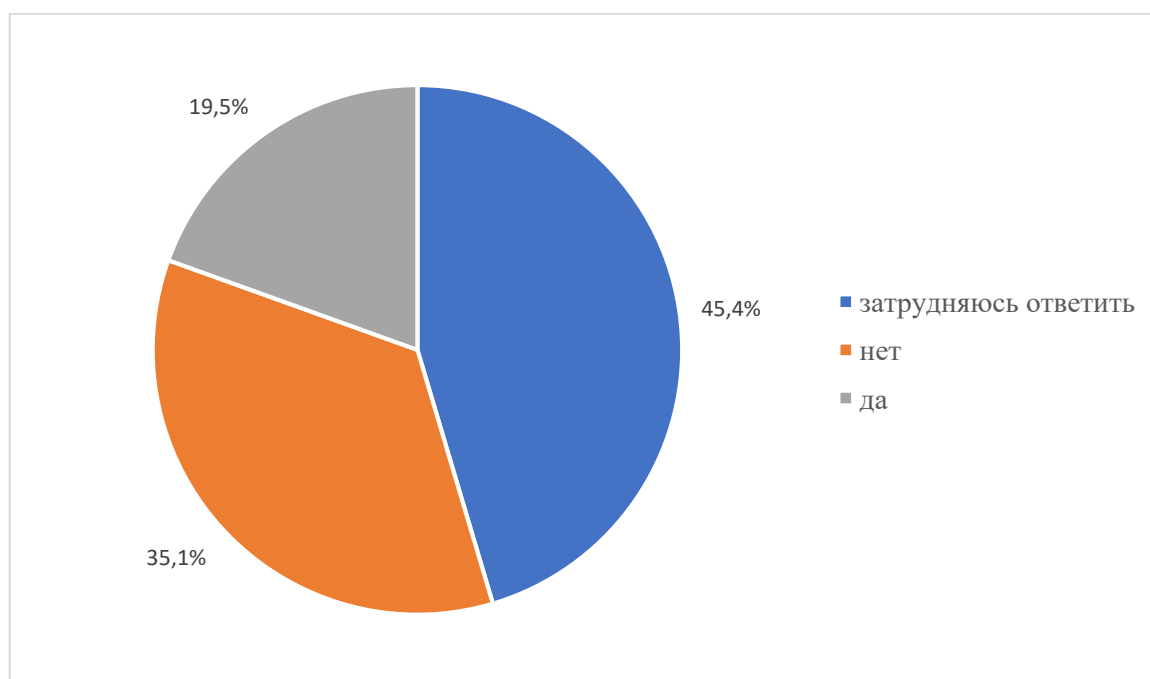


Рисунок 35. Распределение респондентов по ответам на вопрос «Будет ли респондент заинтересован в полном лечении, если медицинская помощь по профилю «урология» будет оказываться за счет его средств?», %

Большинство респондентов на вопрос «Какой должна быть, по Вашему мнению, урологическая помощь?» ответили следующим образом: «только бесплатной» (63,6%; 95% ДИ 58,8-68,3), более трети опрошенных ответили «частично платной» (35,8%; 95% ДИ 31,1-40,6), наименьшая часть респондентов ответила «только платной» (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6) (рис. 36).

Более половины респондентов оценили свое отношение к здоровью как «внимательное» (67,6%; 62,9-72,1), менее трети – «так себе» (31,8%; 95% ДИ 27,3-36,5), малая часть опрошенных отметили безразличие к своему здоровью (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6) (рис. 37).

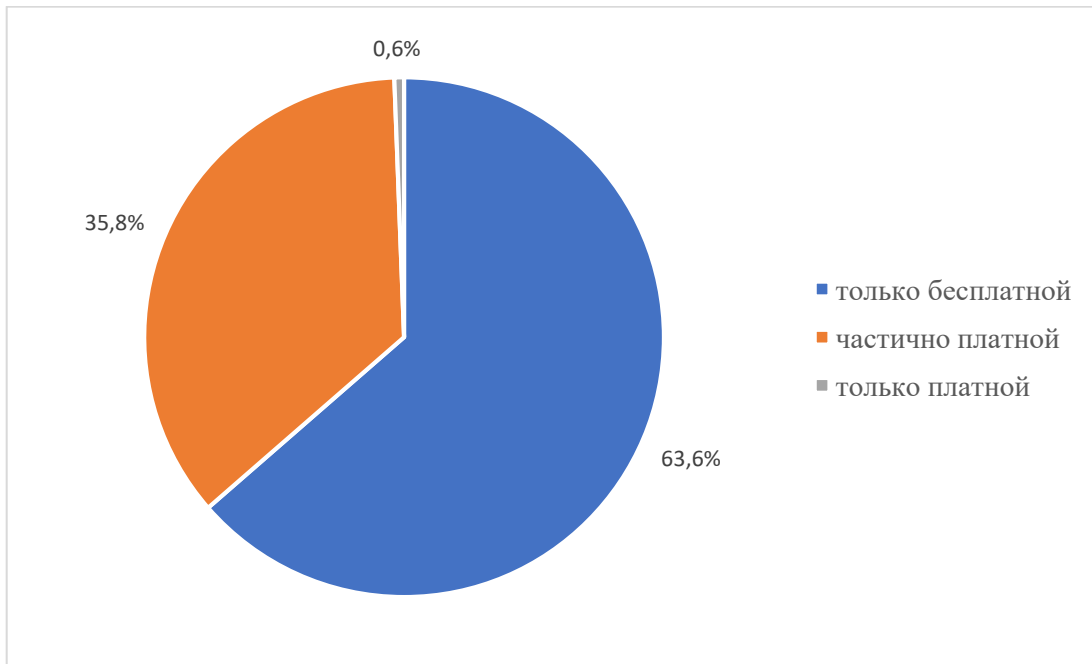


Рисунок 36. Распределение респондентов по ответам на вопрос «Какой должна быть медицинская помощь по профилю "урология" по мнению респондентов?», %

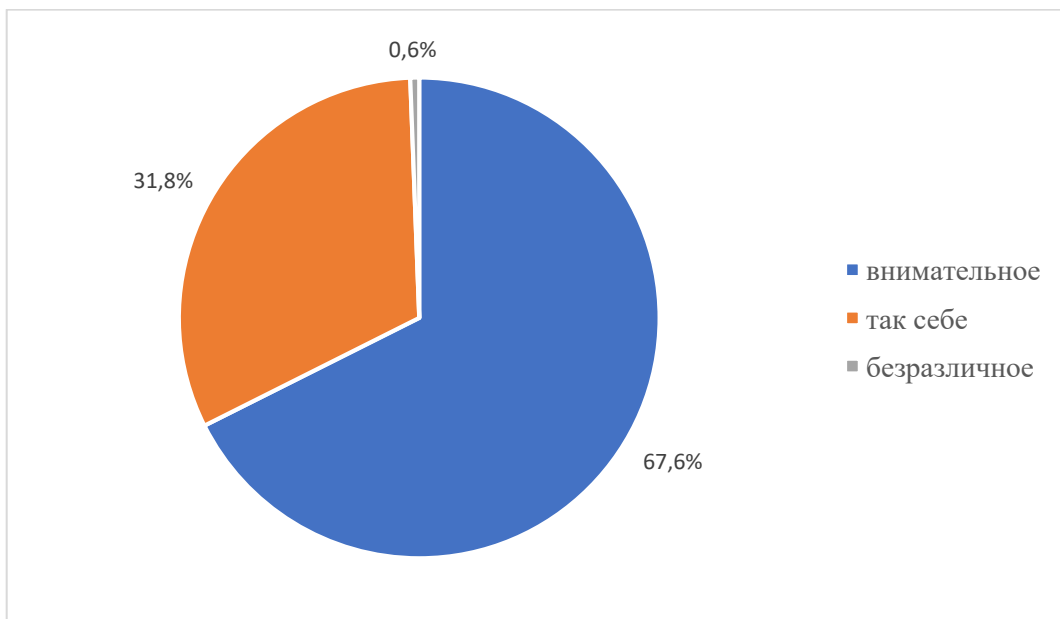


Рисунок 37. Распределение респондентов по их отношению к своему здоровью, %

Большинство пациентов охотно выполняют рекомендации врача (90,2%; 95% ДИ 87,1-92,9), менее десятой части рекомендации выполняют неохотно (9,2%; 95% ДИ 6.5-12.3), небольшая часть респондентов вовсе не выполняет данные рекомендации (0,6%; 95% ДИ 0,1-1,6) (рис. 38).

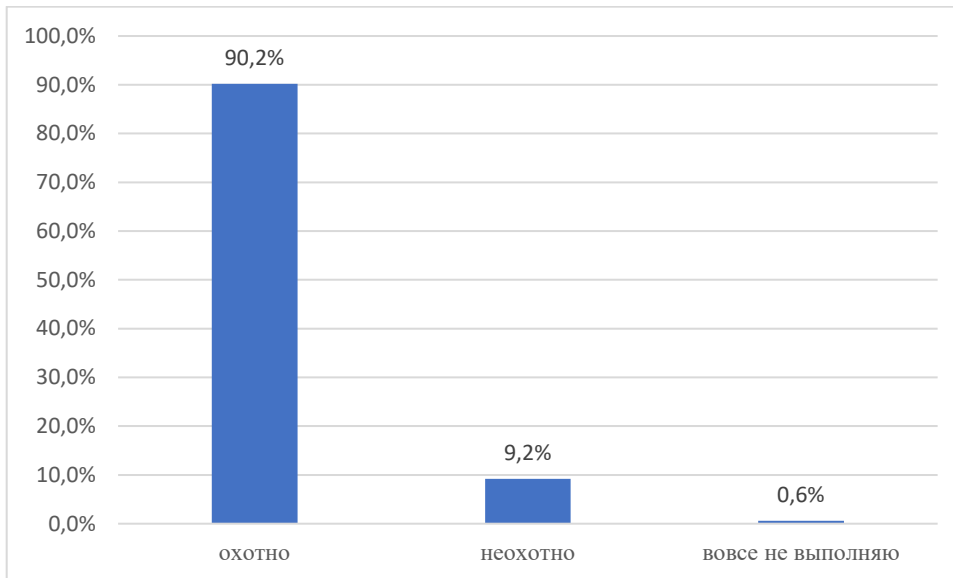


Рисунок 38. Распределение респондентов по их приверженности к выполнению рекомендаций врача-уролога, %

Более двух трети респондентов не были удовлетворены состоянием своего здоровья на момент первого обращения к врачу-урологу (69,8%; 95% ДИ 65,2-74,2), менее трети были удовлетворены (30,2%; 95% ДИ 25,8-34,8).

После лечения у врача-уролога половина респондентов была удовлетворена состоянием здоровья (50,9%; 95% ДИ 46,0-55,8), менее трети остались не удовлетворены своим здоровьем (32,4%; 95% ДИ 27,9-37,1), остальным лечение не требовалось (8,7%; 95% ДИ 6,1-11,7) или не было назначено (8,1%; 95% ДИ 5,6-11,0) (рис. 39).

Большинство респондентов не имели вредных привычек (75,7%; 95% ДИ 71,3-79,8), менее четверти опрошенных указали, что имеют вредные привычки (24,3%; 95% ДИ 20,2-28,7).

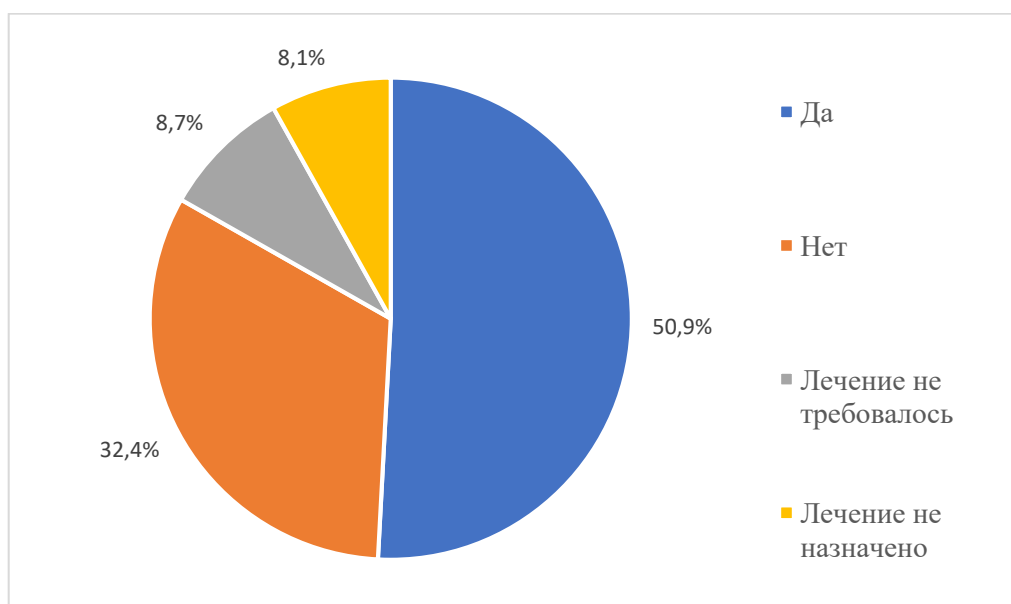


Рисунок 39. Распределение респондентов по их удовлетворенности своим здоровьем после лечения у врача-уролога, %

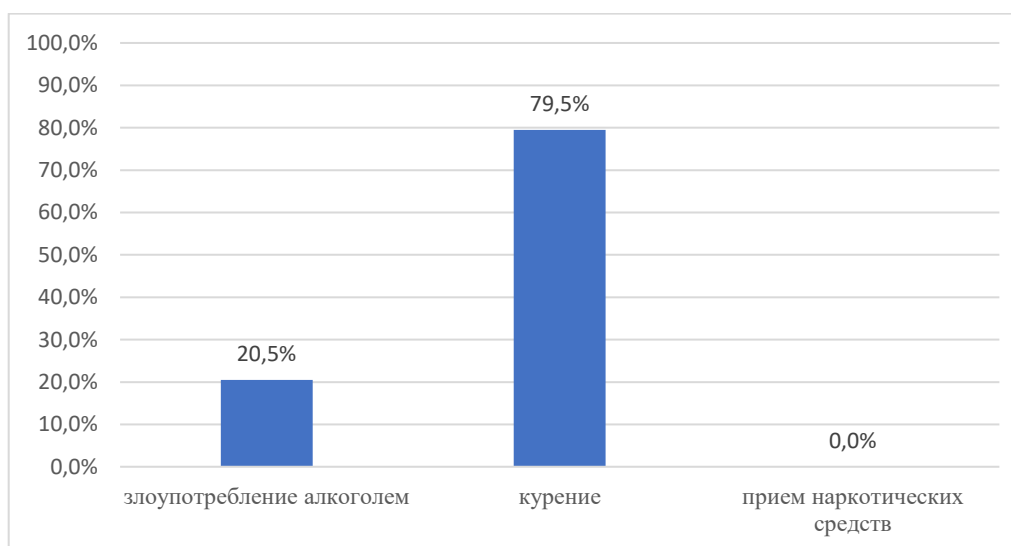


Рисунок 40. Распределение респондентов с учетом наличия вредных привычек, %

У респондентов, ответивших положительно («Да») в предыдущем вопросе (n=96), уточнялось наличие вредных привычек. Почти четыре пятых опрошенных курили (79,5%; 95% ДИ 70,9-86,9), более четверти отметили, что злоупотребляли алкоголем (20,5%; 95% ДИ 13,1-29,1). При этом все отрицали «прием наркотических средств» (рис. 40).

Резюме

В структуре приема врача-уролога ГП № 195 ДЗМ до двух трети от числа обратившихся составляют мужчин, основная часть из них приходится на старший и средний возраст, более половины – пенсионеры.

Большинство из них имеет высшее образование. Менее половины респондентов на момент осмотра имели место работы, однако только малая часть отметила, что их доходы покрывают все траты, либо могут себе ни в чем не отказывать, остальные отмечали наличие ограниченных финансовых возможностей. Чаще к врачу-урологу городской поликлиники обращаются в связи с обследованием и лечением, только малая часть - для выписки льготного препарата или получения справки. Большинство респондентов в анамнезе имели заболевания мочеполовой системы. У мужчин преобладали такие заболевания предстательной железы, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы и хронический простатит, у женщины – инфекции мочевых путей. Респонденты посещают городскую поликлинику в основном 1-2 раза в год или раз в 2-3 месяца, при этом медицинскую помощь в среднем оценивают в 3,92 балла по 5-бальной шкале, а организацию работы поликлиники в 3,91 балла. Тем не менее, половина опрошенных имели претензии к организации работы поликлиники, работе медицинского персонала. Ожидание посещения врача-уролога чаще всего занимало от шести до четырнадцати дней, однако, часть пациентов не могла записаться на прием свыше четырнадцати дней. Большинство пациентов ранее никогда не обращались к врачу-урологу, либо обращались 1-2 раза в год. Компетентность врача-уролога по 5-бальной шкале оценили в среднем на 4,49 балла, а общую оценку от посещения врача данной специальности оценили на 4,5 балла. Время ожидания начала приема врача-уролога не превышало 5 минут, а длительность приема составляла в среднем 11-20 минут. Во время приема средний медицинский персонал в подавляющем большинстве случаев не принимал участие. Большинство опрошенных отметили внимательное отношение к себе со стороны врача-уролога, а также считали, что времени на прием было уделено достаточно. Однако, только половина из них выразила удовлетворённость лечением, большинство выразили

отрицательное отношение к платным услугам, хотя две трети респондентов имели финансовую возможность. По мнению большинства респондентов, медицинская помощь по профилю «урология» не будет более качественной, если будет оказываться на платной основе. Более половины респондентов внимательно относятся к своему здоровью и охотно выполняют рекомендации врачей. Тем не менее, после лечения у врача-уролога в ГП № 195 только половина респондентов удовлетворены состоянием своего здоровья.

Глава 5

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧАМИ-УРОЛОГАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

5.1. Анализ диагностического поиска врачами-урологами

Экспертной оценке были подвергнуты 394 ЭМК пациентов. Экспертиза проводилась по данным выкопировки из ЭМК. Две трети выборки составляли мужчины (66,3%; ДИ 95% 61,6-70,9), треть – женщины (33,7%; ДИ 95% 29,1-38,4). Чаще пациенты обращались на прием к врачу-урологу на амбулаторный прием по одной конкретной причине (90,3%; ДИ 95% 87,2-93,0), реже в приеме выделялось несколько причин для обращения (9,7%; ДИ 95% 7,0-12,8) (рис. 41).

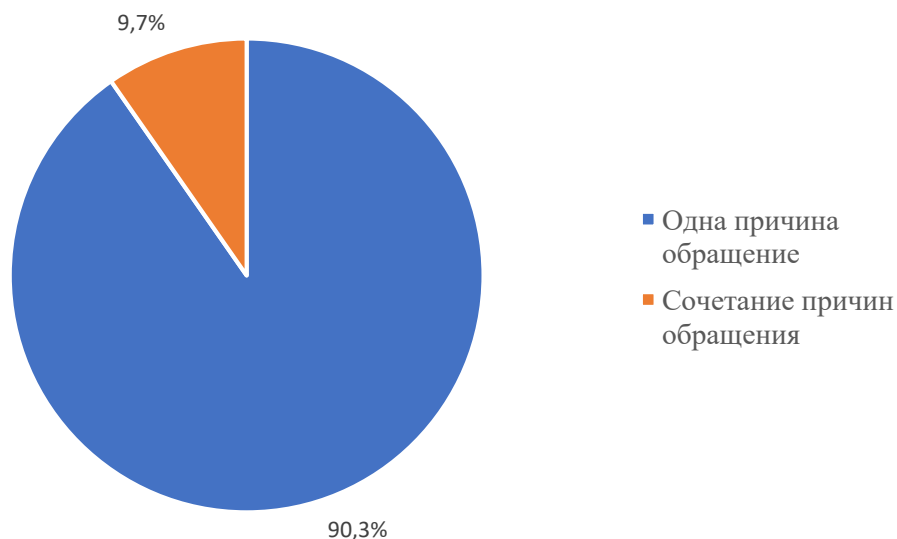


Рисунок 41. Распределение пациентов по одиночным причинам и их сочетание при обращении к врачу-урологу, %

Среди одиночных причин обращения наиболее частыми было появление жалоб у пациента (77,5%; ДИ 95% 73,0-81,7), изменения в лабораторных или инструментальных исследованиях (8,9%; ДИ 95% 6,2-12,1), явка в рамках профилактического осмотра или диспансеризации (7,2%; ДИ 95% 4,8-10,1).

Меньше всего одиночных причин обращения было по поводу выписки льготных лекарств, наличия или замены цистостомической дренажной трубки, направления другим врачом, определения противопоказаний к вакцинации, получения справки об отсутствии противопоказаний к санаторно-курортному лечению (6,4%; ДИ 95% 4,1-9,2) (рис. 42). Сочетание перечисленных причин обращения встречалось у 34 пациентов в той или иной комбинации (8,6%; ДИ 95% 5,9-11,7).



Рисунок 42. Распределение пациентов по одиночным причинам обращения к врачу-урологу, %

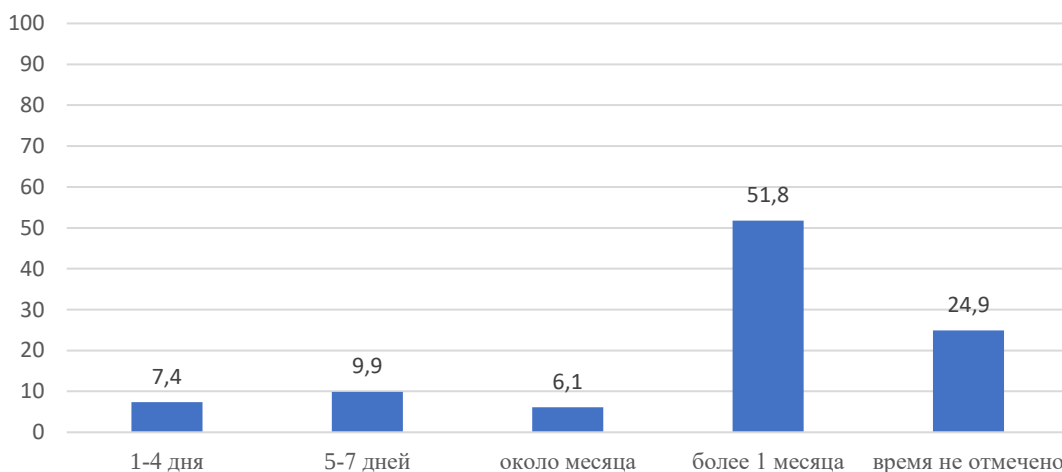


Рисунок 43. Распределение количества пациентов по времени с момента появления жалоб до момента обращения к врачу-урологу, в %

По данным выкопировки из ЭМК, чаще всего с момента появления первых жалоб до момента обращения к врачу-урологу проходило более 1 месяца (51,8%; ДИ 95% 46,9-56,7), у десятой части 5-7 дней (9,9%; ДИ 95% 7,2-13,0), у небольшого количества пациентов 1-4 дня (7,4%; ДИ 95% 5,0-10,2) и около 1 месяца (6,1%; ДИ 95% 4,0-8,7). В четверти случаев время возникновения жалоб не отмечалось в ЭМК (24,9%; ДИ 95% 24,5-33,5) (рис. 43).

Около половины пациентов имело несколько жалоб на приеме у врача-уролога (47,0%; ДИ 95% 42,1-51,9), более трети имели только одну жалобу (36,8%; ДИ 95% 32,1-41,6). Малая часть пациентов обратилась на прием без жалоб (16,2%; ДИ 95% 12,7-20,0) (рис. 44).

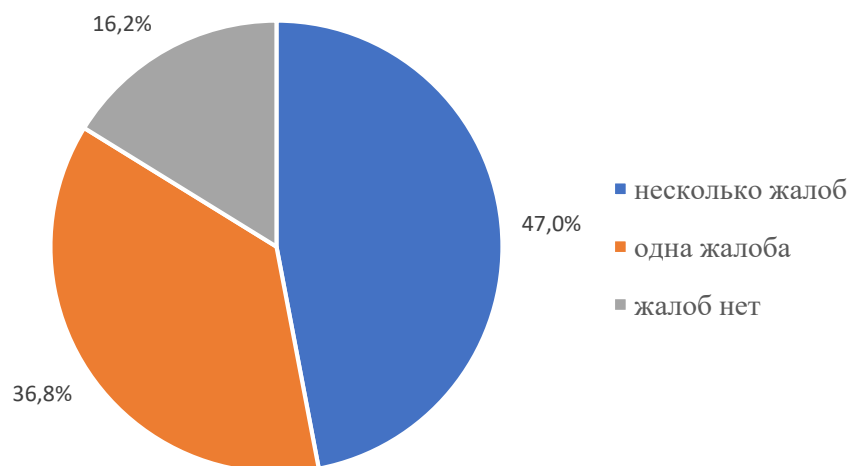


Рисунок 44. Распределение пациентов по наличию и количеству жалоб, в %

Наиболее часто встречаемые жалобы у пациентов были связаны с мочеиспусканием. Часто пациенты отмечали у себя патологическое ночное мочеиспускание (более 1 раза ночью без водной нагрузки) (17,4% мужчин, 12,8% женщин), учащенное мочеиспускание (более 8 раз в дневное время) (9,5% мужчин, 23,9% женщин), затруднение мочеиспускания (5,4% мужчин, 3,8% женщин), неотложные позывы на мочеиспускание (6,9% мужчин, 10,7% женщин), резь при мочеиспускании (6,0% мужчин, 3,8% женщин), ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря (6,5% мужчин, 3,8% женщин). Жалобы, связанные

с болевым симптомом, также присутствовали достаточно часто: боль в промежности (7,1% мужчин, 2,6% женщин), боль в поясничной области (4,5% мужчин, 5,6% женщин), боль при мочеиспускании (3,4% мужчин, 2,6% женщин). Жалобы, связанные с половой сферой, занимали 7,3% от общего количества. На изменения в лабораторных или инструментальных исследованиях было 4,2% жалоб (рис. 45).

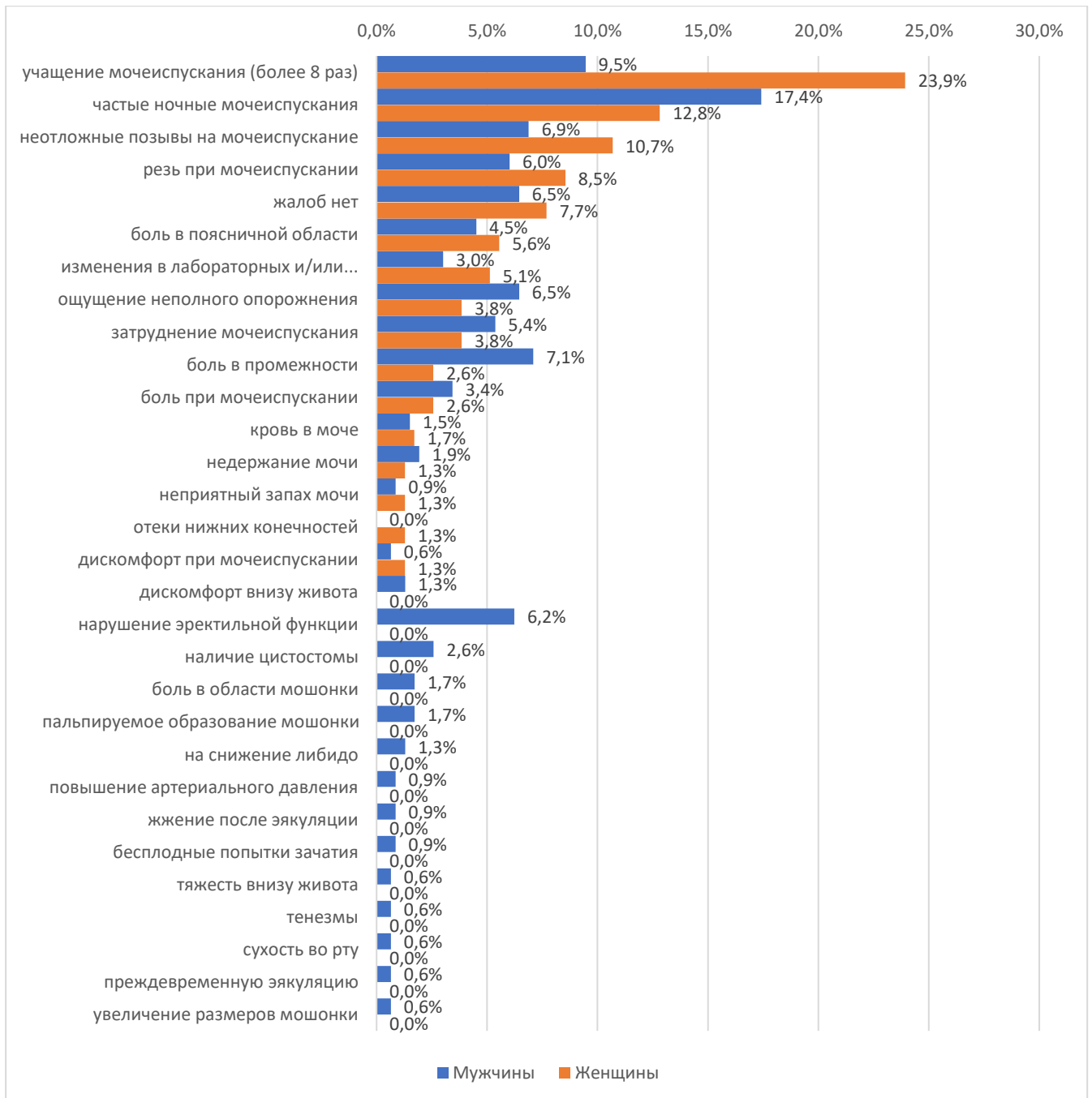


Рисунок 45. Распределение пациентов урологического профиля по жалобам с учетом половых различий, в %

В 29,1% случаев анамнез заболевания не собирался, в 70,9% случаев указывался хотя бы один из пунктов, относящихся к анамнезу.

В случаях, когда заполнялся хотя бы один из пунктов анамнеза, чаще всего указывались перенесенные заболевания (31,5% мужчин, 12,9% женщин), наличие перенесенных операций (18,6% мужчин, 15,9% женщин), наличие сопутствующих заболеваний (12,5% мужчин, 10,6% женщин), какое лечение получал до обращения (11,2% мужчин, 12,1% женщин). В небольшом количестве случаев отмечалась длительность заболевания (1,4% мужчин, 0% женщин%) и вредные привычки (1,0% мужчин, 0% женщин%) (рис. 46).

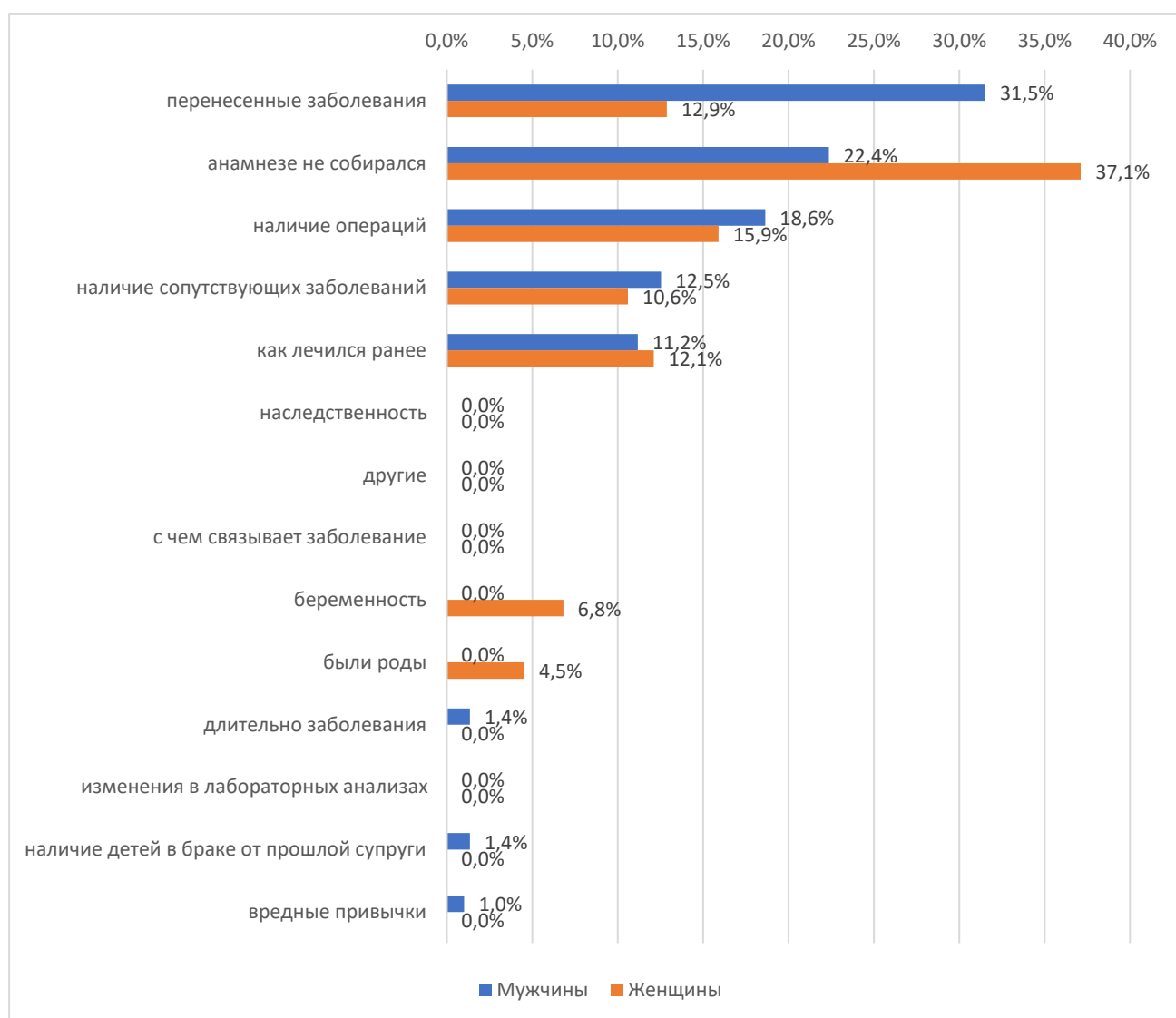


Рисунок 46. Распределение пациентов по анамнестическим данным с учетом половых различий, в %

В более половины случаев первичный осмотр пациента врачом-урологом не выполнялся (58,6%; ДИ 95% 53,7-63,4), в трети случаев осмотр выполнялся на первичном приеме (32,7%; ДИ 95% 28,2-37,4), у малой части пациентов осмотр проводился при повторном посещении (8,6%; ДИ 95% 6,0-11,6) (рис. 47).

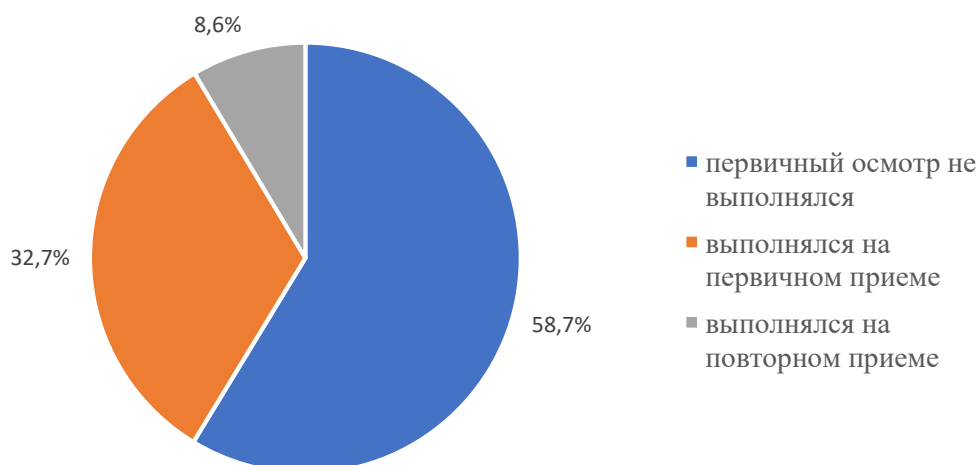


Рисунок 47. Распределение пациентов, которым проведен первичный осмотр врачом-урологом, в %



Рисунок 48. Распределение пациентов, которым выполнен физикальный осмотр врачом-урологом, %

У трети пациентов (32,8%) физикальное обследование не проводилось. У 20,5% мужчин проведен осмотр *per rectum*, у 9,5 % пациентов проверен симптом «поколачивания», у 8,6% проведен осмотр и пальпация поясничной области, у 7,4%-пальпация мочевого пузыря, у 4,6% пациентов проведен осмотр наружных половых органов (рис. 48).

Большинство пациентов перед консультацией врача-уролога не посещали врача-терапевта (39,0%; ДИ 95% 34,2-43,9), в менее половины случаев факт посещения врача-терапевта или врача общей практики не отмечен (38,8%; ДИ 95% 34,1-43,7), пятая часть пациентов первично обращались к врачу-терапевту (22,1%; ДИ 95% 18,1-26,3).

В половине случаев врач-терапевт или врач общей практики не назначали предварительного обследования перед посещением врача-уролога (46,7%; ДИ 95% 41,8-51,6), у менее половины пациентов невозможно установить факт назначения предварительного обследования (43,7%; ДИ 95% 38,8-48,6), только у одной десятой части назначалось предварительное обследование (9,6%; ДИ 95% 6,9-12,7).

Среди лабораторных исследований общий клинический анализ мочи назначался одной пятой случаев (20,1%), ПСА назначено 14,6% пациентам, микробиологические исследования мочи у 7,7% и эякулята у 3,5% пациентов, биохимический анализ крови проводился у 11,4% пациентов, секрет простаты 9,4% и общий клинический анализ крови у 8,4% пациентов. Реже всего выполнялась спермограмма (0,7%) у мужчин. Лабораторные исследования не назначались у 17,4% пациентов (рис. 49).

При анализе ЭМК выявлено, что наиболее часто назначаемыми инструментальными исследованиями являются ультразвуковое исследование предстательной железы и мочевого пузыря (39,9%), УЗИ почек и забрюшинного пространства (27,3%) и УЗИ мочевого пузыря (16,4%). В то же время, урофлоуметрия (4,5%), МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастным усилением (3,6%) и УЗИ органов мошонки (3,3%) назначались гораздо реже.

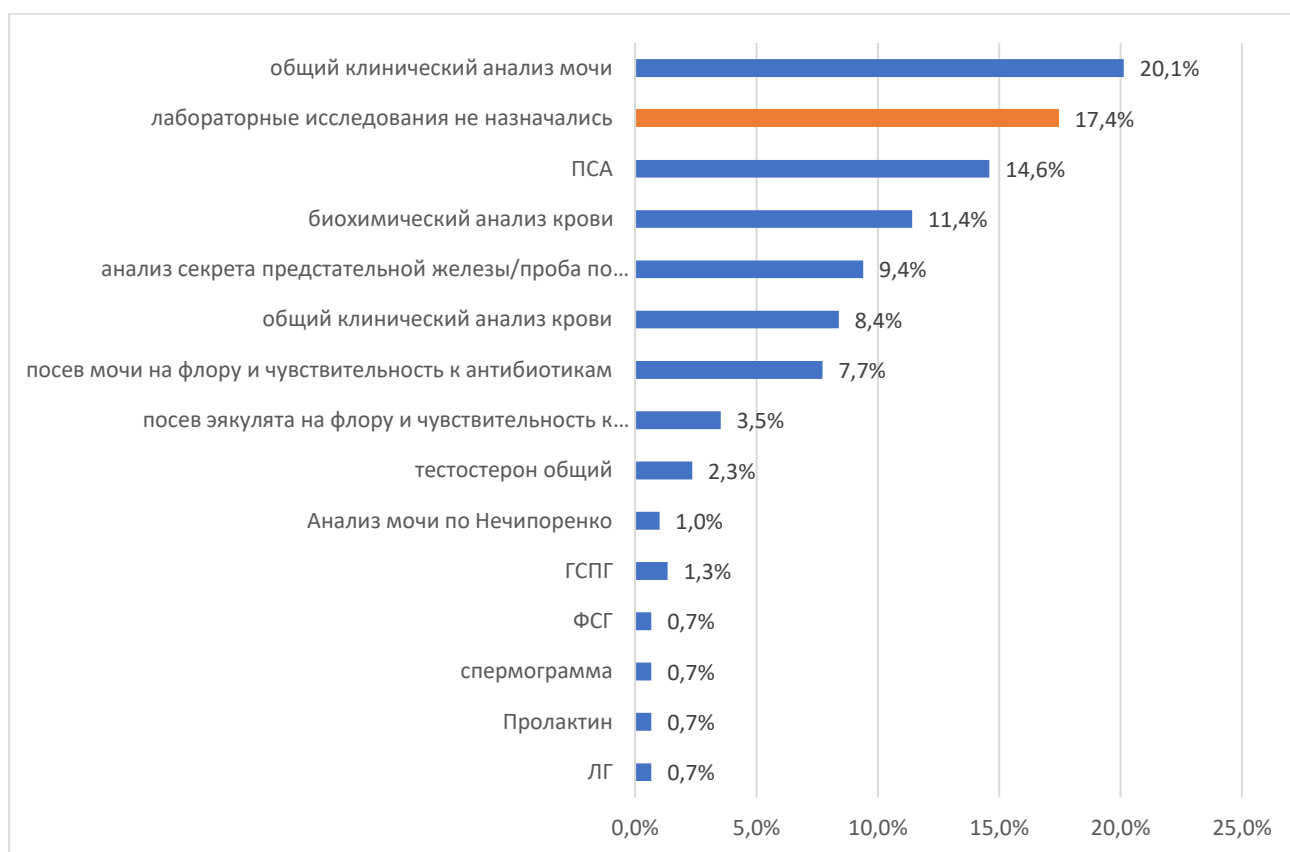


Рисунок 49. Распределение пациентов с назначенными лабораторными исследованиями врачом-урологом, %

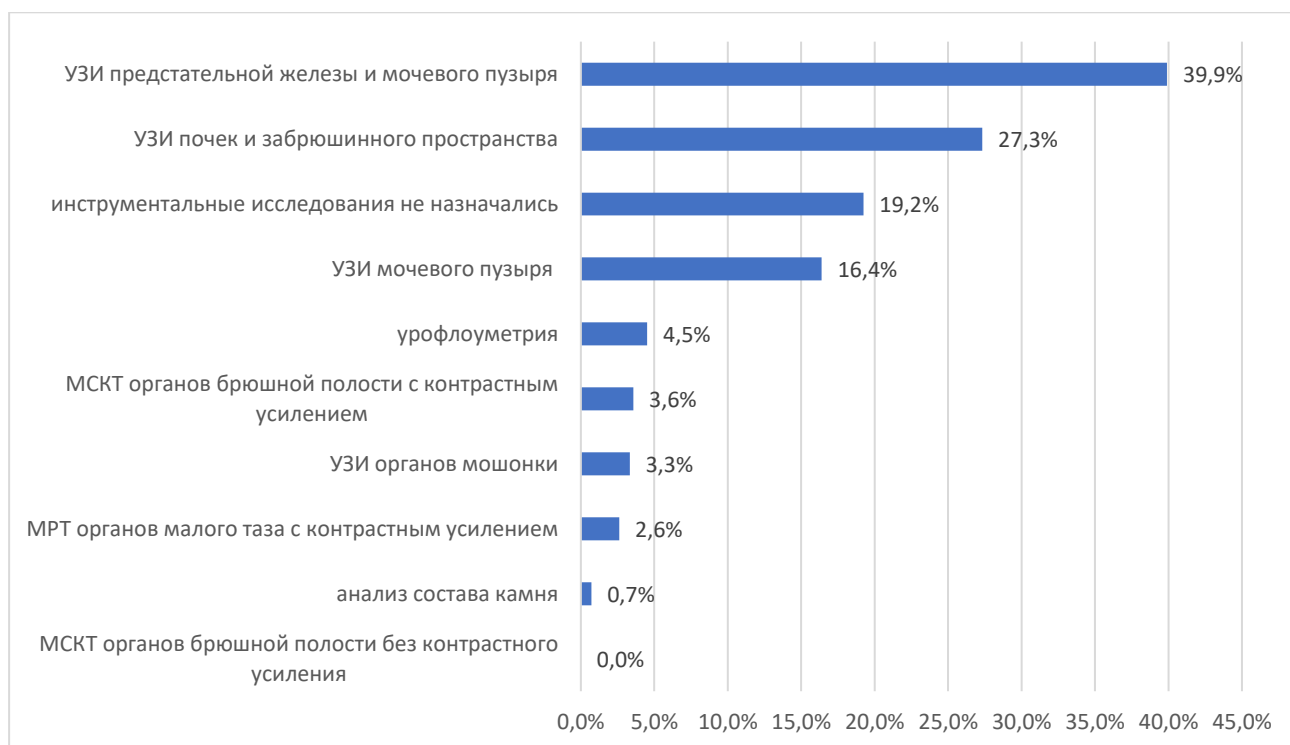


Рисунок 50. Распределение пациентов с назначенными инструментальными исследованиями врачом-урологом, %

Анализ минерального состава камня проводился только в 0,7% случаев. МСКТ и МРТ без контрастного усиления не проводилась ни у одного пациента. Опросники и дневники мочеиспусканий были заполнены лишь в небольшом количестве случаев (0,2%). Инструментальные исследования не были назначены у 19,2% пациентов (рис. 50).

Чаще всего не назначались консультации врачей других специальностей (81,7%; ДИ 95% 77,7-85,4), только пятая часть пациентов направлялась на консультации (18,3%; ДИ 95% 14,6-22,3).

Среди случаев направления на консультации чаще всего врачом-консультантом выступал врач-терапевт (37,0%), в пятой части - врач-онколог (21,0%), еще реже пациенты направлялись для консультации к врачу-урологу, оказывающему медицинскую помощь в условиях стационара (16,0%). Менее десятой части пациентов направлялись к врачу-гинекологу (7,4%) и врачу-хирургу (7,4%). Реже всего назначались консультации врача-кардиолога (3,7%), врача-невролога (3,7%) и врача-нефролога (3,7%) (рис. 51).

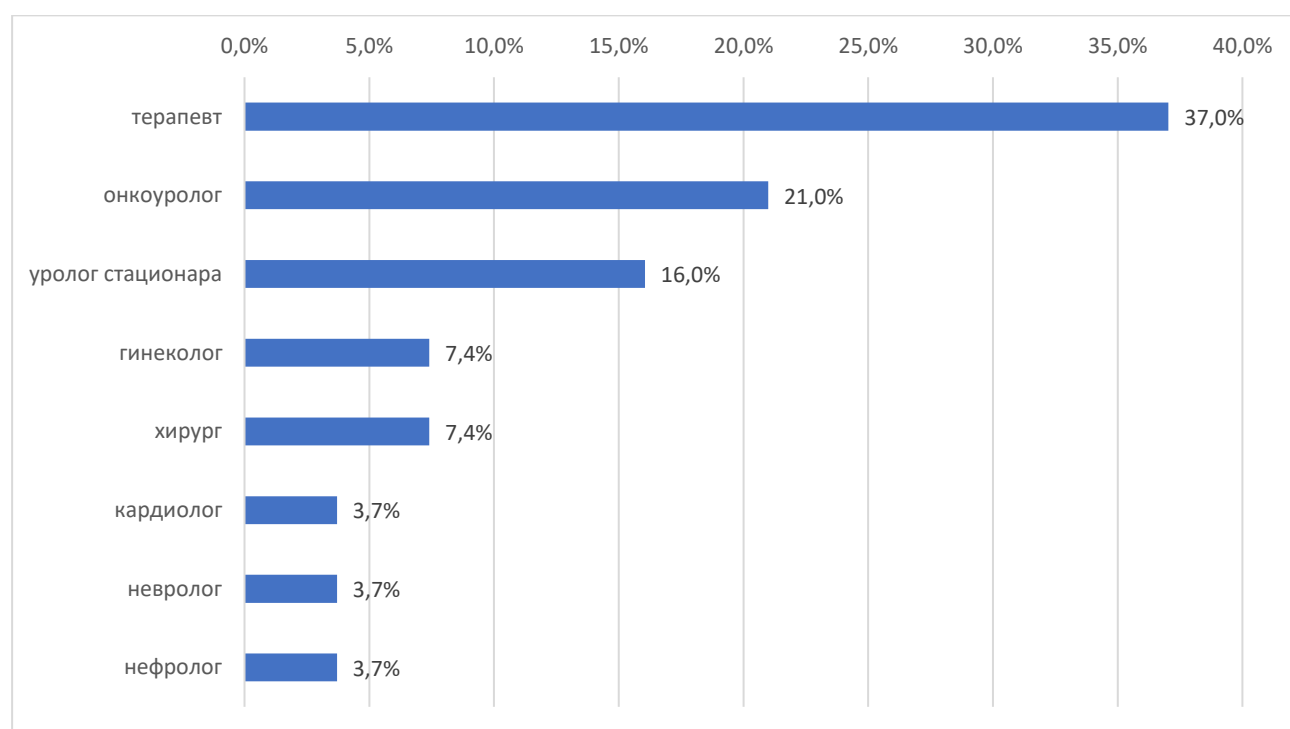


Рисунок 51. Распределение пациентов направленных врачом-урологом на консультации, %

Консультации в более половине случаев проводились во время лечения (63,9%), в четверти случаев – после лечения (25,0%), в десятой части случаев до назначения лечения (11,1%).

5.2. Анализ постановки диагноза пациентам урологического профиля

Окончательный диагноз «доброкачественная гиперплазия предстательной железы» устанавливался в 134 случаев (28,5%), хронический простатит у 57 мужчин (12,1%), причем имелось уменьшение случаев установления данного диагноза по сравнению с предварительным (на 17,3%). Окончательный диагноз «острый цистит» устанавливался у 42 пациентов (8,9%). Расхождения с предварительным диагнозом не наблюдалось.

Окончательный диагноз «мочекаменная болезнь» устанавливался у 30 пациентов (6,3% случаев), отмечалось расхождение с предварительным диагнозом (7,8%). Окончательный диагноз «кистозное образование почки» устанавливался в 5,9% случаев (28 пациентов), что превышает случаи предварительного диагноза на 5,3%. Окончательный диагноз «синдром гиперактивного мочевого пузыря» устанавливался в 5,7% случаев (у 27 пациентов), что на 6,3% меньше предварительных диагнозов. Эректильная дисфункция встречалась в 4,0% случаев (у 19 мужчин). Никтурия встречалась в 2,3% случаев (у 11 пациентов). При установлении окончательного диагноза увеличивалось число пациентов с неподтвержденной патологией с 0,06% до 3,1% (рис. 52).

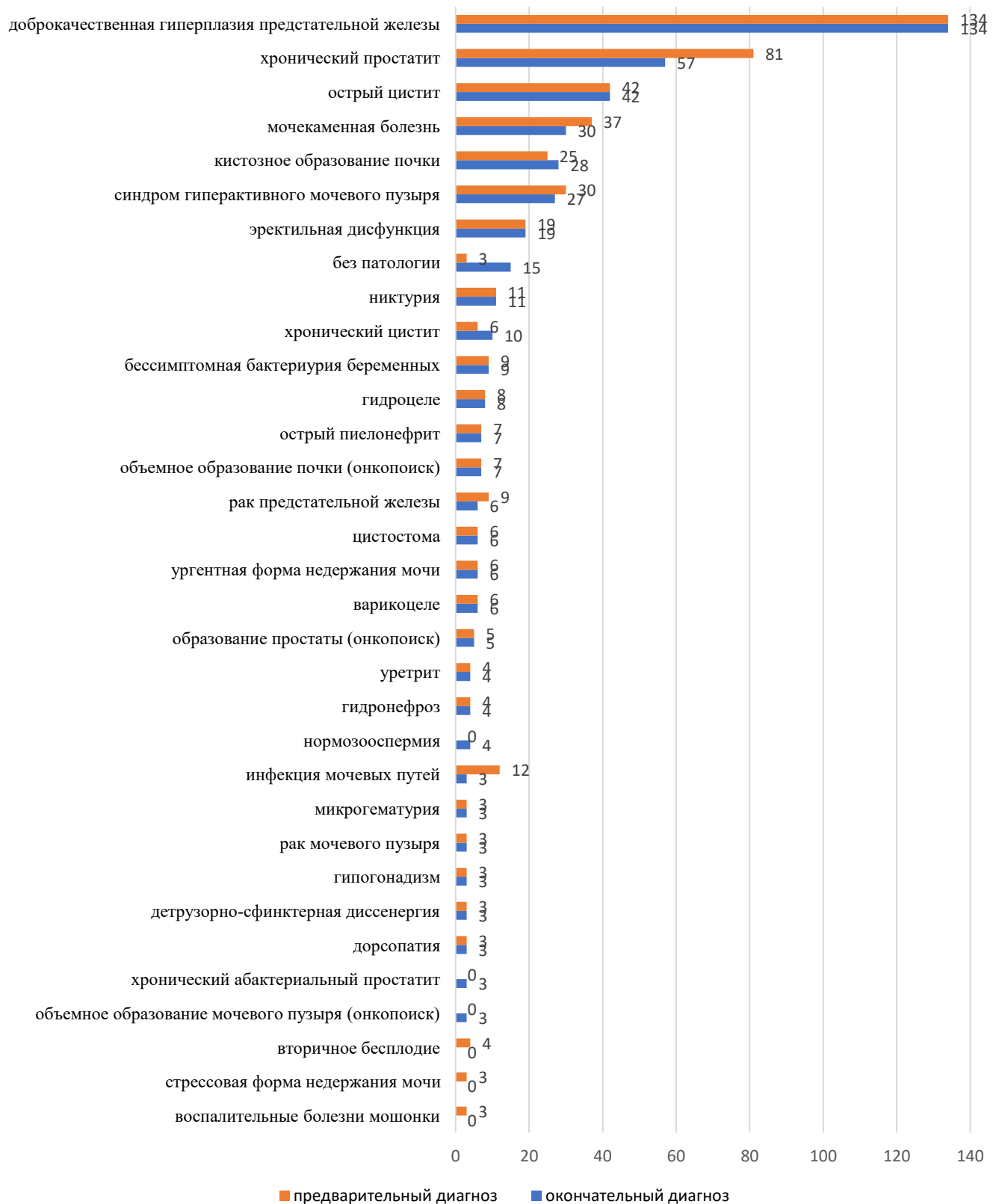


Рисунок 52. Распределение пациентов с предварительным и окончательным диагнозами, в абс. числах

Наиболее часто диагноз устанавливался на основе клинической картины (33,0%), в менее трети случаев – на основании анамнеза заболевания (28,0%), в четверти случаев – с помощью инструментальной диагностики (25,0%), а также при помощи лабораторных исследований (14,0%) (рис. 53).

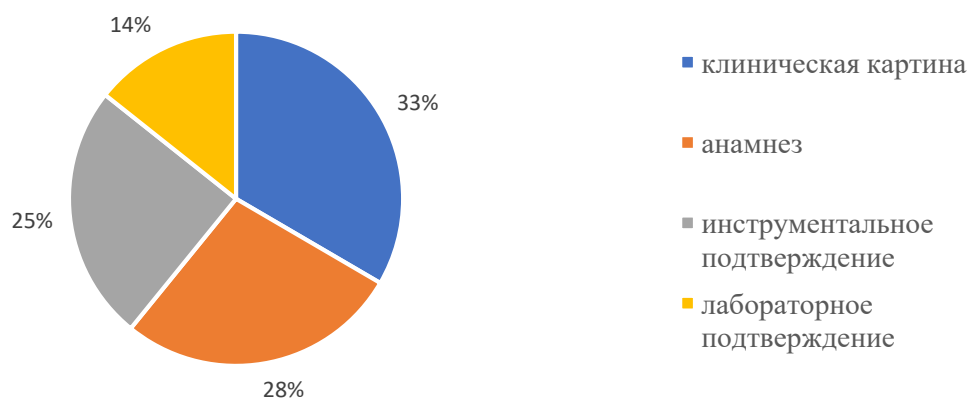


Рисунок 53. Распределение пациентов по обоснованию постановки клинического диагноза, %

Расхождение между предварительным и окончательным диагнозом встречалось в пятой части ЭМК (21,1%; ДИ 95% 17,2-25,3).

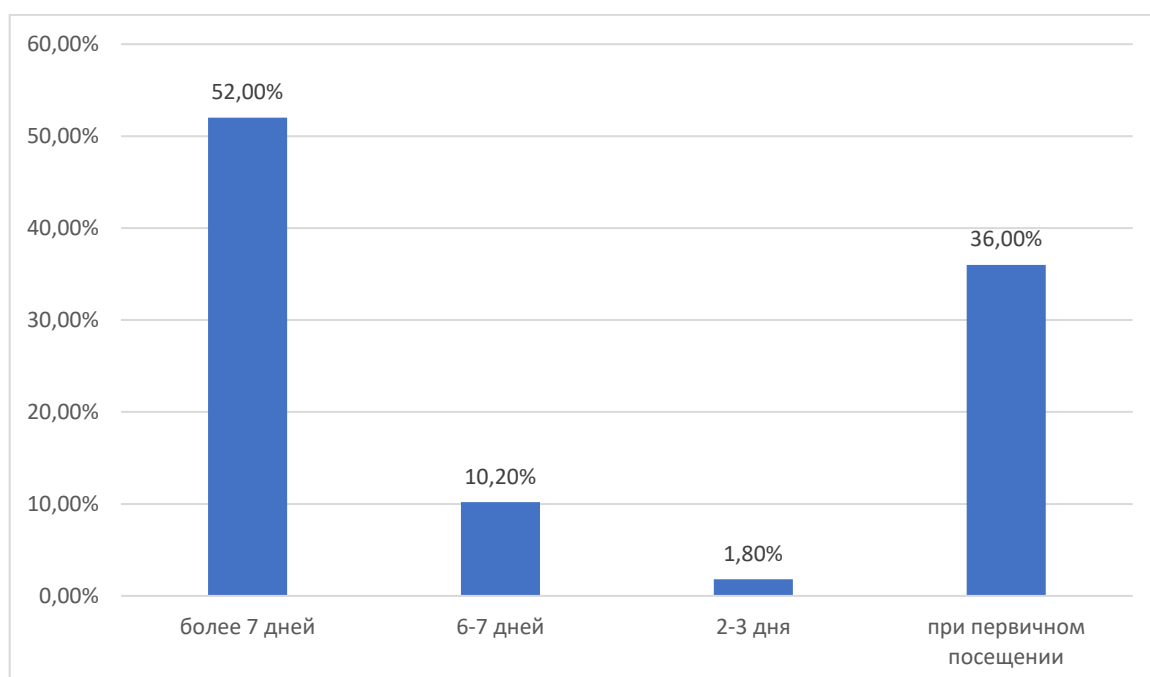


Рисунок 54. Распределение пациентов по сроку постановки клинического диагноза, %

Наиболее часто окончательный диагноз устанавливался более, чем через 7 дней (52,0%; ДИ 95% 47,1-56,9), в более трети случаев – при первичном приеме (36,0%; ДИ 95% 31,3-40,8), реже за 6-7 (10,2%; ДИ 95% 7,4-13,4) и 2-3 дня (1,8%; ДИ 95% 0,7-3,3) (рис.54).

5.3. Анализ назначения лечения и дальнейшего наблюдения врачами-урологами

В большинстве случаев врач-уролог назначал лечение (69,3%; ДИ 95% 64,7-73,8), пятой части пациентов лечение не требовалось (19,5%; ДИ 95% 15,7-23,6), примерно десятой части лечение не было назначено (11,2%; ДИ 95% 8,3-14,5).

Наиболее предпочитаемое условие дальнейшего оказания медицинской помощи пациентам – амбулаторное (94,6%; ДИ 95% 92,2-96,6), в остальных случаях – стационарное (5,3%; ДИ 95% 3,3-7,7).

С момента первичного приема до назначения лечения чаще проходило более 7 дней (52,0%; ДИ 95% 50,6-54,0), более трети пациентов получали лечебные предписания при первичном посещении (36,0%; ДИ 95% 32,4-38,1), реже спустя 6-7 (10,2%; ДИ 95% 7,1-12,9) и 2-3 дня (1,8%; ДИ 95% 0,9-1,9). (рис. 55).

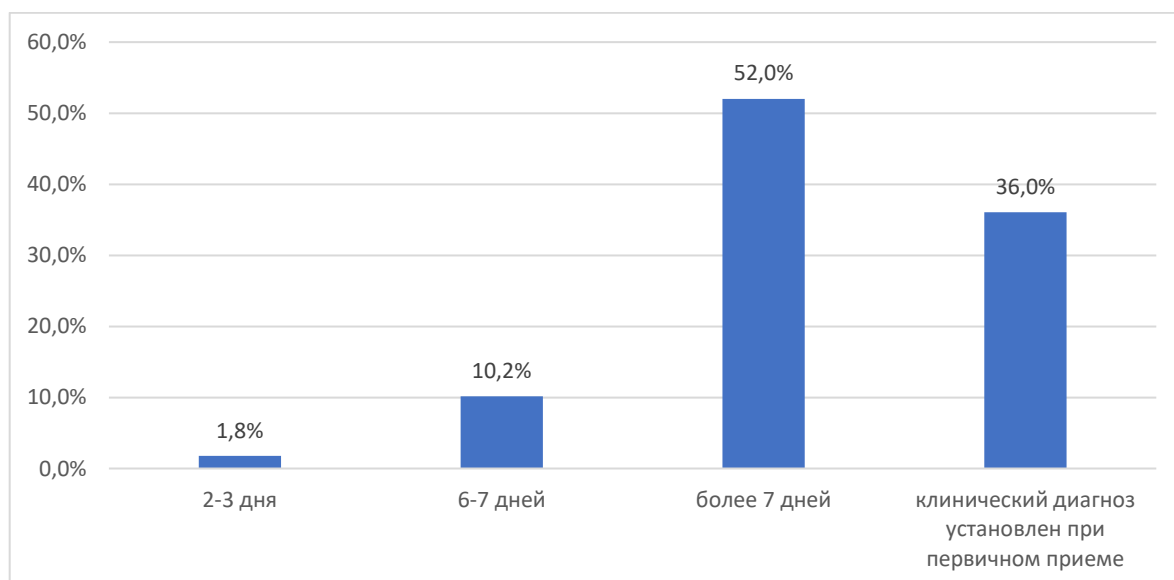


Рисунок 55. Распределение пациентов по срокам назначения лечения, %

Из основного лечения наиболее часто принимались селективные блокаторы альфа-адренорецепторов (32,7%), антибактериальные препараты (31,3%), селективные блокаторы М-холинорецепторов (10,8%), нестероидные противовоспалительные препараты (8,3%). Гораздо реже назначались ингибиторы 5-альфаредуктазы (6,4%), ингибиторы 5-фосфоидиэстеразы (3,6%), заместительная гормональная терапия тестостероном (1,7%), массаж предстательной железы в лечебных целях (1,1%) (рис. 56).

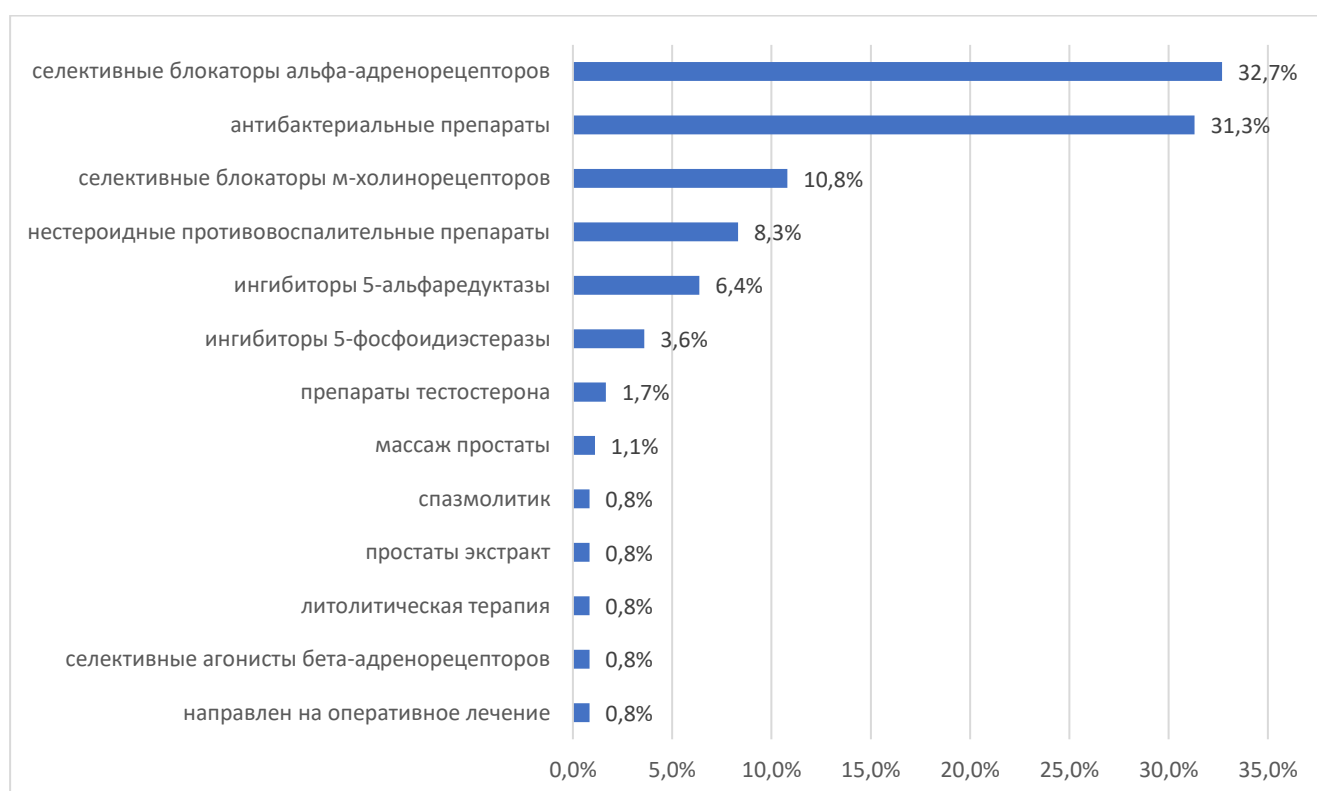


Рисунок 56. Распределение случаев назначения групп лекарственных препаратов врачом-урологом, %

Более половины амбулаторных осмотров не содержат рекомендаций по дальнейшему лечению (60,1%; ДИ 95% 55,2-64,9). Более половины пациентов подлежат диспансерному наблюдению (59,1%; ДИ 95% 54,2-63,9), однако отметка о взятии пациента на диспансерное наблюдение имеется запись только в трети ЭМК (34,3%; ДИ 95% 29,7-39,1).

При проведении анализа корректности оформления жалоб пациента, экспертами в большинстве случаев отмечена правильность регистрации жалоб в ЭМК пациента (68,5%; 95% ДИ 63,8-73,0), однако примерно в седьмой части случаев жалобы оформлены не корректно (15,2%; 95% ДИ 11,8-18,9). При остальных амбулаторных осмотрах жалобы отсутствовали (16,3%; 95%; ДИ 12,8-20,1) (рис. 57).

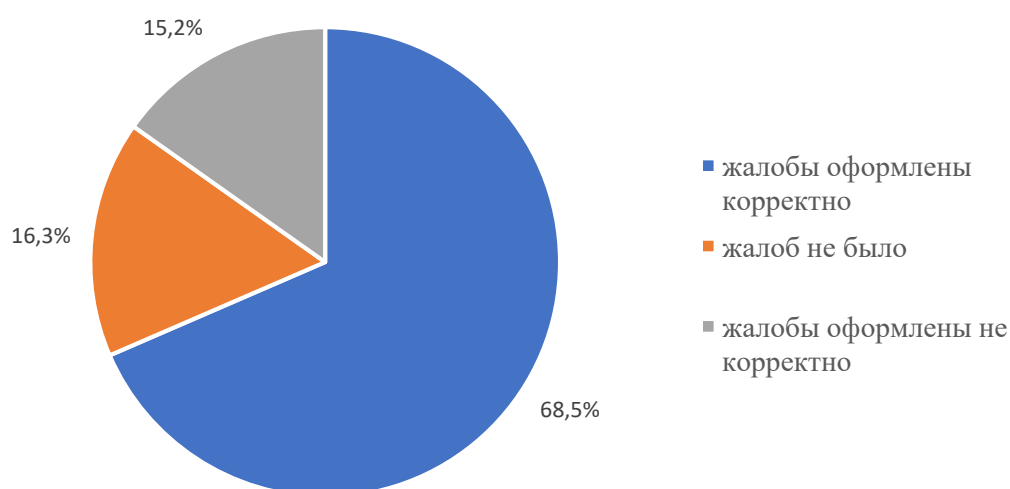


Рисунок 57. Распределение оформления жалоб пациента врачом-урологом, %

В подавляющем большинстве амбулаторных осмотров сбор анамнеза заболевания проведен не в полном объеме (78,4%; 95% ДИ 73,4-83,0). У пациентов отсутствовала запись аллергологического анамнеза (14,6%), не уточнялись вредные привычки (14,3%), не отмечалось ранее получаемое лечение до обращения к врачу-урологу (12,9%), перенесенные операции (12,3%), сопутствующие заболевания (12,2%), факторы, приведшие к началу заболевания (12,1%), перенесенные заболевания (10,4%), дата или время начала заболевания (10,3%), акушерский анамнез у женщин (3,4%).

По оценке экспертов, в большинстве осмотров объективный статус оценен не полностью (86,6%; 95% ДИ 82,8-90,0) или его оценка не проводилась (46,9%; 95% ДИ 39,8-54,1). В случаях, когда требовался локальный осмотр органов или систем,

объективный статус отсутствовал в 13,7% ЭМК, где требовался осмотр кожных покровов, в 12,7% случаях отсутствовал осмотр наружных половых органов, в 12,7% отсутствовал осмотр и пальпация живота, осмотр (11,5%) и пальпация (11,5%) области проекции мочевого пузыря, осмотр и пальпация поясничной области (11,5%), проверка симптома «поколачивания» (10,8%), пальпация почек через переднюю брюшную стенку (9,6%), осмотр предстательной железы per rectum (5,9%).

В больше половине случаев врачи-эксперты отмечали обоснованность всех назначений лабораторных исследований (56,0%; 95% ДИ 49,0-62,1), в пятой части случаев отмечали необоснованное отсутствие назначений лабораторных исследований (21,0%; 95% ДИ 13,0-30,4%), в шестой части амбулаторных осмотров исследования не назначались обоснованно (17,0%; 95% ДИ 9,0-26,9). В незначительной части случаев амбулаторных осмотров врачами-экспертами отмечена обоснованность более половины назначений лабораторных исследований (4,0%; 95% ДИ 0,0-18,7), у наименьшей части пациентов отмечена необоснованность назначений (1,0%; 95% ДИ 20,2-38,2) (рис. 58).



Рисунок 58. Распределение лабораторных исследований, назначенных пациентам врачом-урологом, по корректности назначения, %

Примерно в трети случаев экспертами отмечено, что инструментальные исследования назначались в полном объеме (29%; 95% ДИ 21,1-37,6), чуть менее трети случаев не было ни одного необходимого исследования (28%; 95% ДИ 20,0-36,7), в менее четверти случаях назначалось меньше половины требуемых исследований (23%; 95% ДИ 14,9-32,2), в более десятой части назначалась половина исследований (11%; 95% ДИ 3,9-21,2), в менее десятой части – более половины исследований (9%; 95% ДИ 2,0-20,2) (рис. 59).

При анализе медицинской документации, врачи-эксперты пришли к выводу, что в двух трети случаях пациенты были обследованы не в полном объеме (67,3%; 95% ДИ 62,6-71,8), только треть была обследована в достаточном объеме (32,7%; ДИ 28,2-37,4).

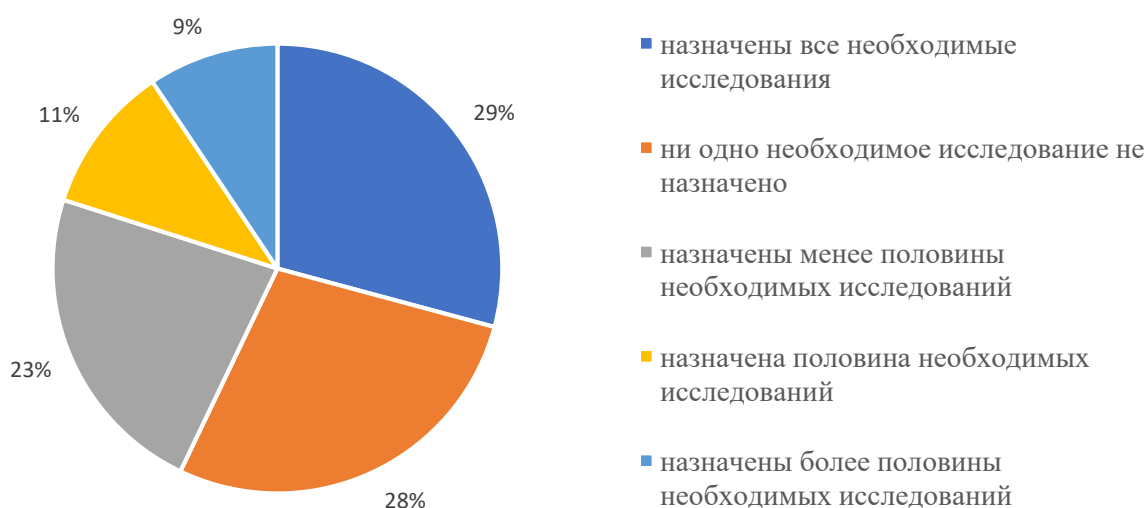


Рисунок 59. Распределение назначенных инструментальных исследований пациентам врачом-урологом по корректности назначения, %

Врачами экспертами проводилась субъективная оценка причин недостаточного обследования пациента. В трети случаев, по мнению врачей-экспертов, причиной недостаточного обследования пациентов врачом-урологом поликлиники было отсутствие желание проводить объективный осмотр (37,7%), реже отмечалась низкая доступность лабораторных или инструментальных исследований (16,1%), малые временные возможности в связи с перегрузкой врача

(15,8%), недостаточная квалификация врача в конкретном клиническом случае (12,5%). В менее десятой части случаев имело место невнимательность врача (9,2%), излишняя торопливость (8,7%) (рис. 60).



Рисунок 60. Распределение причин недостаточного обследования пациента врачом-урологом по мнению врачей-экспертов, %

В пятой части случаев врачи-эксперты не согласны с установленным диагнозом (21,3%; 95% ДИ 17,4-25,5), а поздняя постановка диагноза имела в шестой части случаев (16,2%; 95 ДИ 13,0-20,3).

Примерно в десятой части случаев врачи-эксперты не могли согласиться с выбранными условиями лечения пациента (11,4%; 95% ДИ 8,5-14,7), при этом выбор в сторону лечения в стационарных условиях (85%), в остальных случаях пациенту подлежало продолжение лечения в амбулаторных условиях (15%).

В более четверти случаях врач-уролог, по мнению экспертов, мог назначить лечение при первичном посещении (26,6%; 95% ДИ 22,4-31,1).

В более половины случаях, по мнению врачей-экспертов, лечение назначалось в соответствии с современными клиническими рекомендациями (57,5%; 95% ДИ 52,6-62,3), примерно в пятой части – соответствовало частично

(22,9%; 95% ДИ 18,9-27,2), в пятой части – не отвечало современным стандартам лечения (19,6%; 95% ДИ 15,8-23,7).

Среди рекомендаций по лечению, дальнейшему наблюдению или по поведению, в более половины случаев врачи-эксперты выразили согласие с предложенным врачом-урологом планом (63,3%), в более трети случаев - не соответствовали современным стандартам оказания медицинской помощи (37,9%).

По мнению экспертов, диспансерное наблюдение требовалось в двух трети случаев (63,7%; 95% ДИ 58,9-68,4).

Резюме

Среди причин обращения к врачу-урологу чаще отмечены жалобы пациента (77,5%; ДИ 95% 73,0-81,7), связанные с нарушением мочеиспускания. При этом у половины из них с момента появления первых жалоб до момента обращения проходило более 1 месяца (51,8%; ДИ 95% 46,9-56,7). Врачи-эксперты в большинстве случаев отметили правильность регистрации жалоб в ЭМК пациента (68,5%; 95% ДИ 63,8-73,0). В 29,1% случаев отсутствовала запись по анамнезу заболевания, либо указывались лишь перенесенные заболевания (34,6%) или анамнез заболевания не в полном объеме (78,4%; 95% ДИ 73,4-83,0). В более чем в половине случаев врачом-урологом игнорировался первичный осмотр пациента (58,6%; ДИ 95% 53,7-63,4). Из физикального осмотра чаще всего исследовались только почки (в 36,4%). Не у всех мужчин проводилось пальцевое ректальное исследование (70,6%), в большинстве осмотров объективный статус оценен не в полном объеме (86,6%; 95% ДИ 82,8-90,0).

Большинство пациентов не посещали врача-терапевта перед консультацией врача-уролога (39,0%; ДИ 95% 34,2-43,9), а в случае посещения половине из них врач-терапевт или врач общей практики не назначали предварительного обследования для посещения врача-уролога (46,7%; ДИ 95% 41,8-51,6).

Среди лабораторных исследований наиболее часто назначались общий клинический анализ мочи (41,3%), среди инструментальных исследований – УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря (39,9%). В более половины случаев

врачи-эксперты отметили обоснованность всех назначений лабораторных исследований (55,6%; 95% ДИ 49,0-62,1), в одной трети случаев назначались в полном объеме (29,0%; 95% ДИ 21,1-37,6).

Чаще всего консультации врачей других специальностей не назначались (81,7%; ДИ 95% 77,7-85,4). Среди случаев направления на консультации чаще всего пациент направлялся к врачу-терапевту (37,0%).

Врачи-эксперты пришли к выводу, что в двух третях случаев пациенты были обследованы не в полном объеме (67,3%; 95% ДИ 62,6-71,8) в связи нежеланием проводить объективный осмотр (37,5%), низкой доступностью лабораторных или инструментальных исследований (16,0%), малыми временными возможностями в связи с перегрузкой врача (15,7%).

Из окончательного диагноза у пациентов чаще отмечалась доброкачественная гиперплазия предстательной железы (28,5%), которая у более половины осмотренных устанавливалась более, чем через 7 дней (52,0%; ДИ 95% 47,1-56,9). Расхождение между предварительным и окончательным диагнозом встречалось в пятой части ЭМК (21,1%; ДИ 95% 17,2-25,3). В пятой части случаев врачи-эксперты выразили несогласие с установленным диагнозом (21,3%; 95% ДИ 17,4-25,5), а поздняя диагностика отмечена у шестой части пациентов (16,2%; 95 ДИ 13,0-20,3).

С момента первичного приема до назначения лечения чаще всего проходило более 7 дней (34,2%; ДИ 95% 29,6-39,0). Среди основного лечения наиболее часто принимались селективные блокаторы альфа-адренорецепторов (32,0%). По мнению врачей-экспертов, в более половине случаев лечение соответствовало современным клиническим рекомендациям (57,5%; 95% ДИ 52,6-62,3).

Более половины ЭМК не содержали рекомендаций по дальнейшему лечению (60,1%; ДИ 95% 55,2-64,9). Более половины пациентов подлежат диспансерному наблюдению (59,1%; ДИ 95% 54,2-63,9), однако отметка о взятии пациента на диспансерное наблюдение имела только в трети ЭМК (34,3%; ДИ 95% 29,7-39,1).

Глава 6

РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ», ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

6.1. Факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля в амбулаторных условиях

Путем сопоставления экспертной оценки ЭМК пациентов и результатов анкетирования пациентов, получивших медицинскую помощь по профилю «урология», были определены факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи при урологических заболеваниях в амбулаторных условиях.

Выявлена статистически значимая связь между полнотой сбора анамнеза врачом-урологом и мнением пациентов о достаточности времени, которое врач им уделил ($\chi^2_{(1)} = 3,916$, $p=0,05$), а также между полнотой объективного осмотра и мнением пациентов о достаточности времени, которое врач уделил осмотру ($\chi^2_{(2)} = 6,920$, $p=0,05$). Кроме того, существует связь между полнотой объективного осмотра и присутствием на приёме медицинской сестры ($\chi^2_{(2)} = 6,590$, $p=0,05$).

Не обнаружено статистически значимой связи между удовлетворенностью пациентов оказанной медицинской помощью врачом-урологом и причиной обращения ($\chi^2_{(1)} = 3,018$, $p=0,05$), частотой посещения врача-уролога ($\chi^2_{(4)} = 8,400$, $p=0,05$).

Существует сильная связь между правильностью постановки клинического диагноза и полнотой сбора анамнеза ($\chi^2_{(1)} = 13,142$, $p=0,05$), полнотой объективного осмотра ($\chi^2_{(1)} = 8,283$, $p=0,05$), а также полнотой назначения лабораторных исследований ($\chi^2_{(4)} = 20,892$, $p=0,05$), инструментальных исследований ($\chi^2_{(3)} = 23,694$, $p=0,05$) и консультаций врачей-специалистов ($\chi^2_{(4)} = 15,568$, $p=0,05$).

Своевременность назначения лечения напрямую связана со своевременностью постановки диагноза ($\chi^2_{(1)} = 13,615$, $p=0,05$), а удовлетворенность пациентов лечением прямо коррелирует с соответствием лечения современным клиническим рекомендациям, согласно экспертному мнению ($\chi^2_{(6)} = 13,844$, $p=0,05$).

В соответствии с результатами анкетирования и экспертной оценки были выделены основные факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях:

1. личностные качества врача-уролога (внимательность, эмпатичность и т.д.);
2. уровень компетентности врача-уролога;
3. время амбулаторного приёма;
4. присутствие медицинской сестры на амбулаторном приёме;
5. доступность лабораторных исследований;
6. доступность инструментальных исследований;
7. наличие и доступность других врачей-специалистов;
8. комплаентность пациентов.

Вышеперечисленные факторы влияли не только на качество медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях, но и на удовлетворенность пациентов урологического профиля.

6.2. Модель экспертной оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях

Процесс амбулаторного приема врача-уролога состоит из нескольких последовательных этапов: диагностический поиск, постановка диагноза, назначение лечения, рекомендации и определение дальнейшего наблюдения. От качественного выполнения каждого из этих этапов зависит качество оказания медицинской помощи по профилю «урология» в целом, а также удовлетворенность пациентов урологического профиля оказанной медицинской помощью в амбулаторных условиях.

На основе системного исследования первичной медико-санитарной помощи пациентам урологического профиля в амбулаторных условиях для унификации оценки качества оказания медицинской помощи разработана «Модель экспертной оценки качества медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях» (табл. 3).

Экспертиза проводилась по ЭМК амбулаторного пациента, при этом в первом блоке «Диагностический поиск» учитывалась полнота сбора анамнеза, полнота объективного осмотра, обоснованность и полнота назначения лабораторных, инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов; в блоке «Постановка диагноза» - правильность и своевременность постановки клинического диагноза; в блоке «Лечение и дальнейшее наблюдение» - правильность выбора условий дальнейшего оказания медицинской помощи, своевременность назначения лечения и его соответствие клиническим рекомендациям, правильность и полнота данных рекомендаций, а также правильность определения нуждаемости пациента в диспансерном наблюдении.

Таблица 3 – Карта экспертной оценки

№	Показатель	Градация оценки	Оценка		
			1	2	СО
I. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК					
1	Полнота сбора анамнеза	0 – неполный 3 – полный			
2	Полнота объективного осмотра	0 – неполный 2 – полный			
3	Обоснованность и полнота назначения лабораторных исследований	0 – неполное и необоснованное назначение 1 – неполное или необоснованное назначение 2 – полное и обоснованное назначение			
4	Обоснованность и полнота назначения инструментальных исследований	0 – неполное и необоснованное назначение 1 – неполное или необоснованное назначение 2 – полное и обоснованное назначение			
5	Обоснованность и полнота назначения консультаций врачей-специалистов	0 – неполное и необоснованное назначение 0,5 – неполное или необоснованное назначение			

		1 – полное и обоснованное назначение			
II. ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА					
1	Правильность постановки клинического диагноза	0 – неправильный диагноз 7 – правильный диагноз			
2	Своевременность постановки клинического диагноза	0 – несвоевременно поставленный диагноз 3 – своевременно поставленный диагноз			
III. ЛЕЧЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ					
1	Правильность выбора условий дальнейшего оказания медицинской помощи	0 – неправильно 2 – правильно			
2	Своевременность назначения лечения	0 – несвоевременно 2 – своевременно			
3	Соответствие лечения клиническим рекомендациям	0 – полностью не соответствует 1 – частично соответствует 2 – полностью соответствует			
4	Правильность и полнота данных рекомендаций	0 – неправильные 1 – неполные 2 – правильные и полные			
5	Правильность определения нуждаемости пациента в диспансерном наблюдении	0 – неправильно 2 – правильно			
Интегральная оценка (ИО)					

Показатели каждого блока были ранжированы врачами-экспертами, и определен вес каждого показателя. Сумма баллов каждого блока равна 10, при этом максимальный балл каждого показателя указан в соответствии с его весом. Так, в блоке «Диагностический поиск» максимальный вес занимает полнота сбора анамнеза (3 балла), минимальный - обоснованность и полнота назначенных консультаций врачей-специалистов (1 балл), остальные показатели имеют равный вес (по 2 балла).

Критериями включения для врачей-экспертов были:

- наличие ученой степени;

- должность заведующего урологическим отделением;
- стаж работы свыше 10 лет.

Экспертная оценка качества оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях проводилась в несколько этапов:

1. Каждый из показателей был оценен двумя врачами-экспертами в соответствии с представленной градацией оценки.
2. Рассчитана средняя арифметическая оценка (СО) каждого из показателей на основе оценок врачами-экспертов.
3. Рассчитана интегральная оценка как сумма средних оценок каждого показателя.
4. Рассчитано среднее арифметическое интегральных оценок
5. Проведено сопоставление интегральной оценки со шкалой оценки качества медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях, где:
 - 0-7 баллов – низкое качество;
 - 8-14 баллов – ниже среднего;
 - 15-21 балл – среднее;
 - 22-28 баллов – выше среднего;
 - 29-30 баллов – высокое.

Результаты проведённой оценки в дальнейшем могут использоваться для принятия организационных решений в зависимости от причин полученной оценки. Взаимосвязь между вышеуказанными показателями и факторами, влияющими на качество оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях, представлены на рисунке 61.

Так, например, при получении высоких баллов оценки качества оказания медицинской помощи возможно дополнительное стимулирование врачей-урологов при распределении заработной платы, а при получении низких баллов – обучение врачей-урологов по программам дополнительного профессионального образования с целью повышения квалификации.



Рисунок 61. Мероприятия, факторы и показатели, влияющие на качество оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля в амбулаторных условиях

На основании полученных результатов анализа нами были сформированы мероприятия по улучшению качества медицинской помощи пациентам по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях (рис. 61):

1. повышение компетентности врачей-урологов путём прохождения программ дополнительного профессионального образования (программ повышения квалификации);
2. соблюдение научных и нормативных подходов (порядок, клинические рекомендации) к оказанию медицинской помощи по профилю «урология»;
3. соблюдение преемственности в оказании медицинской помощи пациентам урологического профиля;
4. профилактика профессионального выгорания;
5. увеличение времени амбулаторного приёма;
6. участие медицинской сестры в осмотре и заполнении медицинской документации на амбулаторном приёме врача-уролога;
7. повышение доступности лабораторных исследований;
8. повышение доступности инструментальных исследований;
9. повышение доступности врачей-специалистов;
10. повышение приверженности пациентов назначенным рекомендациям и лечению.

6.3. Практическое применение модели экспертной оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях

В рамках внедрения разработанной нами модели экспертной оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, проводилось предварительное тестирование в поликлинике ФКУЗ «МСЧ МВД России по Московской области» с целью оценки готовности к внедрению, доработки при необходимости, удобства применения. В роли врачей-экспертов выступал заведующий хирургическим отделением и начальник медицинской части, подходящий по всем критериям, определенным в

нашем исследовании. Оценке качества оказываемой медицинской помощи подверглись три врача-уролога с разными квалификационными категориями и стажем работы. Два врача имели высшую квалификационную категорию и стаж работы свыше десяти лет, один врач-уролог имел первую квалификационную категорию и стаж работы менее десяти лет. За период исследования был взят календарный месяц. ЭМК пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях, выбирались методом случайного отбора. За время исследования оценке было подвергнуто 300 ЭМК пациентов (26,7%), получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (по 100 ЭМК каждого врача-уролога), при общем количестве обращений за календарный месяц – 1643 случая.

По каждому обращению на первом этапе двумя врачами-экспертами проводилась оценка в соответствии с представленной шкалой (рис. 62, 63). Оба врача-эксперта отметили в большинстве ЭМК неполный сбор анамнеза – 62,0% (95% ДИ 56,4-67,4) и 56,0% (95% ДИ 50,4-61,6); неполный объективный осмотр – 73,0% (95% ДИ 67,8-77,9) и 67,3% (95% ДИ 61,9-72,5). Наименьшее количество ЭМК получили от обоих врачей-экспертов оценку неполного и необоснованного назначения: лабораторных исследований – 32,0% (95% ДИ 26,8-37,4) и 40,7% (95% ДИ 50,4-61,6); инструментальных исследований – 29,7% (95% ДИ 24,7-35,0) и 29,3% (95% ДИ 24,3-34,6).

В блоке «Постановка диагноза» в большинстве ЭМК оба врача-эксперта отметили правильную постановку диагноза – 75,3% (95% ДИ 70,3-80,0) и 71,7% (95% ДИ 66,5-76,6); а также своевременную постановку клинического диагноза – 69,7% (95% ДИ 64,4-74,8) и 67,3% (95% ДИ 61,9-72,5).

В блоке «Лечение и дальнейшее наблюдение» в большинстве ЭМК оба врача-эксперта отметили правильность выбора условий дальнейшего оказания медицинской помощи – 76,7% (95% ДИ 71,6-81,3) и 72,7% (95% ДИ 67,5-77,6); своевременную постановку клинического диагноза – 64,3% (95% ДИ 58,8-69,6) и 63,3% (95% ДИ 57,8-68,7); а также правильность определения нуждаемости пациента в диспансерном наблюдении – 70,3% (95% ДИ 65,0-75,3) и 75,0% (95% ДИ 70,0-79,7).

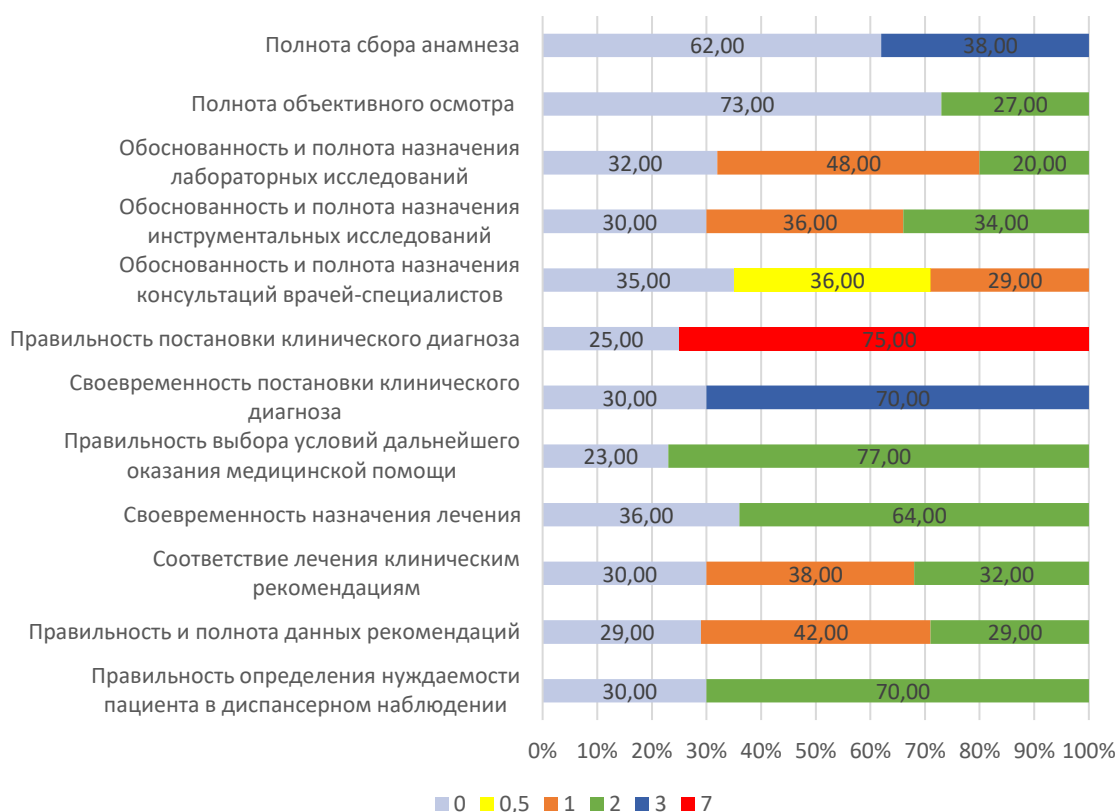


Рисунок 62. Распределение ответов первого врача-эксперта, %

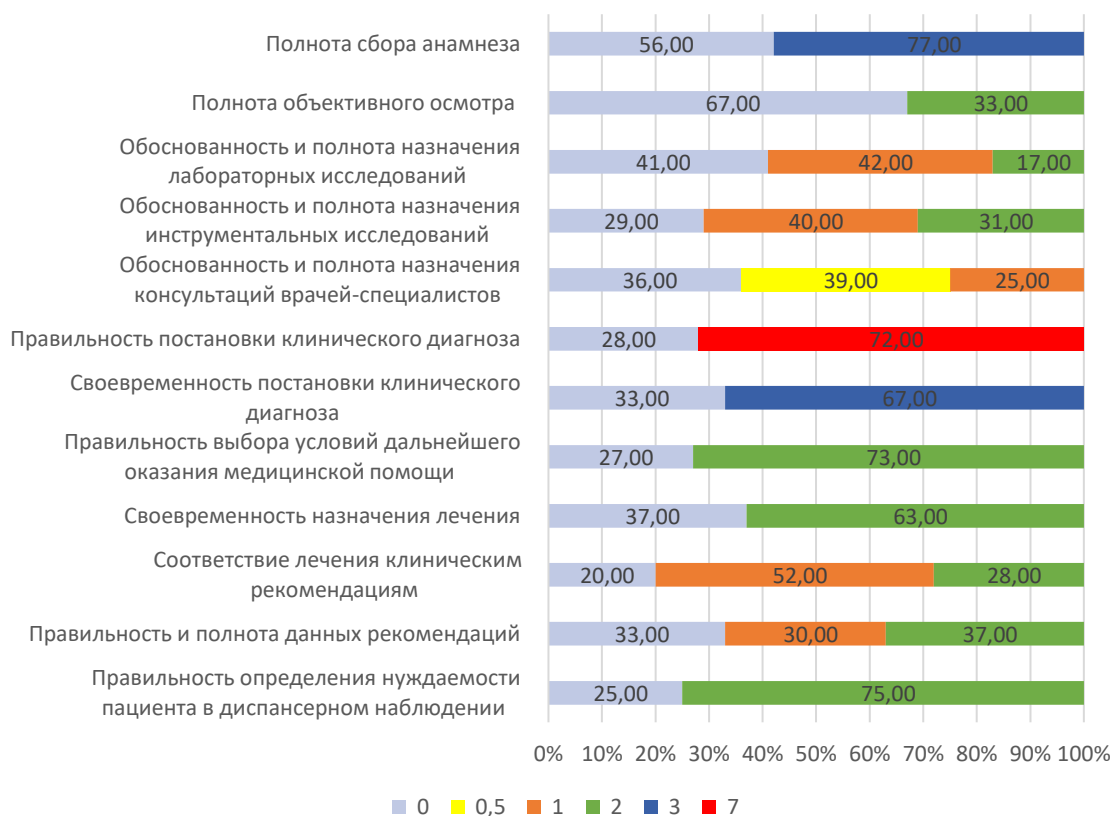


Рисунок 63. Распределение ответов второго врача-эксперта, %

На втором этапе оценки экспертов были усреднены по каждому из критериев. Далее были высчитаны средние арифметические данных усреднённых оценок по каждому критерию, а затем просуммированы. Средняя суммарная оценка обоих врача-экспертов за критерии блока «Диагностический поиск» - 4,1 из 10; за критерии блока «Постановка диагноза» - 7,2 из 10; за критерии блока «Лечение и дальнейшее наблюдение» - 6,3 из 10.

По результатам оценки качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях в условиях поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по Московской области», интегральная оценка оказалась равна 17,7, что соответствует среднему качеству медицинской помощи.

На основании анализа полученных результатов оценки качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, заведующим хирургического отделения был принят ряд организационных решений, направленных на улучшение показателей качества медицинской помощи:

1. Проведена беседа с врачами-урологами хирургического отделения, обозначены проблемы, выявленные в ходе контроля качества медицинской помощи.
2. Выявлены проблемы в доступности лабораторных и инструментальных исследований, предложены варианты решений.
3. Проведена лекция, посвящённая особенностям диагностики и лечения пациентов по профилю «урология» в соответствии с современными клиническими рекомендациями.
4. Доведены до сведений врачей-урологов нормативно правовые документы, регламентирующие взятие пациентов на диспансерное наблюдение.
5. От организации врачам-урологам предоставлена программа повышения квалификации по профилю «урология».
6. При сохранении показателей качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, на прежнем уровне запланировано сокращение выплат стимулирующего характера.

После проведения мероприятий, направленных на улучшение качества медицинской помощи, была выполнена повторная оценка по использованной ранее

методике. Выборка составила 150 ЭМК, получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях. В блоке «Диагностический поиск» средний балл увеличился с 4,1 до 5,9, в блоке «Постановка диагноза» - с 7,2 до 8,6, в блоке «Лечение и дальнейшее наблюдение» средний балл увеличился с 6,3 до 7,7. Интегральная оценка составила 22,2 балла, что соответствует оценке качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, «выше среднего». Таким образом, разработанная модель показала свою эффективность в повышении качества и доступности медицинской помощи по профилю «урология».

Резюме

Путем сопоставления экспертной оценки ЭМК пациентов и результатов анкетирования пациентов, получивших медицинскую помощь по профилю «урология», были определены факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи при урологических заболеваниях в амбулаторных условиях.

Существует сильная связь между правильностью постановки клинического диагноза и полнотой сбора анамнеза ($\chi^2_{(1)}=13,142$, $p=0,05$), полнотой объективного осмотра ($\chi^2_{(1)}=8,283$, $p=0,05$), а также полнотой назначения лабораторных исследований ($\chi^2_{(4)}=20,892$, $p=0,05$), инструментальных исследований ($\chi^2_{(3)}=23,694$, $p=0,05$) и консультаций врачей-специалистов ($\chi^2_{(4)}=15,568$, $p=0,05$).

Процесс амбулаторного приема врача-уролога состоит из нескольких последовательных этапов: диагностический поиск, постановка диагноза, назначение лечения, рекомендации и определение дальнейшего наблюдения. От качественного выполнения каждого из этих этапов зависит качество оказания медицинской помощи по профилю «урология» в целом, а также удовлетворенность пациентов урологического профиля оказанной медицинской помощью в амбулаторных условиях.

На основании полученных результатов анализа нами были сформированы мероприятия по улучшению качества медицинской помощи пациентам по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Урология как специальность в России прошла долгий и гармоничный путь развития, получив мощнейший толчок во время существования Советского Союза в XX веке. Она получила профилактическую направленность, доступность и плановость, продолжая совершенствоваться после 2000-х годов.

По сравнению со странами Европы, США, сроки обучения врача-уролога в России отличаются в меньшую сторону, а также программа обучения не позволяют получить полную подготовку специалиста, готового оказать качественную медицинскую помощь по профилю «урология» после окончания ординатуры. Однако, при более длительных сроках обучения в западных странах, тем не менее не все специалисты оценивают свои знания как достаточные после окончания резидентуры, что демонстрирует общие с Россией проблемы обучения врачей-урологов.

ВОЗ отмечает, что по статистическим данным, соотношение «врач-средний медицинский персонал» не достигает рекомендованных значений во многих странах мира, в том числе в Российской Федерации. Таким образом, существующий кадровый дефицит среднего медицинского персонала сокращается мощности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи, в том числе по профилю «урология» как в стационарах, так и в амбулаторном звене.

В Российской Федерации существует дефицит врачей-урологов, чуть более трети регионов отмечают недостаток обеспеченности врачами данной специальности. Схожая ситуация встречается за рубежом, например, в США с 2014 года растет количество врачей-урологов, однако это не позволяет перекрыть растущие потребности в обеспеченности.

Помимо кадровых проблем в здравоохранении Российской Федерации, существуют функциональные недостатки, связанные с устаревшими нормами кадрового расписания, нагрузки, нормированием труда врача-уролога. Ряд авторов заявлял о низком уровне компьютеризации медицинских организаций, дублировании медицинской документации на бумажные носители при наличии

электронного документооборота, малом времени, отведенном для приема одного пациента.

Ряд авторов заявляет о существующих проблемах в доступности и качестве медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, связанной с недостаточным оснащением современным медицинским оборудованием, низким уровнем подготовки кадров и контроля их деятельности.

Проблема качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, существует в ряде зарубежных стран. Доля пациентов, ожидающих консультацию свыше двух месяцев, в среднем составляют 30%. Такая ситуация может быть объяснена существующими приоритетами, смещающих медицинскую помощь в сторону качества, а не доступности.

За период с 2015 по 2023 гг. в Российской Федерации отмечался рост обеспеченности врачами-урологами в расчете на 10 тысяч населения вместе с сокращением числа физических лиц, что обусловлено медико-демографическим изменениями, а именно сокращением численности населения. Во всех ФО наблюдался рост обеспеченности врачами-урологами. В разрезе субъектов в большинстве из них наблюдался рост обеспеченности врачами-урологами, в 9 из них имелась отрицательная динамика, в 3 субъектах изменений за исследуемый период не произошло. За исследуемый период отмечался рост количества физических лиц, а также сокращение количества штатных и занятых штатных должностей среди всех врачей-урологов Российской Федерации. Рост обеспеченности врачами-урологами в расчете на 10 тысяч населения при снижении числа штатных и занятых должностей, что обусловлено медико-демографическим изменениями, а именно сокращением численности населения.

Об уменьшении нагрузки на врачей-урологов как поликлиник, так и стационаров свидетельствовало снижение коэффициента совместительства за исследуемый период. С целью повышения качества медицинской помощи, укомплектованность медицинских организаций врачебными кадрами должна стремиться к 100%, однако общероссийский уровень укомплектованности врачами-урологами на 2023 год составлял всего 70,5%, что свидетельствует о дефиците

специалистов в государственном секторе. За исследуемый период регистрировалось сокращение числа урологических кабинетов, а также урологических отделений и подразделений. Хирургическая деятельность амбулаторных врачей-урологов в отношении «малых урологических операций» сохранилась практически на том же уровне, тем не менее за исследуемый период значительно увеличилось число операций, выполненных в амбулаторных условиях.

В структуре посещений врача-уролога ГП № 195 ДЗМ мужчины составляют две трети от всех пациентов. Основной контингент, обратившихся к врачу-урологу представлял собой пациентов старшей и средней возрастной группы. Большинство опрошенных респондентов имеют высшее образование, более половины составляют лица пенсионного возраста. Менее половины респондентов имели место работы на момент осмотра, однако только малая часть респондентов отметила, что их доходы покрывают все траты или же они могут ни в чем себе не отказывать, остальные отметили ограниченность финансовых возможностей. Основной целью посещения пациента врача-уролога в городской поликлинике являлось обследование и лечение, только малая часть пациентов обращались для выписки льготного препарата или получения справки. Большинство респондентов в анамнезе имели заболевания мочеполовой системы: у мужчин преобладали заболевания предстательной железы, такие как доброкачественная гиперплазия предстательной железы и хронический простатит; у женщины – инфекции мочевых путей. Респонденты посещают городскую поликлинику в основном 1-2 раза в год или раз в 2-3 месяца. В среднем, посещение городской поликлиники респонденты оценивают в 3,92 балла по 5-бальной шкале, а организацию работы поликлиники в 3,91 балла. Тем не менее, половина опрошенных имели претензии к организации работы поликлиники, работе медицинского персонала. Ожидание посещения врача-уролога чаще всего занимало от шести до четырнадцати дней, однако часть пациентов не могла записаться на прием свыше четырнадцати дней. Наибольшая часть пациентов никогда ранее не обращалась к врачу-урологу или обращались 1-2 раза в год. Компетентность врача-уролога по 5-бальной шкале оценили в среднем на 4,49 балла, а общую оценку от посещения врача данной специальности оценили

на 4,5 балла. Время ожидания начала приема врача-уролога не превышало 5 минут, а длительность приема составляла в среднем 11-20 минут. Во время приема средний медицинский персонал в подавляющем большинстве случаев не принимал участие. Большинство респондентов отмечали внимательное отношение к себе со стороны врача-уролога, а также считали, что времени на прием было уделено достаточно. Однако, только половина из них выразила удовлетворенность лечением. Большая часть респондентов отрицательно относится к платной медицинской помощи, при этом две трети отметили наличие финансовой возможности для того, чтобы воспользоваться платными медицинскими услугами при необходимости. Как считает большинство респондентов, медицинская помощь по профилю «урология» не будет более качественной, если станет платной. Более половины респондентов внимательно относятся к своему здоровью и охотно выполняют рекомендации врачей. Тем не менее, после лечения у врача-уролога в ГП № 195 только половина респондентов удовлетворены состоянием своего здоровья.

Среди одиночных причин обращения наиболее частыми было возникновение жалоб у пациента (77,5%; ДИ 95% 73,0-81,7). Чаще всего с момента появления первых жалоб до момента обращения к врачу-урологу проходило более 1 месяца (51,8%; ДИ 95% 46,9-56,7). В большинстве случаев жалобы пациентов были связаны с проблемами мочеиспускания. Более половины врачей-экспертов отметили правильность регистрации жалоб в ЭМК пациента (68,5%; 95% ДИ 63,8-73,0).

В 29,1% случаев анамнезу заболевания не уделялось внимания. В случаях, когда заполнялся хотя бы один из пунктов анамнеза, чаще всего указывались перенесенные заболевания (34,6%). По мнению врачей-экспертов, в подавляющем большинстве амбулаторных осмотров сбор анамнез заболевания проведен не в полном объеме (78,4%; 95% ДИ 73,4-83,0).

В более половине случаев первичный осмотр пациента врачом-урологом не выполнялся (58,6%; ДИ 95% 53,7-63,4). В тех случаях, когда выполнялся физикальный осмотр, как у мужчин, так и у женщин чаще всего исследовались почки – в 36,4% случаев. У мужчин чаще проводилось пальцевое ректальное

исследование (70,6%). Однако, по оценке врачей-экспертов, в большинстве осмотров объективный статус был оценен не в полном объеме (86,6%; 95% ДИ 82,8-90,0).

Большинство пациентов не посещали врача-терапевта перед консультацией врача-уролога (39,0%; ДИ 95% 34,2-43,9), а в случае посещения врача-терапевта или врача общей практики, половине из них предварительное обследование для направления к врачу-урологу не проводилось (46,7%; ДИ 95% 41,8-51,6).

Из лабораторных исследований наиболее чаще назначался общий клинический анализ мочи (41,3%), из инструментальных исследований – УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря (39,9%). В более половине случаев врачами-экспертами отмечена обоснованность всех лабораторных исследований (55,6%; 95% ДИ 49,0-62,1). По мнению врачей-экспертов, примерно треть случаев лабораторных исследований были назначены в полном объеме (29,0%; 95% ДИ 21,1-37,6).

Чаще всего консультации врачей других специальностей не назначались (81,7%; ДИ 95% 77,7-85,4). Пациенты чаще всего обращались за консультацией к врачу-терапевту (37,0%).

По оценке врачей-экспертов, в двух третях случаев пациенты были обследованы не в полном объеме (67,3%; 95% ДИ 62,6-71,8), что связано с отсутствием желания проводить объективный осмотр (37,5%), низкой доступностью лабораторных или инструментальных исследований (16,0%), недостаточностью времени на посещение одним пациентом (15,7%).

Самый распространённый окончательный диагноз пациентов – доброкачественная гиперплазия предстательной железы (28,5%). При этом окончательный диагноз чаще устанавливался более, чем через 7 дней (52,0%; ДИ 95% 47,1-56,9) после первичного посещения. Расхождение между предварительным и окончательным диагнозом встречалось в пятой части ЭМК (21,1%; ДИ 95% 17,2-25,3). Каждый пятый диагноз, установленный врачом-специалистом, расходился с мнением врачей-экспертов (21,3%; 95% ДИ 17,4-25,5),

а поздняя постановка диагноза имела в шестой части случаев (16,2%; 95 ДИ 13,0-20,3).

С момента первичного посещения до назначения лечения чаще всего проходило более 7 дней (34,2%; ДИ 95% 29,6-39,0). Основное лечение чаще включало селективные блокаторы альфа-адренорецепторов (32,0%). По мнению врачей-экспертов, в более половине случаев лечение соответствовало современным клиническим рекомендациям (57,5%; 95% ДИ 52,6-62,3).

Более половины амбулаторных осмотров не содержали рекомендаций по дальнейшему лечению (60,1%; ДИ 95% 55,2-64,9). Более половины пациентов подлежали диспансерному наблюдению (59,1%; ДИ 95% 54,2-63,9), однако отметка о взятии пациента на диспансерное наблюдение имела только в трети ЭМК (34,3%; ДИ 95% 29,7-39,1).

На основании полученных результатов системного анализа, были определены факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля в амбулаторных условиях, разработана «Модель экспертной оценки качества медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях», а также сформированы мероприятия по улучшению качества медицинской помощи пациентам по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях.

Предложенная нами модель оценки качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, была испытана на практике на базе ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», что привело к следующим изменениям качества медицинской помощи: в блоке «Диагностический поиск» средний балл увеличился с 4,1 до 5,9, в блоке «Постановка диагноза» - с 7,2 до 8,6, в блоке «Лечение и дальнейшее наблюдение» средний балл увеличился с 6,3 до 7,7. Интегральная оценка увеличилась с 17,7 до 22,2 балла, что соответствует оценке качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, «выше среднего».

ВЫВОДЫ

1. В период 2015 - 2023 гг. в Российской Федерации на фоне умеренного роста числа физических лиц (+1,9%) и сокращения штатных должностей (-4,5%) обеспеченность врачами-урологами выросла на 2,2%. При этом среднероссийский показатель укомплектованности врачами-урологами в 2023 году был на уровне 70,5%. Рост обеспеченности врачами -урологами произошел в 70 субъектах Российской Федерации, особенно – в Сахалинской области (на 106,9%). Снижение обеспеченности врачами данной специальности произошло в 12 субъектах, особенно выраженное – в Республике Бурятия (на 55,1 %). За аналогичный период на 4,2% сократилось число урологических кабинетов и в два раза произошло сокращение числа урологических отделений и подразделений.

2. Количество посещений врача-уролога взрослым населением по поводу заболевания и с профилактической целью за исследуемый период сократилось на 15,2% и 44,2%, соответственно, в то время как число посещений пациентов на дому выросло на 13,8%. Выросло число «малых» урологических операций и инвазивных диагностических манипуляций как в амбулаторных условиях, так и в условиях дневного стационара (на 20,1% и 374,6%, соответственно).

3. Более половины пациентов, принявших участие в опросе, общее впечатление от посещения государственной поликлиники оценили на оценку «хорошо» (51,1%; 95% ДИ 46,2-56,0), 54,6% респондентов смогли записаться на прием к врачу-урологу в течение 6-14 дней (95% ДИ 49,7-59,5), 48,5% - ожидали прием специалиста менее 5 минут до (95% ДИ 43,6-53,4). При этом у большинства длительность приема в среднем занимала 11-20 минут (51,4%; 95% ДИ 46,5-56,3). Выявлена сильная зависимость между удовлетворенностью оказанной медицинской помощью врачом-урологом и длительностью ожидания записи к врачу-урологу ($\chi^2_{(4)} = 25,064$, $p=0,05$), сроком ожидания приема перед кабинетом ($\chi^2_{(4)}=30,123$, $p=0,05$), длительностью приема ($\chi^2_{(4)}=10,732$, $p=0,05$).

4. Экспертная оценка оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях врачом-урологом показала, что чаще всего от появления первых жалоб до момента обращения к врачу-урологу проходило более 1 месяца (51,8%; ДИ 95%

46,9-56,7). Пациенты чаще жаловались на проблемы мочеиспусканием. При этом в большинстве обращений первичный осмотр пациента врачом-урологом не выполнялся (58,6%; ДИ 95% 53,7-63,4), более одной трети пациентов направлялись врачом-терапевтом или врачом общей практики без предварительного обследования (46,7%; ДИ 95% 41,8-51,6), в более одной трети обращались самостоятельно без предварительного осмотра терапевтом (39,0%; ДИ 95% 34,2-43,9). У каждого пятого пациента установлено расхождение между предварительным и окончательным диагнозом (21,1%; ДИ 95% 17,2-25,3), у большинства из них окончательный диагноз устанавливался не ранее 7 дней (52,0%; ДИ 95% 47,1-56,9), как и начало лечения от момента первичного посещения (34,2%; ДИ 95% 29,6-39,0). Более половины амбулаторных осмотров не содержало рекомендаций по дальнейшему лечению (60,1%; ДИ 95% 55,2-64,9). Из назначенных методов лечения лишь чуть более половины случаев соответствовало современным клиническим рекомендациям (57,5%; 95% ДИ 52,6-62,3).

5. На основании комплексного анализа оказываемой медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях были определены факторы, влияющие на ее качество, которые легли в основу разработки «Модели экспертной оценки качества медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях» и мероприятий по улучшению качества медицинской помощи пациентам по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, реализация которых показала положительные результаты: в блоке «Диагностический поиск» средний балл увеличился с 4,1 до 5,9 ($p=0,004$), в блоке «Постановка диагноза» - с 7,2 до 8,6 ($p=0,004$), в блоке «Лечение и дальнейшее наблюдение» средний балл увеличился с 6,3 до 7,7 ($p<0,001$). Интегральная оценка увеличилась с 17,6 до 22,2 балла, что соответствует оценке качества медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по профилю «урология», «выше среднего».

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для федерального органа управления в сфере охраны здоровья:

1. Главному специалисту Минздрава России по профилю «урология» предложенную модель экспертной оценки качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях принять за основу при оценке деятельности медицинской помощи по профилю «урология» в субъектах Российской Федерации.
2. Методические подходы оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, использовать в учебно-педагогическом процессе на кафедрах общественного здоровья.

Для регионального органа управления в сфере охраны здоровья:

1. Регулярно проводить мониторинг и оценку качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях, с использованием разработанной модели экспертной оценки для своевременного выявления и устранения недостатков в работе.
2. Для повышения доступности медицинской помощи увеличить число физических лиц врачей-урологов, повысить укомплектованность физическими лицами и укомплектованность штатных должностей в амбулаторных условиях, особенно в регионах с низкой обеспеченностью.
3. Обеспечить медицинские организации современным диагностическим оборудованием и увеличить количество лабораторных и инструментальных исследований, доступных для пациентов в амбулаторных условиях, с целью снижения сроков ожидания предоставления медицинской помощи и повышения ее качества.
4. Разработать и внедрить четкие алгоритмы взаимодействия между амбулаторными и стационарными медицинскими организациями для обеспечения преемственности медицинской помощи.

Руководителям медицинских организаций:

1. Увеличить продолжительность приема одного пациента до 20-30 минут для обеспечения более тщательного сбора анамнеза, проведения полноценного осмотра и назначения необходимых диагностических процедур.
2. Повысить участие медицинских сестер в заполнении медицинской документации, проведении осмотра, выполнении простых медицинских манипуляций с целью увеличения времени для врачей-урологов для общения с пациентом при посещении в амбулаторных условиях.
3. Проводить образовательные мероприятия с пациентами, направленные на повышение их приверженности к выполнению врачебных назначений.
4. Организовать регулярное обучение врачей-урологов по программе дополнительного профессионального образования, включая современные методы диагностики и лечения урологических заболеваний.
5. Обеспечить строгое соблюдение клинических рекомендаций по профилю «урология», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
6. Разработать и внедрить систему регулярного диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими урологическими заболеваниями, включая своевременное проведение контрольных обследований и коррекцию лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 31.03.2021 г. № 512 «О внесении изменений в государственную программу РФ «Развитие здравоохранения»
3. Федеральный закон от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» // СЗ РФ. 2017. № 31 (ч. 1). Ст. 4791.
4. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Приказ от 26 августа 2014 г. № 1111 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2014. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001201409100024> (дата обращения: 10.07.2024).
5. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202305050005> (дата обращения: 17.08.2025).
6. Винник, Ю.Ю. Актуальность преподавания андрологии и сексологии в медицинском университете/ Ю.Ю. Винник, З.А. Павловская, А.В. Андрейчиков // Андрология и генитальная хирургия. -2009. -Т. 10, № 2. -С. 149-150

7. Аляев, Ю.Г. Профессор Ю. А. Пытель (к 80-летию со дня рождения) / Ю.Г. Аляев, Э.Г. Асламазов // Урология. – 2009. – № 2. – С. 95
8. Аляев, Ю.Г. Юрий Антонович Пытель: к 90-летию со дня рождения (1929-1998) / Ю.Г. Аляев, Э.Г. Асламазов, З.К. Гаджиева // Урология. – 2019. – № 1. – С. 138-140.
9. Анализ доступности амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в Москве / В.О. Щепин, А.В. Белостоцкий, В.Г. Винокуров [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – № 1. – С. 310-313.
10. В. П. Шестаков Анализ удовлетворенности пациентов поликлиник доступностью и качеством амбулаторной помощи / В.П. Шестаков, Т.С. Чернякина, А.О. Емельянов, Е. Н. Пенюгина // Профилактическая и клиническая медицина. — 2014. — № 1(50). — С. 77-81.
11. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в РФ за период 2002-2014 гг. по данным официальной статистики / А. Д. Каприн, О. И. Аполихин, А. В. Сивков [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2016. – № 3. – С. 4-13.
12. Аполихин, О.И. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в РФ за десятилетний период (2002 – 2012 гг.) по данным официальной статистики / О.И.Аполихин// Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. – № 2. – С. 4–12
13. Аполихин, О.И. Доступное здравоохранение-берем пример с урологии / О. И. Аполихин, И.А. Шадёркин //Урология сегодня. – 2011. – №. 3. – С. 4-5.
14. Аполихин, О.И. Гиперплазия предстательной железы: медико-социальные аспекты, современные технологии хирургического лечения / О.И. Аполихин, Ф.А. Севрюков, А.А. Калининская. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Информационно-технический отдел Академии Естествознания», 2012. – 164 с.

15. Артемьева, М.А. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления / М.А. Артемьева //Наука молодых—Eruditio Juvenium. – 2017. – Т. 5. – №. 3. – С. 389-399.
16. Болотова, А.В. Система и проблемы кадровой обеспеченности здравоохранения РФ / А. В. Болотова //Вестник современных исследований. – 2018. – №. 10.8. – С. 78-81.
17. Вялков, А.И. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе / А.И. Вялков, Р.А. Хальфин, Е. Л. Никонов //Бухучет в здравоохранении. – 2008. – №. 11. – С. 6-15.
18. Гаврилов, Э. Л. Сравнительная социологическая оценка доступности медицинской помощи по данным социологических опросов / Э. Л. Гаврилов, Н. О. Аслибекян, Е. А. Шевченко //Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – Т. 11. – №. 4. – С. 76-80.
19. Геворкян, А. Р. Направления развития амбулаторной урологии в новых экономических условиях / А. Р. Геворкян // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2017. – Т. 14. – № 2. – С. 194-199.
20. Геворкян, А. Р. Организация деятельности амбулаторной урологической службы в условиях сложной эпидемиологической обстановки / А. Р. Геворкян // Врач. – 2020. – Т. 31, № 11. – С. 29-32.
21. Геворкян А.Р. Оценка удовлетворенности урологических пациентов медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических учреждениях (по данным социологического опроса) / А.Р. Геворкян //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – №. 3-4. – С. 26-33.
22. Геворкян, А. Р. Оценка удовлетворенности урологических пациентов медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических учреждениях (по данным социологического опроса) / А. Р. Геворкян //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – №. 3-4. – С. 26-33.
23. Геворкян, А. Р. Перспективы развития муниципальной амбулаторной урологической службы (по материалам экспертного опроса врачей-урологов) / А.

Р. Геворкян // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2017. – № 2(54). – С. 32-37.

24. Геворкян, А. Р. Проблемы и пути оптимизации организации амбулаторной урологической помощи городскому населению / А. Р. Геворкян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25. – №. 3. – С. 167-171.

25. Геворкян, А. Р. Научное обоснование реструктуризации урологической службы муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений на принципах муниципально-частного партнерства : специальность 3.2.3 «Общественное здоровье и организация здравоохранения социология и история медицины (медицинские науки)» : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Геворкян Ашот Рафаэлович ; руководитель работы Пушкарь Дмитрий Юрьевич, Берсенева Евгения Александровна; Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова. – Москва, 2021. – 127 с.

26. Сорокин, Д.А. Гиалуроновая кислота в лечении и профилактике послеоперационных осложнений эндоскопических операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы/ Сорокин, Д.А., Пучкин, А.Б., Семенычев, Д.В., Карпухин, И.В., Кочкин, А.Д., Зорин, Д.Г., Севрюков, Ф.А. // Современные технологии в медицине, 7(4), С 97-104.

27. Глыбочко, П.В. Российская урология в XXI в. / П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев // Урология. - 2015 - № 5. - С. 4-9.

28. Гриднев, О. В. О совершенствовании амбулаторной помощи в Москве / О. В. Гриднев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени НА Семашко. – 2013. – №. 1. – С. 129-131.

29. Гриднев, О.В. Обзор основных этапов организации амбулаторно-поликлинической помощи в России / О. В. Гриднев // Исследования и практика в медицине. – 2014. – Т. 1, № 1. – С. 84-88.

30. Деятельность медицинской сестры в России и за рубежом / А.А. Калининская, Л.А. Гаджиева, А.В. Гажева, Ф.А. Сулькина, [и др.] //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – №. 1. – С. 19-25.
31. Друкер, П. Менеджмент. Вызовы XXI века [Текст] / Питер Друкер ; пер. с англ. Н. Макаровой. - Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2012. - 235 с.
32. Дьячкова, А. С. История становления и развития первичной специализированной медико-санитарной помощи в России и за рубежом / А. С. Дьячкова // История науки и техники. – 2014. – № 6. – С. 54-63
33. Ендовицкий, А. А. Динамика заболеваемости болезнями мочеполовой системы в РФ в 2015-2021 гг. /А. А.Ендовицкий, В. В. Люцко//Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – №. 4. – С. 256-268.
34. Ершов, Д. Л. Перспективы реализации государственно-частного партнерства в здравоохранении субъектов в РФ /Д. Л. Ершов //Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – №. 10-3 (17). – С. 33-35.
35. Жердев, Р. А. Государственно-частное партнерство как драйвер развития отечественного здравоохранения /Р. А. Жердев //Российское предпринимательство. – 2015. – Т. 16. – №. 18. – С. 3125-3138.
36. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях / В. И. Стародубов, И. М. Сон, М. А. Иванова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 2. – С. 6-12.
37. Здравоохранение в России 2021: статистический сборник. Росстат. 2021
38. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./ Росстат. - М., 3-46 2019. – 170
39. Иванова, М. А. Проблемы кадрового обеспечения врачами амбулаторного звена здравоохранения / М. А. Иванова, О. В. Армашевская, А. В. Поликарпов // Поликлиника. – 2017. – № 2-2. – С. 14-17.
40. Иванова, М. А. Рекомендованные штатные нормативы -не документы «прямого действия» / М. А. Иванова // Экономика ЛПУ в вопросах и ответах. – 2016. – № 1. – С. 12-16.
41. К вопросу качества и доступности специализированной помощи пациентам с мочекаменной болезнью в условиях модернизации первичного звена

системы здравоохранения (обзор литературы) / А. В. Шулаев, М. Э. Ситдыкова, К. И. Гайнетдинов[и др.]//Общественное здоровье и здравоохранение. – 2022. – №. 2 (74). – С. 32-41.

42. К вопросу о преподавании андрологии в медицинском вузе / А. В. Гринев, Д. В. Сафонов, С. И. Николаев, Д. С. Ефременков // Андрология и генитальная хирургия. – 2009. – Т. 10, № 2. – С. 149.

43. Как регионы борются с очередями в медучреждениях. Обзор: ИТ в здравоохранении 2017 [Электронный ресурс] // 2017. URL:www.cnews.ru/reviews/it_v_zdravooohranenii_2017/articles/kak_regiony_boryutsya_s_ocheredyami_v_meduchrezhdeniyah.

44. Кириленко, Е. А. Особенности организации обучения в клинической ординатуре по специальности «Урология» / Е. А. Кириленко, В. А. Белобородов, В. Ф. Онопко // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2015. – № 4. – С. 199-201.

45. Кнутов А. В. Случай из практики: одномоментное хирургическое лечение лейомиомы мочевого пузыря и доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А. В.Кнутов, М. А. Володин //InternationalJournalofMedicineandPsychology. – 2019. – Т. 2. – №. 3. – С. 100-105.

46. Коган, М. И. Андрология - что она есть сегодня? / М. И. Коган // Вестник урологии. – 2020. – Т. 8. – № 4. – С. 5-7.

47. Козлова, О. А. Понятие удовлетворенности граждан доступностью медицинской помощи /О. А. Козлова //Экономика и социум. – 2019. – №. 6 (61). – С. 435-438.

48. Коленникова, О. А. Оценка квалификации медицинских специалистов в аспекте развития непрерывного медицинского образования / О. А. Коленникова, М. С. Токсанбаева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № S2. – С. 1031–1036.

49. Коломийченко, М. Е. Критерии доступности и качества медицинской помощи: нормативное регулирование / М. Е. Коломийченко //Бюллетень

Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – №. 3. – С. 46-51.

50. Кондратьева, О. Е. Роль частно-государственного партнерства в повышении эффективности системы здравоохранения РФ /О. Е. Кондратьева //Научный вестник Волгоградского филиала РАНХиГС. Серия: Экономика. – 2014. – №. 2. – С. 95-99.

51. Кривых, Е. А. Основные задачи и перспективы развития кадровой политики системы здравоохранения РФ и Ханты-Мансийского автономного округа–Югры / Е. А. Кривых //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – №. 2. – С. 324-332.

52. Кураева, В.М. Проблемы нормативного и кадрового обеспечения урологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях взрослому и детскому населению / В.М. Кураева, Л.И. Меньшикова, Л.В. Руголь //Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. – №. 6. – С. 9.

53. Ломакин, С. А. Проблемы повышения доступности и качества медицинской помощи в РФ / С.А. Ломакин, И.С. Щетинина // Вестник магистратуры. – 2018. – № 12-3(87). – С. 12-13.

54. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А.Медик, В.К.Юрьев //М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2012

55. Моргошия, Т.Ш. Профессор С.П. Фёдоров - основоположник отечественной урологии (к 150-летию со дня рождения) / Т.Ш. Моргошия // Вестник урологии. – 2019. – Т. 7, № 1. – С. 59-66.

56. Моргошия, Т.Ш. У истоков становления отечественной урологии / Т.Ш. Моргошия // Вестник урологии. – 2018. – Т. 6, № 2. – С. 69-75.

57. Мужское бесплодие в РФ: статистические данные за 2000-2018 годы / Г. С. Лебедев, Н. А. Голубев, И. А. Шадеркин [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019. – № 4. – С. 4-13.

58. Найговзина, Н.Б.О состоянии первичной медицинской помощи и перспективных направлениях ее развития / Н.Б.Найговзина, В.Б.Филатов, М.А.

Патрушев //Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. – 2019. – Т. 8. – №. 4 (31). – С. 8-16.

59. Некоторые результаты экспертной оценки проблем организации амбулаторно-поликлинической помощи / Е. А. Финченко, И. В. Шарапов, О. И. Иванинский [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – Т. 16, № 4. – С. 287-293.

60. Николаев, М. А. Дифференцированное использование хирургических методов в лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы /М. А. Николаев //InternationalJournalofMedicineandPsychology. – 2019. – Т. 2. – №. 3. – С. 89-94.

61. Обоснование применения интегрального показателя оценки качества медицинской помощи при анализе эффективности инновационной деятельности лечебно-профилактических учреждений / Н. Ю. Трифонова, А. Р. Габриелян, К. И. Касапов[и др.]//Вестник российских университетов. Математика. – 2013. – Т. 18. – №. 4-1. – С. 1348-1350.

62. Обухова, О. В. Нормирование труда и эффективный контракт / О. В. Обухова //Здравоохранение. – 2016. – №. 1. – С. 52-57.

63. Обухова, О. В. Новые типовые отраслевые нормы времени / О. В. Обухова // Здравоохранение. – 2015. – № 12. – С. 66-71.

64. Организационные формы работы амбулаторного уролога в современных условиях / С. С. Дегтярев, А. А. Пранович, Б. О. Кажлаев, С. М. Пикалов // Клинический опыт Двадцатки. – 2015. – № 4(28). – С. 74-77.

65. Организация первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи пациентам с раком предстательной железы в Нижегородской области / Е. А. Перевезенцев, М. А. Кузьмина, Д. Д. Васина, Д. И. Володин // Справочник врача общей практики. – 2021. – № 3. – С. 20-31.

66. Организация работы по улучшению клинических и экономических результатов медицинской помощи при раке предстательной железы / О. И. Аполихин, А. В. Сивков, М. И. Катибов [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2015. – Т. 2, № 1. – С. 77-82.

67. Основные аспекты обеспечения высококвалифицированной урологической медицинской помощью больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Ф. А. Севрюков, И. А. Камаев, М. Н. Гриб, Е. А. Перевезенцев // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2011. – Т. 19, № 1. – С. 109-113.

68. Основные показатели здоровья населения города Москвы, деятельность медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в 2019 году / Н. Е. Арутюнова, В. Н. Архангельский, С. Х. Берхамова [и др.]. – Москва : Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2020. – 199 с.

69. Платная медицина. Как часто люди пользуются платными медуслугами? Значимы ли для семейного бюджета расходы на врачей? [Электронный ресурс] // Фонд «Общественное мнение»: сайт. 2015. URL: fom.ru/Zdorove/12355

70. Повышение квалификации специалистов первичного звена Воронежской области в рамках программы модернизации урологической службы / А. И. Авдеев, О. В. Золотухин, Ю. Ю. Мадыкин [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 64. – С. 26-31.

71. Портер, М. Конкурентная стратегия : методика анализа отраслей и конкурентов / Майкл Портер ; [пер. с англ. Н. Минервин]. - 3-е изд. - Москва : Альпина Бизнес Букс : Компания XXI век, 2007. - 452 с.

72. Программа «Урология» - комплексный подход к модернизации здравоохранения на примере Воронежской области / О. И. Аполихин, А. В. Сивков, М. И. Катибов [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2013. – № 2. – С. 4-9.

73. Программа «Урология» модернизация здравоохранения на примере урологической службы Воронежской области / О. И. Аполихин, А. В. Сивков, И. В. Чернышев [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 3. – С. 4-8.

74. Просянных, М. Ю. Медико-экономическая эффективность стандартизированной программы диагностики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы : специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Просянных Михаил Юрьевич. – Москва, 2014. – 22 с.

75. Ранжирование субъектов Центрального федерального округа по уровню инвалидности вследствие болезней мочеполовой системы взрослого населения за 2014-2019 гг. / Н. С. Запарий, О. И. Аполихин, А. В. Гречко[и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 4. – С. 41-48.

76. Результаты фотохронометражного исследования затрат рабочего времени врачей-урологов, врачей-онкологов, врачей-пульмонологов, врачей-травматологов-ортопедов, врачей функциональной диагностики, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях / М. А. Иванова, О. В. Армашевская, В. В. Люцко, Т. А. Соколовская // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 2. – С. 197-212.

77. Роль дистанционного образования в повышении уровня знания специалистов первичного звена здравоохранения / О. И. Аполихин, А. В. Сивков, А. В. Казаченко [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2015. – № 1. – С. 4-10.

78. Российский статистический ежегодник 2018. Статистический сборник. - М.: Росстат, 2018. - 694 с.

79. Руголь, Л.В. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности / Л. В.Руголь, И. М.Сон, Л. И. Меньшикова //Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66. – №. 3. – С. 10.

80. Сафронов, А. А. Научное обоснование оптимизации оказания консультативно-диагностической помощи больным урологического профиля: 11:

дис. ... канд. мед. наук / Сафронов Александр Александрович. – Москва, 2008. – 116 с.

81. Серов, Д.В. Оценка доступности и удовлетворенность амбулаторно-поликлинической помощью взрослого населения г. Москвы / Д. В. Серов //Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. – 2016. – №. 2. – С. 31-37.

82. Сквирская, Г.П. Основные направления совершенствования деятельности в области общественного здоровья и управления здравоохранением в современных условиях в РФ/ Г. П.Сквирская, А. В. Волнухин //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – №. 2. – С. 348-366.

83. Современная нормативно-правовая база по труду: анализ и перспективы / В. М. Шипова, Е. А. Берсенева, К. В. Кириллов, Е. А. Куденцова//Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 6. – С. 88-95.

84. Созарукова, Ф. М. Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения на региональном уровне /Ф. М. Созарукова//Вестник экспертного совета. – 2017. – №. 4 (11). – С. 30-34.

85. Ткачук В.Н. Сергей Петрович Федоров (1869-1936) - выдающийся российский хирург и уролог (к 150-летию со дня рождения) / В. Н. Ткачук, И. В. Кузьмин // Урологические ведомости. – 2019. – Т. 9, № 1. – С. 57-60.

86. Трифонова, Н.Ю. Медико-организационные подходы оказания медицинской помощи пациентам с урологической патологией / Н. Ю.Трифопова, С. В. Королёв //Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 32. – №. 4. – С. 6.

87. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России 2022–2023 гг.: неотложные меры в условиях особого положения в экономике и социальной сфере. Проблемы и предложения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – Т. 8. – № 2. – С. 22-47.

88. Формирование долгосрочной модели реструктуризации коечного фонда по профилю «Урология» на примере Воронежской области / Е. Е. Образцова, В. М.

Иванов, О. В. Золотухин [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2015. – № 2. – С. 14-19.

89. Чепуров, А. К. Российская система вузовского и последипломного образования по урологии: нужны ли перемены? / А. К. Чепуров, Е. А. Пронкин, А. В. Макаrenchенко // Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – Т. 15, № 4. – С. 54-57.

90. Шадеркин, И. А. Применение электронного здравоохранения для реализации пациентцентрированной урологической помощи / И. А. Шадеркин, Г. С. Лебедев, В. В. Перхов // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2018. – № 1-2(6-7). – С. 3-8.

91. Щепин, В.О. Сроки ожидания амбулаторно-поликлинической помощи как показатель ее доступности / В. О.Щепин, А. С. Дьячкова //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – №. 4. – С. 23-26.

92. Щеплев, П.А. Наша андрология или как гадкий утенок превратился в белого лебедя / П. А. Щеплев // Андрология и генитальная хирургия. – 2018. – Т. 19, № 4. – С. 12-13.

93. Ягудин, Р.Х. Организационные подходы к совершенствованию амбулаторно-поликлинической службы крупного города (на примере г. Москвы) / Р. Х.Ягудин, О. В.Гриднев, Л. И.Рыбкин //Практическая медицина. – 2013. – Т. 1. – №. 1-2 (69). – С. 158-160.

94. «Противостояние логик»: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения: свод. аналит. отчет. М.: Аналит. центр Юрия Левады, 2016. 60 с.

95. Agarwal A. et al. A unique view on male infertility around the globe //Reproductive biology and endocrinology. – 2015. – V. 13. – №. 1. – P. 1-9.

96. American College of Surgeons Education, Section III: Surgical Specialties, Urology. URL: <https://www.facs.org/education/resources/residency-search/specialties/urology>. Zugriffen (date of appeal: 17.12.2019).

97. American Urological Association et al. The state of the urology workforce and practice in the United States 2018 //Linthicum, MD. – 2014.
98. American Urological Association et al. The state of the urology workforce and practice in the United States 2018 //Linthicum, MD. – 2015.
99. American Urological Association et al. The state of the urology workforce and practice in the United States 2018 //Linthicum, MD. – 2016.
100. American Urological Association et al. The state of the urology workforce and practice in the United States 2018 //Linthicum, MD. – 2017.
101. American Urological Association et al. The state of the urology workforce and practice in the United States 2018 //Linthicum, MD. – 2018.
102. American Urological Association et al. The state of the urology workforce and practice in the United States 2018 //Linthicum, MD. – 2019.
103. Baatiah N. Y. et al. Urolithiasis: Prevalence, risk factors, and public awareness regarding dietary and lifestyle habits in Jeddah, Saudi Arabia in 2017 //Urology annals. – 2020. – V. 12. – №. 1. – P. 57.
104. BAoU S. British Asociation of urological surgeons and the specialist advisory committee in urology workforce report. – 2016.
105. Bator E. X. et al. The burden of attending a pediatric surgical clinic and family preferences toward telemedicine //Journal of pediatric surgery. – 2015. – V. 50. – №. 10. – P. 1776-1782.
106. Blozik E. et al. Effectiveness and safety of telemedical management in uncomplicated urinary tract infections //Journal of Telemedicine and Telecare. – 2011. – V. 17. – №. 2. – P. 78-82.
107. Boehm K. et al. Telemedicine online visits in urology during the COVID-19 pandemic—potential, risk factors, and patients' perspective //European urology. – 2020. – V. 78. – №. 1. – P. 16-20.
108. Borgmann H. et al. Training, research, and working conditions for urology residents in Germany: a contemporary survey //European urology focus. – 2018. – V. 4. – №. 3. – P. 455-460.

109. Cairo Consensus Workshop Group. The current status and future of andrology: a consensus report from the Cairo workshop group //Andrology. – 2020. – V. 8. – №. 1. – P. 27-52.
110. Canon S. et al. A pilot study of telemedicine for post-operative urological care in children //Journal of telemedicine and telecare. – 2014. – V. 20. – №. 8. – P. 427-430.
111. Cebulla A. et al. Urologische Facharztausbildung im internationalen Vergleich: Wo stehen wir in Deutschland? //Der Urologe. Ausg. A. – 2019. – V. 58. – №. 2. – P. 132-138.
112. Chen Z., Prosperi M., Bird V. Y. Prevalence of kidney stones in the USA: the National Health and Nutrition Evaluation Survey //Journal of Clinical Urology. – 2019. – V. 12. – №. 4. – P. 296-302.
113. Chi A. C., Flury S. C. Urology patients in the nephrology practice //Advances in Chronic Kidney Disease. – 2013. – V. 20. – №. 5. – P. 441-448.
114. Chu C. M., Lowder J. L. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups //American journal of obstetrics and gynecology. – 2018. – V. 219. – №. 1. – P. 40-51.
115. Chu S. et al. Veterans affairs telemedicine: bringing urologic care to remote clinics //Urology. – 2015. – V. 86. – №. 2. – P. 255-261.
116. Dornbier R., Gonzalez C. M. Workforce issues in urology //Urologic Clinics. – 2021. – V. 48. – №. 2. – P. 161-171.
117. Ficarra V. et al. Urology practice during COVID-19 pandemic //Minerva Urologica e Nefrologica. – 2020. – V. 72. – №. 3. – P. 369-375.
118. Goel A. Urology in India: Numbers and practice //Indian Journal of Urology: IJU: Journal of the Urological Society of India. – 2019. – T. 35. – №. 4. – C. 245.
119. Indicators O., Hagvísar O. Health at a glance 2019: OECD indicators. – Paris: OECD Publishing, 2019.
120. Isidori A. Storia dell'andrologia moderna //Medicina e scienze. – 2001. – V. 13. – P. 255-68.

121. Kaplan S. A. Re: Telehealth in Urology: A Systematic Review of the Literature. How Much Can Telemedicine be Useful during and after the COVID-19 Pandemic? //Journal of Urology. – 2021. – C. 449-450.
122. Krausz C., Brannigan R. E., Sigman M. Subspecialty training in andrology //Fertility and sterility. – 2015. – V. 104. – №. 1. – P. 12-15.
123. Krishnan N. et al. A model to optimize followup care and reduce hospital readmissions after radical cystectomy //The Journal of urology. – 2016. – V. 195. – №. 5. – P. 1362-1367.
124. Liu Y. et al. Epidemiology of urolithiasis in Asia //Asian journal of urology. – 2018. – V. 5. – №. 4. – P. 205-214.
125. Naspro R., Da Pozzo L. F. Urology in the time of corona //Nature Reviews Urology. – 2020. – V. 17. – №. 5. – P. 251-253.
126. Nazif O. Job market for graduating urologists //Canadian Urological Association Journal. – 2018. – V. 12. – №. 4. – P. 110.
127. Ombelet W. et al. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries //Human reproduction update. – 2008. – V. 14. – №. 6. – P. 605-621.
128. Park E. S. et al. The initiation of a preoperative and postoperative telemedicine urology clinic //Medicine Meets Virtual Reality 18. – IOS Press, 2011. – P. 425-427.
129. Parkar S. P. et al. Urological training in Europe: similarities and differences //BJU international. – 2005. – V. 96. – №. 2. – P. 207-211.
130. Penson D. F. Re: Efficiency, Satisfaction, and Costs for Remote Video Visits following Radical Prostatectomy: A Randomized Controlled Trial //Journal of Urology. – 2016. – T. 195. – №. 4. – C. 928-929.
131. Polinski J. M. et al. Patients' satisfaction with and preference for telehealth visits //Journal of general internal medicine. – 2016. – V. 31. – P. 269-275.
132. Raheem O. A. et al. Burden of urolithiasis: trends in prevalence, treatments, and costs //European urology focus. – 2017. – V. 3. – №. 1. – P. 18-26.
133. Rastogi R. et al. Management of urinary tract infections in direct to consumer telemedicine //Journal of general internal medicine. – 2020. – V. 35. – P. 643-648.

134. Schoen C. et al. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries //Health affairs. – 2010. – V. 29. – №. 12. – P. 2323-2334.
135. Viers B. R. et al. Are patients willing to engage in telemedicine for their care: a survey of preuse perceptions and acceptance of remote video visits in a urological patient population //Urology. – 2015. – V. 85. – №. 6. – P. 1233-1240.
136. Wong D. et al. Reversing the decline in urology residency applications: an analysis of medical school factors critical to maintaining student interest //Urology. – 2020. – T. 136. – C. 51-57.

Форма опроса для пациентов

«Удовлетворенность качеством медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях»

1. Ваш пол?
1) мужской
2) женский
2. Ваш возраст?
1) 18-44
2) 45-54
3) 55-64
4) 65 и старше
3. Какой уровень Вашего образования:
1) среднее
2) среднее специальное
3) высшее
4) ученая степень
4. Ваше социальное положение:
1) учащийся колледжа/техникума
2) студент
3) рабочий
4) служащий
5) предприниматель
6) безработный
7) военнослужащий
8) домохозяйка
9) пенсионер
10) работающий пенсионер
5. В какой отрасли Вы работаете?
1) промышленность
2) образование
3) сельское хозяйство
4) транспорт
5) торговля
6) здравоохранение
7) строительство
8) наука
9) искусство
10) общественное питание
11) бытовое обслуживание
12) правоохранительные органы

6. Как Вы оцениваете своё финансовое положение?
1) доходов хватает только на еду и коммунальные платежи.
2) доходов хватает и на еду, и на коммуналку, и на одежду.
3) помимо еды и одежды, могу купить бытовую технику или сделать небольшие накопления.
4) доходы полностью покрывают все траты и еще остается на развлечения, отдых, путешествия. Ужиматься в средствах практически не приходится.
5) ни в чем себе не отказываю.
7. Цель Вашего обращения к врачу:
1) для обследования
2) для лечения
3) получения справки
4) получение льготного рецепта
8. Обращались ли Вы ранее к урологу?
1) да
2) нет
9. Имелись ли у вас ранее заболевания мочеполовой системы?
1) да
2) нет
10. Если ответ “ДА”, то какие?
1) доброкачественная гиперплазия предстательной железы (аденома)
2) мочекаменная болезнь
3) инфекции мочевых путей (цистит, пиелонефрит)
4) воспалительные заболевания наружных половых органов
5) водянка оболочек яичка
5) простатит
6) онкоурологические заболевания
7) заболевания почек (кисты, гидронефроз)
8) варикоцеле
9) нарушение эрекции
11. Как лечились ранее?
1) в государственной медицинской организации
2) в частной медицинской организации
3) самостоятельно
12. Как часто Вы обращаетесь в государственную поликлинику?
1) никогда или реже 1 раза в 5 лет
2) 1-2 раза в 5 лет
3) 1-2 раза в год
4) каждые 2-3 месяца
5) чаще 1 раза в месяц
13. Какое Ваше общее впечатление от посещения государственной поликлиники по шкале от 1 до 5, где 1-очень плохое, 5-очень хорошее (обведите Ваш вариант)?

1
2
3
4
5
14. Как Вы оцениваете организацию работы Вашей поликлиники по шкале от 1 до 5, где 1-очень плохое, 5-очень хорошее (обведите Ваш вариант)?
1
2
3
4
5
15. Были ли у Вас когда-нибудь претензии к работе поликлиники или медицинских работников?
1) да, только к организации работы поликлиники
2) да, только к работе врачей и/или среднего медицинского персонала
3) да, и к организации работы поликлиники, и к работе врачей и/или среднего медицинского персонала
4) нет, не было
16. Через сколько дней после записи Вы можете попасть к врачу-урологу в государственной поликлинике?
1) в тот же день
2) на следующий день
3) в течение 2-5 дней
4) в течение 6-14 дней
5) больше 14 дней
17. Как часто Вы посещаете врача-уролога в государственной поликлинике?
1) никогда или реже 1 раза в 5 лет
2) 1-2 раза в 5 лет
3) 1-2 раза в год
4) каждые 2-3 месяца
5) чаще 1 раза в месяц
18. Оцените компетентность Вашего врача-уролога в государственной поликлинике по шкале от 1 до 5, где 1-очень плохое, 5-очень хорошее (обведите Ваш вариант)?
1
2
3
4
5
19. Оцените Ваше общее впечатление от посещения врача-уролога в государственной поликлинике по шкале от 1 до 5, где 1-очень плохое, 5-очень хорошее (обведите Ваш вариант)?

1
2
3
4
5
20. Сколько по времени Вам приходится ожидать приема врача-уролога в государственной поликлинике?
1) менее 5 минут
2) 6-10 минут
3) 11-20 минут
4) 21-30 минут
5) более 30 минут
21. Сколько в среднем длится Ваш прием у врача-уролога в государственной поликлинике?
1) менее 5 минут
2) 6-10 минут
3) 11-20 минут
4) 21-30 минут
5) более 30 минут
22. Участвовала ли в приеме врача-уролога медицинская сестра при Ваших последних посещениях за медицинской помощью?
1) да, помогала при заполнении медицинской документации
2) да, помогала при осмотре
3) присутствовала в кабинете, но не участвовала в приеме
4) в кабинете был только врача
23. Удовлетворены ли Вы первым осмотром врача-уролога?
1) да
2) нет
24. Как Вы считаете, был ли врач-уролог внимателен по отношению к Вам?
1) да
2) нет
25. Как Вы считаете, достаточно ли времени врач-уролог уделил Вам?
1) да
2) нет
26. Считаете ли Вы, что врачу-урологу следовало больше уделить внимания беседе с Вами?
1) да
2) нет
3) затрудняюсь ответить
27. Считаете ли Вы, что врачу-урологу следовало уделить больше внимания осмотру?
1) да
2) нет

3) затрудняюсь ответить
28. Удовлетворены ли Вы назначенным лечением?
1) да
2) нет
3) затрудняюсь ответить
29. Согласны ли Вы с тактикой лечения?
1) да
2) нет
3) затрудняюсь ответить
30. Если “НЕТ”, то почему?
1) меня надо было дообследовать
2) меня надо было лечить амбулаторно
3) меня надо было лечить стационарно
4) надо было меньше проводить обследований
5) надо было больше провести обследований
31. Удовлетворены ли Вы в целом медицинской помощью, оказанной врачом-урологом?
1) да
2) нет
32. Как Вы относитесь к платному обследованию и лечению?
1) положительно
2) так себе
3) отрицательно
4) затрудняюсь ответить
33. Имеете ли вы такую возможность?
1) да
2) нет
34. Считаете ли Вы, что платная медицинская помощь по профилю «урология» будет более качественной, чем оплачиваемая из бюджета?
1) да
2) нет
35. Считаете ли Вы, что при платной медицинской помощи по профилю «урология» пациент будет заинтересован в полном лечении и явке на контрольные обследования в большей мере?
1) да
2) нет
3) затрудняюсь ответить
36. Какой должна быть, по Вашему мнению, медицинская помощь по профилю «урология»?
1) только бесплатной
2) частично платной
3) только платной
37. Определите, пожалуйста, Ваше отношение к своему здоровью:

1) внимательное
2) так себе
3) безразличное
38. Как Вы выполняете рекомендации врача?
1) охотно
2) неохотно
3) вовсе не выполняю
39. Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья при первом обращении к врачу (до лечения):
1) да
2) нет
40. Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья после лечения:
1) да
2) нет
41. Имеете ли Вы вредные привычки?
1) да
2) нет
42. Если ответ “ДА”, то какие?
1) злоупотребление алкоголем
2) курение
3) прием наркотических средств

**Информационная модель для выкопировки из медицинских карт пациентов,
получавших медицинскую помощь в амбулаторных условиях**

1. Причина обращения
Отметьте все подходящие варианты.
возникновение жалоб
явка в рамках диспансеризации/профилактического осмотра
направлен другим врачом
получение справки для получения карты для санаторно-курортного лечения
подготовка к госпитализации
изменения в лабораторных или инструментальных исследованиях
Другое:
2. Дата первичного обращения
3. Сколько времени прошло с момента появления первых признаков заболевания?
1-4 дня
5-7 дней
1 месяц
более 1 месяца не отмечено
4. Жалобы пациента при первичном обращении:
Отметьте все подходящие варианты.
на учащение мочеиспускания (более 8 раз)
на ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
на затруднение мочеиспускания
на частые ночные мочеиспускания
на неотложные позывы на мочеиспускание
на недержание мочи
на боль при мочеиспускании
на ложные позывы на мочеиспускание
на резь при мочеиспускании
на боль в поясничной области
на боль в промежности
на пальпируемое образование мошонки
на кровь в моче
на повышение температуры тела
на нарушение эректильной функции
на снижение либидо
на изменения в лабораторных и/или инструментальных исследованиях
жалоб нет
Другое:
5. Что из анамнестических данных выяснено?

Отметьте все подходящие варианты.
наличие операций
почечная колика в прошлом
подтвержденное «отхождение» камня
наличие вензаболеваний
ранее были аллергические проявления
онкологические заболевания органов
мочеполовой системы в роду
были роды
имеет гинекологические заболевания
наличие сопутствующих заболеваний перенесенные заболевания
вредные привычки
как лечился ранее
аллергоанамнез
беременность
прием антикоагулянтов
Другое:
6. Выполнение осмотра
Отметьте только один вариант.
Осмотрен на первичном приеме
Осмотрен на повторном приеме
Не выполнялся
7. Дата первого осмотра пациента врачом
наличие элементов сыпи нет в осмотре
9. Живот:
Отметьте все подходящие варианты.
отсутствие изменений
болезненность при пальпации
напряжение передней брюшной стенки
положительный симптом раздражения брюшины
нет в осмотре
10. Почки:
Отметьте все подходящие варианты.
отсутствие изменений
болезненность при пальпации
положительный симптом «поколачивания»
нет в осмотре
11. Мочевой пузырь
Отметьте все подходящие варианты.
отсутствие изменений
болезненность при пальпации
переполнен
нет в осмотре

12. Лимфатические узлы
спаяны с окружающими тканями
увеличены
болезненные
безболезненные
нет в осмотре
13. Яички:
Отметьте все подходящие варианты.
отсутствие изменений
отсутствие одного или двух яичек в мошонке
увеличение размера одного или двух яичек
уменьшение размера одного или двух яичек
дряблая консистенция одного или двух яичек
болезненность при пальпации
плотное образование участок флюктуации
кистозное образование яичка расширение вен лозовидного сплетения
гидроцеле
нет в осмотре
14. Придатки яичек:
Отметьте все подходящие варианты.
отсутствие изменений увеличение
болезненность при пальпации
кистозное образование придатка
плотное образование придатка
нет в осмотре
15. Половой член
участки уплотнения искривлен
нет в осмотре
16. Крайняя плоть:
Отметьте все подходящие варианты.
отсутствие изменений
крайняя плоть отсутствует
открывается не полностью
не открывается
гиперемия
отечность
эрозии
язвы
творожистый налет
рубцовые изменения
нет в осмотре
17. Головка полового члена:
Отметьте все подходящие варианты.

отсутствие изменений
гиперемия
отечность
эрозии
язвы
творожистый налет
рубцовые изменения
нет в осмотре
18. Края наружного отверстия уретры
обычные
гиперемированы
отечные
сужены
не в типичном месте нет в осмотре
19. Женские половые органы:
Отметьте все подходящие варианты.
обычные
положительная «кашлевая» проба
выворот слизистой уретры
опущение стенок влагалища
нет в осмотре
20. Выделения из половых органов:
Отметьте только один вариант.
отсутствуют
обильные
скудные
нет в осмотре
21. Характер выделений:
Отметьте только один вариант.
гнойные (желто-зеленые)
слизисто-гнойные
белесоватые
слизистые нет в осмотре
22. Пальцевое ректальное исследование:
Отметьте все подходящие варианты.
отсутствие изменений
увеличение размеров
уменьшение размеров
неравномерная плотность
нечеткий, неровный контур
наличие очагов хрящевидной плотности
отсутствие междолевой борозды
спаянность слизистой над простатой

болезненность при пальпации
расширение геморроидальных вен
наличие образования
нет в осмотре
23. По каким системам пациент обследован лечащим врачом?
Отметьте все подходящие варианты.
осмотр кожных покровов
осмотр и пальпация живота
осмотр и пальпация поясничной области
проверка симптома «поколачивания»
пальпация почек через переднюю брюшную стенку
пальпация мочевого пузыря
осмотр области проекции мочевого пузыря
состояние наружных половых органов
осмотр per rectum
осмотр не проводился
24. Пациент посещал врача-терапевта, семейного врача с текущими жалобами перед обращением к врачу-урологу?
Отметьте только один вариант.
да
нет
не отмечено
25. Врач-терапевт, семейный врач назначил лабораторные и инструментальные исследования с целью подготовки к консультации врача-уролога?
Отметьте только один вариант.
да
нет
не отмечено
26. Какие лабораторные исследования проведены для установления диагноза?
Отметьте все подходящие варианты.
общий клинический анализ мочи
посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам
анализ секрета предстательной железы/проба по Никелю
посев эякулята на флору и чувствительность к антибиотикам
общий клинический анализ крови
биохимический анализ крови
ПСА
Тестостерон общий
ФСГ
ЛГ
Пролактин
ГСПГ
АФП
ЛДГ
ХГЧ
лабораторные исследования не назначались
Другое:

27. Какие лабораторные исследования проведены для установления диагноза?
УЗИ мочевого пузыря без определения остаточной мочи
УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи
УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря
УЗИ почек и забрюшинного пространства
УЗИ органов мошонки
Обзорная урография
Экскреторная урография
МСКТ органов брюшной полости без контрастного усиления
МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением
МРТ органов малого таза с контрастным усилением
Урофлоуметрия
Анализ состава камня
инструментальные исследования не назначались
Другое:
28. Назначены ли консультации врачей-специалистов больному?
Отметьте только один вариант.
да
нет
29. Если «да», то каких?
терапевт
невролог
хирург
эндокринолог
нефролог
онкоуролог
гинеколог
дерматовенеролог
уролог стационара
кардиолог
30. Если "Да", то когда проводились консультации врачей-специалистов?
Отметьте только один вариант.
до лечения
во время лечения
после лечения
31. Предварительный диагноз:
уретрит
эпидидемит, орхоэпидидемит, орхит
острый простатит
хронический простатит
баланит, баланопостит
острый цистит
хронический цистит

острый пиелонефрит
хронический пиелонефрит
бессимптомная бактериурия бессимптомная бактериурия беременных
мочекаменная болезнь
гидронефроз
доброкачественная гиперплазия предстательной железы
кистозное образование почки
кистозное образование придатка яичка
кистозное образование яичка
ангиомиолипома
объемное образование почки
объемное образование мочевого пузыря
объемное образование придатка яичка
объемное образование яичка
объемное образование полового члена
синдром гиперактивного мочевого пузыря
стрессовая форма недержания
мочи ургентная форма недержания мочи
смешанное недержание мочи
хроническая болезнь почек
эректильная дисфункция
нормогонадотропный/гипогонадотропный гипогонадизм
Гипергонадотропный гипогонадизм
варикоцеле
гидроцеле
Другое:
32. Обоснование клинического диагноза
анамнез
клиническая картина
лабораторное подтверждение
инструментальное подтверждение
33. Клинический диагноз
уретрит
эпидидемит, орхоэпидидемит, орхит
острый простатит
хронический простатит
баланит, баланопостит
острый цистит
хронический цистит
острый пиелонефрит
хронический пиелонефрит
бессимптомная бактериурия бессимптомная бактериурия беременных
мочекаменная болезнь

гидронефроз
доброкачественная гиперплазия предстательной железы
кистозное образование почки
кистозное образование придатка яичка
кистозное образование яичка
ангиомиолиптома
объемное образование почки
объемное образование мочевого пузыря
объемное образование придатка яичка
объемное образование яичка
объемное образование полового члена
синдром гиперактивного мочевого пузыря
стрессовая форма недержания
мочи ургентная форма недержания мочи
смешанное недержание мочи
хроническая болезнь почек
эректильная дисфункция
нормогонадотропный/ гипогонадотропный гипогонадизм
Гипергонадотропный гипогонадизм
варикоцеле
гидроцеле
34. Имеется ли расхождение между предварительным и клиническим диагнозом
Отметьте только один вариант.
да
нет
35. Дата установления клинического диагноза
Дата:
36. Сколько дней прошло с момента обращения пациента за медицинской помощью до установления клинического диагноза?
Отметьте все подходящие варианты.
1 день
2-3 дня
4-5 дней
6-7 дней
более 7 дней
клинический диагноз установлен при первичном приеме
37. Врач назначил лечение?
Отметьте только один вариант.
Да
Нет
Лечение не требовалось
38. Выбранная методика лечения:
Отметьте все подходящие варианты.

амбулаторная
стационарная
39. Дата госпитализации:
Дата:
40. Дата начала лечения
Дата:
41. Сколько дней прошло с момента первого обращения пациента к врачу до начала лечения дней?
Отметьте только один вариант.
1 день
2-3 дня
4-5 дней
6-7 дней
более 7 дней
лечение назначено при первичном приеме лечение не назначено
42. Лечение основное:
Отметьте все подходящие варианты.
селективные блокаторы альфа-адренорецепторов
селективные агонисты бета-адренорецепторов
селективные блокаторы м-холинорецепторов
ингибиторы 5-фосфоидиэстеразы
ингибиторы 5-альфаредуктазы
антибактериальные препараты
препараты гиалуроновой кислоты
противогрибковые препараты
нестероидные противовоспалительные препараты
местные антисептики
направлен на оперативное лечение
Другое:
43. Лечение вспомогательное:
Отметьте все подходящие варианты.
препараты на основе растительного сырья
витамины
физиопроцедуры
пробиотики
пероральная вакцина
44. Пациент получил рекомендации по дальнейшему лечению, профилактическим мероприятиям?
Отметьте только один вариант.
да
нет

45. Пациенту требуется диспансерное наблюдение?
Отметьте только один вариант.
да
нет
46. Пациент взят под диспансерное наблюдение?
Отметьте только один вариант.
да
нет

Информационная модель для проведения экспертной оценки

№ анкеты
1. Корректно ли отражены жалобы пациента? (4)
Отметьте только один вариант.
да
нет
жалоб не было
2. В полном ли объеме выяснен врачом анамнез жизни пациента? (5)
Отметьте только один вариант.
да
нет
3. Если “НЕТ”, то, что осталось не выясненным (5)
Отметьте все подходящие варианты.
перенесенные заболевания
перенесенные операции
сопутствующие заболевания
аллергоанамнез
как лечился до обращения
акушерский анамнез (у женщин)
вредные привычки
время начала заболевания
с чем больной связывает начало заболевания
Другое:
4. В полном ли объеме оценен врачом-урологом объективный статус пациента в данном клиническом случае? (6-23)
Отметьте только один вариант.
да
нет
5. Если “НЕТ”, то, что оценено не полностью? (23)
Отметьте все подходящие варианты.
осмотр кожных покровов
осмотр и пальпация живота
осмотр и пальпация поясничной области
проверка симптома «поколачивания»
пальпация почек через переднюю брюшную стенку
пальпация мочевого пузыря
осмотр области проекции мочевого пузыря
состояние наружных половых органов
Осмотр предстательной железы per rectum
осмотр не выполнялся

6. Обоснованность назначения лабораторных исследований (26):
Отметьте только один вариант.
все назначения обоснованы
более половины назначений обосновано
половина назначений обоснована
менее половины назначений обоснованы
все назначения не обоснованы
лабораторные исследования не назначены обоснованно
лабораторные исследования не назначены необоснованно
7. В полном ли объеме назначены лабораторные исследования? (25)
Отметьте только один вариант.
назначены все необходимые исследования
назначены более половины необходимых исследований
назначена половина необходимых исследований
назначены менее половины необходимых исследований
ни одно необходимое исследование не назначено
8. Какие лабораторные исследования назначены не обосновано? (25)
Отметьте все подходящие варианты.
общий клинический анализ мочи
посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам
анализ секрета предстательной железы/проба по Никелю
посев эякулята на флору и чувствительность к антибиотикам
общий клинический анализ крови
биохимический анализ крови
ПСА
Тестостерон общий
ФСГ
ЛГ
Пролактин
ГСПГ
АФП
ЛДГ
ХГЧ
Другое:
9. Какие лабораторные исследования не назначены? (25)
Отметьте все подходящие варианты.
общий клинический анализ мочи
посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам
анализ секрета предстательной железы/проба по Никелю
посев эякулята на флору и чувствительность к антибиотикам
общий клинический анализ крови
биохимический анализ крови
ПСА

Тестостерон общий
ФСГ
ЛГ
Пролактин
ГСПГ
АФП
ЛДГ
ХГЧ
Другое:
10. Обоснованность назначения инструментальные исследований (27):
Отметьте только один вариант.
все назначения обоснованы
более половины назначений обосновано
половина назначений обоснована
менее половины назначений обоснованы
все назначения не обоснованы
инструментальные исследования не назначены обоснованно
инструментальные исследования не назначены необоснованно
11. В полном ли объеме назначены инструментальные исследования? (27):
Отметьте только один вариант.
все назначения обоснованы
более половины назначений обосновано
половина назначений обоснована
менее половины назначений обоснованы
все назначения не обоснованы
12. Какие инструментальные исследования назначены не обосновано? (27)
Отметьте все подходящие варианты.
УЗИ мочевого пузыря без определения остаточной мочи
УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи
УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря
УЗИ почек и забрюшинного пространства
УЗИ органов мошонки
Обзорная урография
Экскреторная урография
МСКТ органов брюшной полости без контрастного усиления
МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением
МРТ органов малого таза с контрастным усилением
Другое:
13. Какие инструментальные исследования не назначены? (27)
Отметьте все подходящие варианты.
УЗИ мочевого пузыря без определения остаточной мочи
УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи
УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря

УЗИ почек и забрюшинного пространства
УЗИ органов мошонки
Обзорная урография
Экскреторная урография
МСКТ органов брюшной полости без контрастного усиления
МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением
МРТ органов малого таза с контрастным усилением
Другое:
14. Обоснованность назначения врачом-урологом консультаций специалистов? (29)
Отметьте только один вариант.
все назначения обоснованы
более половины назначений обосновано
половина назначений обоснована
менее половины назначений обоснованы
все назначения не обоснованы
консультация врача-специалиста не требовалась в данном клиническом случае
15. В полном ли объеме назначены консультации врачей-специалистов? (29)
Отметьте только один вариант.
назначены все необходимые специалисты
назначены более половины необходимых специалистов
назначена половина необходимых специалистов
назначены менее половины необходимых специалистов
ни один необходимый специалист не назначен
16. Какие назначения консультаций специалистов не обоснованы? (29)
Отметьте только один вариант.
врач-терапевт
врач-невролог
врач-хирург
врач-эндокринолог
врач-нефролог
врач-онкоуролог
врач-гинеколог
врач-дерматовенеролог
врач-уролог стационара
Другое:
17. Какие консультации специалистов не назначены? (29)
Отметьте только один вариант.
врач-терапевт
врач-невролог
врач-хирург
врач-эндокринолог
врач-нефролог

врач-онкоуролог
врач-гинеколог
врач-дерматовенеролог
врач-уролог стационара
Другое:
18. В полном ли объеме обследован пациент врачом-урологом при первичном обращении за медицинской помощью? (5-30)
Отметьте только один вариант.
да
нет
19. В чем, на Ваш взгляд, причины необоснованного и неполного обследования пациента? (5-30) Отметьте все подходящие варианты.
недостаточная квалификация врача в данном случае
невнимательность врача
малые временные возможности в связи с перегрузкой врача
излишняя торопливость
низкая доступность исследований
отсутствие необходимого врача-консультанта
отсутствие желания врача осматривать больного
полный объективный осмотр не требовался в данном клиническом случае
20. Согласны ли Вы с установленным врачом-урологом клиническим диагнозом? (33) Отметьте только один вариант.
да
нет
21. Имеет ли место поздняя постановка клинического диагноза? (35-36)
Отметьте только один вариант.
да
нет
22. Согласны ли Вы с выбранными условиями лечения? (37)
Отметьте только один вариант.
да
нет
23. Если «НЕТ», то в каких условиях больной должен получать медицинскую помощь? (35) Отметьте только один вариант.
амбулаторных
стационарных
24. Пациент мог получить лечебные рекомендации на первичном приеме? (31-39)
Отметьте только один вариант.
да
нет
25. Требовалось ли назначить лечение пациенту при первичном обращении до обследования? (40) Отметьте только один вариант.

да
нет
26. Согласны ли Вы с назначенным лечебными рекомендациями? (если назначено) (41-42)
Отметьте только один вариант.
да
нет
27. Если «НЕТ», то какого характера изменения необходимо было внести (41-42)
Отметьте только один вариант.
изменить тактику ведения пациента
изменить лекарственный препарат для лечения
изменить длительность лечения
изменить дозировку/ кратность приема препарата
начать подготовку к оперативному лечению
28. Соответствует ли назначенное лечение современным клиническим рекомендациям? (если назначено) (41-42)
Отметьте только один вариант.
да
нет
частично
29. Согласны ли Вы с рекомендациями по дальнейшему лечению, профилактическим мероприятиям? (если назначено) (48)
Отметьте только один вариант.
да
нет
30. Если «НЕТ», то какие рекомендации нужно было дать (48):
Отметьте только один вариант.
установить время повторной явки
периодический контроль лабораторных анализов
периодическое прохождение инструментальных исследований
Другое:
31. Требуется ли данному пациенту диспансерное наблюдение? (49-50)
Отметьте только один вариант.
да
нет

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ
ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЦЕНТР
НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ», МЕДИЦИНСКИЙ
ЦЕНТР «НОРМА»
(ООО «ЦНМТ», медицинский центр
«Норма»)**

601650, Владимирская область, г.
Александров, ул. Институтская, д. 1
Тел. 8-4922-43-39-77
<http://aleksandrov.norma33.ru>
Электронная почта: call@norma33.ru
ОГРН: 1113334004838
ИНН: 3334017680

В диссертационный совет
Д 21.1.076.01
При ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава
России
127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

19 ноября 2024 г. №_7а__

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач ООО «ЦНМТ»,
медицинский центр «Норма») Р.В.
Ханалиев
19 ноября 2024 г.

АКТ

внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Ендовицкого Александра Александровича «Совершенствование качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях» по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Результат диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Ендовицкого Александра Александровича «Совершенствование качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях», а именно разработанная в рамках исследования модель экспертной оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях с использованием карты экспертной оценки внедрена и используется для контроля качества оказываемой медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях.

Заведующий урологическим отделением

Рамзанов Н.А.



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ
МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ФКУЗ «МСЧ МВД России по Московской
области»)**

127299, г. Москва, ул. Новая Ипатовка, д. 3

Тел. 8-499-159-53-05

<http://мсч.50.мвд.рф>

Электронная почта: MSCH_50@MVD.ru

ОГРН: 1067746508576

ИНН: 7713583372

15 декабря 2023 г. № ____

В диссертационный совет

Д 21.1.076.01

При ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

«УТВЕРЖДАЮ»

Врио начальника МСЧ МВД России по
Московской области С.И. Бирюлькин

15 декабря 2023 г.

АКТ

внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Ендовицкого Александра Александровича «Совершенствование качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях» по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Результат диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Ендовицкого Александра Александровича «Совершенствование качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях», а именно разработанная в рамках исследования модель экспертной оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях с использованием карты экспертной оценки внедрена и используется для контроля качества оказываемой медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях.

Начальник хирургического отделения



А.А. Гончаров



ЦНИИОИЗ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

RUSSIAN RESEARCH INSTITUTE OF HEALTH

Добролюбова ул., д.11, Москва, 127254,

тел.: (495) 619-10-83, (495) 618-22-01 доб. 333, e-mail: mail@mednet.ru, http://www.mednet.ru
ОКПО 18987596, ОГРН 1027739277235, ИНН/КПП 7715217798/771501001

УТВЕРЖДАЮ
 Директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»
 Минздрава России, д.м.н., профессор
 Кобякова О.С.
 2024 г.

АКТ

внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Ендовицкого Александра Александровича «Совершенствование качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях» по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Комиссия в составе: председатель - начальник управления по организации научно-практических и образовательных мероприятий, к.м.н. Ковширина Юлия Викторовна

члены комиссии:

ученый секретарь, д.м.н., доцент Люцко Василий Васильевич

начальник отдела научных основ организации здравоохранения, д.м.н., доцент Ходакова Ольга Владимировна

подтверждает, что предложения, разработанные в рамках диссертационного исследования Ендовицкого Александра Александровича «Совершенствование качества медицинской помощи по профилю «урология» используются при чтении лекций и проведении семинарских занятий по вопросам организации оказания медицинской помощи населению по профилю «урология» при обучении врачей-ординаторов и аспирантов по направлению подготовки 3.2 «Профилактическая медицина» специальности 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза».

Председатель комиссии:

Ковширина Юлия Викторовна

Члены комиссии:

Люцко Василий Васильевич

Ходакова Ольга Владимировна



МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛИНИКА ГЕМОСТАЗА

г. Москва, Большой Афанасьевский пер., д. 22

тел.: 8(495)632-01-17, 8(495) 691-04-39

www.gemostaz.ru

УТВЕРЖДАЮ



Директор Международной
клиники гемостаза

Флейшман В.С.

02 2025 г.

АКТ

внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Ендовицкого Александра Александровича «Совершенствование качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях» по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Результат диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Ендовицкого Александра Александровича «Совершенствование качества медицинской помощи по профилю «урология», оказываемой в амбулаторных условиях», а именно разработанная в рамках исследования модель экспертной оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях с использованием карты экспертной оценки внедрена и используется для контроля качества оказываемой медицинской помощи по профилю «урология» в амбулаторных условиях.

Научный руководитель клиники гемостаза,
доктор медицинских наук

С.М. Баймурадова