

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ»
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

**ГРИДНЕВ
ОЛЕГ ВЛАДИМИРОВИЧ**

**РЕФОРМИРОВАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ В СТОЛИЧНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ПРИМЕРЕ
СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО ОКРУГА**

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Научный консультант - доктор медицинских наук,
А.В. БЕЛОСТОЦКИЙ

Москва - 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ	15
ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	55
2.1. Методика и организация исследования	55
2.2. Характеристика базы исследования	67
ГЛАВА 3. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ	69
ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ СВАО В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	89
4.1. Организация трехуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению СВАО	89
4.2. Анализ кадровой ситуации в амбулаторно-поликлинических учреждениях СВАО	103
4.3. Основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений СВАО	113

ГЛАВА 5. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СВАО ГОРОДА МОСКВЫ	134
5.1. Анализ структурных изменений объемных и экономических показателей деятельности АПУ при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях внедрения трехуровневой системы в СВАО г. Москвы	134
5.2. Сравнительный анализ изменения структуры финансирования и расходования средств амбулаторно-поликлинических учреждений взрослой сети при внедрении трехуровневой системы	138
ГЛАВА 6. СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СВАО Г. МОСКВЫ	165
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	187
ВЫВОДЫ	204
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	209
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	211
ПРИЛОЖЕНИЯ	234

ВВЕДЕНИЕ

Главной целью социальной политики Российской Федерации является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг, прежде всего, надлежащего качества медицинской помощи.

Особое место в укреплении и сохранении здоровья населения принадлежит системе здравоохранения, основной задачей которой на сегодняшний день является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, прежде всего, первичной медико-санитарной помощи.

С 1 января 2011 г. в стране началась реализация региональных программ модернизации здравоохранения, которые представляют собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям и срокам реализации, направленных на модернизацию структуры медицинских учреждений, улучшение их оснащенности, расширение охвата населения современными специализированными, в том числе высокотехнологичными методами диагностики и лечения, внедрение порядков и федеральных стандартов оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях с целью повышения доступности и качества оказания медицинских услуг. Построение современной многоуровневой системы здравоохранения в настоящее время стало стратегическим направлением реформирования отрасли. Как отметила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, суть программы модернизации заключается не только в ремонте и закупке нового оборудования, хотя и это важно, но «главная цель – чтобы в течение двух лет каждый регион смог выстроить трехуровневую систему здравоохранения, фактически заново разработав стратегию движения больных в зависимости от профиля, остроты и тяжести заболевания. Правильное территориальное размещение лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ) разного уровня, их обновление и оснащение, а также выстраивание правильных связей между ними - это и есть важнейшая задача модернизации». Общий объем финансового обеспе-

чения региональных программ модернизации в 2011-2012 гг. составил 385,343 млрд. руб.

Программы включают в себя три основных направления:

1 - укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе их текущий и капитальный ремонт, приобретение медицинского оборудования;

2 - внедрение современных информационных систем в здравоохранение;

3 - внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Среди основных преобразований системы общественного здравоохранения, определяемых программами модернизации, доминируют мероприятия по приоритетному развитию первичного звена здравоохранения, совершенствованию его лечебно-профилактической деятельности. Так, Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 60 было определено, что в рамках реализуемых в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (специалистами с высшим медицинским образованием), должны осуществляться органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по следующим направлениям:

- обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь;

- предоставление амбулаторной медицинской помощи, в том числе врачами-специалистами, в соответствии со стандартами ее оказания, включая обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий;

- введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

Установлено, что перечень данных мероприятий с указанием медицинских организаций, участвующих в их реализации, индикаторы реализации данных мероприятий должны включаться в региональную программу модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Сохранение и укрепление здоровья населения является одним из основных направлений социальной политики Правительства Москвы. В Москве, крупнейшем мегаполисе страны, функционирует особая модель здравоохранения, обусловленная наличием значительных миграционных потоков, развитой сетью частных медицинских учреждений, большим числом ведомственных и федеральных медицинских организаций, а также нерациональностью сети и несоответствием распределения кадровых ресурсов приоритетным направлениям развития здравоохранения.

Вместе с тем, государственная система здравоохранения города Москвы имела заметные диспропорции в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. Соотношение объемов первичной медико-санитарной помощи и специализированной (стационарной) медицинской помощи составляет соответственно 40% и 60%, что не соответствует современным мировым тенденциям формирования эффективной и доступной организационной модели здравоохранения и ведет к существенному удорожанию медицинской помощи, снижению эффективности системы здравоохранения.

Ключевые проблемы системы здравоохранения г. Москвы, требовавшие решения:

- устаревшая материально-техническая база и изношенность зданий медицинских учреждений;
- несоответствие большей части медицинских учреждений стандартам оснащения медицинским оборудованием;
- отсутствие должной преемственности между участковой терапевтиче-

ской службой и врачами-специалистами;

- дефицит медицинских кадров первичного звена здравоохранения;
- низкая эффективность работы амбулаторного звена, недостаточная преемственность в работе амбулаторных и стационарных учреждений;
- фрагментарность информационного пространства и низкий уровень информационной открытости системы здравоохранения для ее участников;
- недостаточное урегулирование организационно-финансовых вопросов оказания медицинской помощи иногородним гражданам и лицам без гражданства;
- низкий уровень удовлетворенности граждан медицинской помощью.

Таким образом, в здравоохранении города сложилась ситуация, требовавшая реформирования организации предоставляемой населению медицинской помощи с целью повышения ее доступности и качества, эффективности использования ресурсов (материальных, финансовых, кадровых, информационных).

С учетом задач, поставленных в Посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации, Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации, а также важнейших решений, принятых Президентом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации, и в целях реализации ряда региональных нормативно-распорядительных актов, рассмотренных в соответствующей главе диссертационной работы, в 2011 г. в Москве было начато беспрецедентное по масштабу и финансовому обеспечению реформирование столичного здравоохранения.

Улучшение здоровья населения города Москвы на основе повышения качества и доступности оказания медицинской помощи явилось целью Государственной программы г. Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», разработанной в связи с постановлением Правительства Москвы от 2 февраля

2011 г. № 23-ПП «Об утверждении перечня первоочередных государственных программ г. Москвы».

Для достижения указанной цели определены следующие стратегические задачи:

- приведение мощности и структуры сети учреждений системы здравоохранения в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи;

- совершенствование технологий оказания медицинской помощи;

- переход к более эффективной организации медицинской помощи;

- создание единого информационного пространства в системе здравоохранения города Москвы;

- проведение эффективной кадровой политики.

Государственная программа реализуется в три этапа:

- начальный этап – 01.01.2011 г. – 31.12.2012 г.

- основной этап – 01.01.2013 г. – 31.12.2015 г.

- завершающий этап – 01.01.2016 г. – 31.12.2016 г.

В рамках реализации подпрограммы «Формирование эффективной системы организации медицинской помощи» и в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 38 от 20.01.2012 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы» началось поэтапное формирование трехуровневой системы организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи: амбулаторно-поликлинические учреждения (первичная помощь населению), амбулаторные центры (специализированная медико-санитарная помощь) и консультативно-диагностические отделения - структурные подразделения стационаров.

В настоящее время запланированные мероприятия для реализации указанных преобразований воплощаются в жизнь и играют определенную позитивную роль в укреплении и экономической стабилизации системы здравоохранения города. В данном аспекте представляется актуальным изучение

опыта формирования трехуровневой системы как более эффективной модели организации оказания медицинской помощи населению города. Актуальность настоящего исследования определяется и необходимостью рассмотрения состояния нормативной правовой базы, регламентирующей организацию оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях формирования трехуровневой модели, оценки предварительных результатов ее внедрения на территории Москвы. Освещение данного вопроса в доступной нам литературе фрагментарно и явно недостаточно.

Практика показывает, что для реализации любых инновационных проектов необходимо их научно-методическое обоснование и научное сопровождение в конкретных условиях. Создаваемая система организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению г. Москвы является инновационным правительственным проектом и требует своего анализа, что определяет как новизну, так и актуальность проведения настоящего исследования.

Исходя из вышеизложенного, определены цель и задачи диссертационного исследования.

Цель исследования:

Научно обосновать направления совершенствования организации, планирования и финансирования амбулаторно-поликлинической службы в условиях реформирования системы первичной медико-санитарной помощи.

Задачи исследования:

1. Изучить и обобщить зарубежный и отечественный опыт по реформированию системы первичной медико-санитарной помощи.
2. Разработать программу и методику проведения исследования.
3. Провести анализ законодательных и нормативных правовых актов по реформированию системы первичной медико-санитарной помощи в отечественном здравоохранении.
4. Провести сравнительный анализ объемов лечебно-профилактической деятельности учреждений здравоохранения СВАО г. Москвы, оказывающих

первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, их кадрового потенциала за пятилетний период – 2009-2013 гг.

5. Проанализировать финансовое обеспечение деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в рамках внедрения трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

6. Провести социологическое исследование с целью изучения удовлетворенности пациентов организацией, качеством и доступностью медицинской помощи в условиях функционирования трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи.

7. Разработать предложения по совершенствованию реформирования системы первичной медико-санитарной помощи.

Научная новизна исследования

Обобщен опыт организации амбулаторно-поликлинической помощи в России и за рубежом, представлена характеристика проблем, сопровождающих проведение преобразований в организации оказания населению амбулаторной помощи. Проведен углубленный анализ законодательной и нормативной правовой базы, обеспечивающей реализацию мероприятий, предусмотренных Программой модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы и Государственной программой «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранения) на 2012-2016 годы» с позиции оценки их адекватности современной ситуации в здравоохранении, достаточности для практической реализации в соответствии с местными условиями.

Представлен анализ организации системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению столичного региона в условиях реализации мероприятий вышеуказанных программ. Проанализированы в динамике ресурсное обеспечение, объемы и основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений, новых организационных структур, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Проанализи-

зировано финансовое обеспечение деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в рамках функционирования новой трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи населению.

Изучено отношение населения к процессу и результатам внедрения трехуровневой модели организации первичной медико-санитарной помощи по результатам социологического исследования с целью оценки удовлетворенности и выявления возможных организационных и других проблем. Разработаны предложения по совершенствованию организации, планирования и финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реализации программ реформирования столичного здравоохранения.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме. Разработана методика исследования, статистический инструментарий, организовано извлечение сведений из первичной медицинской документации, проведено анкетирование. Математико-статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, проводилась с личным участием автора. Автором осуществлен анализ, интерпретация собранных материалов, сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлена диссертационная работа. При оформлении диссертации в ней учтены результаты научных работ, выполненных автором лично или в соавторстве.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.02.03 – «общественное здоровье и здравоохранение», конкретно пунктам 2,3 и 4.

Практическая значимость исследования

По результатам проведенного исследования разработаны предложения по совершенствованию нормативно-методической базы реализации трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, сформулирован также ряд предложений по организации ра-

боты медицинских организаций в рамках трехуровневой системы первичной медико-санитарной помощи, которые прошли апробацию в формате пилотных проектов в учреждениях СВАО г. Москвы и после подтверждения эффективности рекомендованы Департаментом здравоохранения города Москвы для внедрения в работу государственных амбулаторно-поликлинических учреждений города Москвы (служба дежурных администраторов, единый диспетчерский центр неотложной медицинской помощи, единый формат информационного пространства учреждения и пр.).

Результаты исследования использованы ГКУ ДЗ СВАО в подготовке ряда распорядительных документов по различным вопросам в процессе реформирования амбулаторно-поликлинической сети в ходе внедрения трехуровневой модели первичной медико-санитарной помощи. Полученные результаты играли важную роль при определении направления развития взаимодействия амбулаторно-поликлинических учреждений и их структурных подразделений с целью формирования эффективной системы первичной медико-санитарной помощи, развития рациональной маршрутизации пациентов, формировании нормативной базы учреждений и системы отчетности для контроля эффективности работы учреждения в новой системе.

Материалы исследования использованы при подготовке информационно-аналитических материалов к регулярным заслушиванием на Коллегиях Департамента здравоохранения города Москвы по различным вопросам организации первичной медико-санитарной помощи, при формировании докладов на производственных совещаниях ДЗМ и ГКУ ДЗ СВАО (Департамент здравоохранения города Москвы и Государственное казенное учреждение "Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Северо-Восточного административного округа города Москвы"), для обсуждения с членами общественных советов округа.

Анкета социологического опроса, использованная в исследовании, внедрена для работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях округа. Результаты социологического опроса учтены в работе по формированию

дальнейших направлений развития медицинских организаций и принятии соответствующих управленческих решений.

Результаты проведенного исследования будут способствовать дальнейшему совершенствованию организации трехуровневой системы первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в рамках реализации программы модернизации здравоохранения, повышения доступности и качества медицинской помощи.

Результаты исследования могут быть использованы в учебно-педагогическом процессе, а также в работе учреждений здравоохранения, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.

По результатам исследования опубликовано ---- работ, в том числе -- - в изданиях, включенных в утвержденный ВАК «Перечень периодических изданий».

Апробация материалов исследования

Материалы исследования доложены и обсуждены на Международной научно-практической конференции «Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации» (Москва, 2012 г.); ежегодных Международных научно-практических конференциях «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2013-2014 гг.); Международной конференции «Медицинская реабилитация и курортология» (г. Марианские Лазы, Чехия, 2013 г.); Международном симпозиуме «Актуальные вопросы истории медицины здравоохранения» (Москва, 2013 г.). Результаты исследования обсуждены на производственных совещаниях с главными врачами амбулаторно-поликлинических учреждений в ГКУ ДЗ СВАО.

Положения, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа нормативных правовых документов, регламентирующих деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи в условиях реализации программы реформирования столичного здравоохранения.

2. Результаты анализа реализации трехуровневой системы организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению СВАО.

3. Основные направления совершенствования организации, планирования и финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реформирования системы первичной медико-санитарной помощи.

ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Современная система здравоохранения России создана практически за последние полстолетия. Её развитие планировалось исходя из численности населения и перераспределения по территории. Помимо этого служба адаптировалась к изменениям возрастного состава населения, главным проявлением которого было демографическое старение. Немаловажное значение имело формирование современной системы здравоохранения в конце первого этапа эпидемиологического перехода в России, в результате успешного осуществления которого кардинально изменилась возрастная структура заболеваемости и смертности, и их причины. Следует учитывать, что Россия еще не преодолела качественно отличный от первого второй этап перехода – фундаментальную социально-демографическую трансформацию, модернизирующую всю структуру причин смерти и за счет этого обеспечивающую современный устойчивый рост продолжительности жизни (Вишневский В., 2010). К началу нового столетия перед здравоохранением отчетливо выявились две в одинаковой степени острые проблемы: с одной стороны, структура патологии раннего индустриального общества, поражающая преимущественно молодое трудоспособное население; с другой, проблемы, характерные для зрелого индустриального и постиндустриального общества (Стародубов В.И., 2004).

На протяжении более чем 20 последних лет отечественное здравоохранение находилось в состоянии реформирования – модернизации. В центре внимания находилась, главным образом, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) - зона первого контакта населения со службами здравоохранения. Система первичной медицинской помощи обеспечивает не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению. Опыт экономически развитых стран

показывает, что медицинскую помощь большинство взрослого и детского населения получает в системе первичной медико-санитарной помощи, в том числе у врачей общей практики (ВОП). Однако определение первичной медико-санитарной помощи в ряде стран заметно различается. В США, например, существует 92 определения ПМСП, поскольку все они рассматриваются с различных точек зрения: концепции, уровня, содержания услуг, процесса и видов деятельности и т.п.

По определению ВОЗ, первичная медико-санитарная помощь – это совокупность взаимосвязанных мероприятий медико-санитарного и лечебно-профилактического характера, реализуемых на уровне первичного контакта гражданина с системой здравоохранения с учетом сложившихся и формируемых условий среды обитания и образа жизни и направленных на сохранение, восстановление и укрепление здоровья. Согласно основным положениям Алма-атинской декларации (1978 г.), первичная медицинская помощь - «существенная медицинская помощь, основанная на практических, научно устойчивых и социально приемлемых методах и технологиях, универсально доступная как для отдельных лиц, так и их семей и по стоимости, которую сообщество и страна могут позволить себе поддерживать на каждом этапе своего развития в духе уверенности в своих силах и самоопределения» (1978). Первичная медико-санитарная помощь призвана обеспечить каждому человеку, каждой семье вести здоровый, продуктивный в социальном и экономическом плане, образ жизни (Шарабчиев Ю.Т. с соавт., 2010).

Таким образом, первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и в большинстве стран бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи, включающим: лечение наиболее распространенных болезней и травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства. Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих

срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях). Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий (Алексеев В.А. с соавт., 2009). Наличие сильной системы первичной медицинской помощи в стране значимым образом ассоциируется со снижением преждевременной смертности от целого ряда заболеваний (Macinko J. et al., 1998).

Из «Основ охраны здоровья граждан РФ» (2011 г.) следует, что «первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения».

Интересно, что рубеж, где сходятся первичная медико-санитарная помощь и специализированные виды помощи, динамичен и быстро меняется. Для стран Европейского региона комплекс мероприятий, передаваемых в первичную помощь, быстро увеличивается. Многие из видов специализированной амбулаторной помощи переносятся в первичное звено посредством специальных клиник, использующих модели совместного оказания помощи. Даже стационарные услуги, традиционно оказываемые в больницах специалистами, переносятся в первичное звено посредством моделей оказания стационарной помощи в домашних условиях.

Несмотря на то, что общая практика является нераздельной частью первичной помощи, эти термины не являются синонимами. Роль врача общей практики указывает на широту оказываемых услуг первичной помощи и степень единообразия в предоставлении таких услуг. В промышленно развитых странах врач общей практики является единственным клиническим специалистом, который работает на девяти уровнях оказания помощи: профилакти-

ка, предсимптоматическая диагностика заболевания, ранняя диагностика, диагностирование установленного заболевания, ведение заболевания, ведение осложнений заболевания, реабилитация, помощь при терминальных состояниях и консультирование.

Согласно материалам ВОЗ, первичная медико-санитарная помощь в странах Восточной Европы (страны СНГ) включает в себя следующую примерную структуру: амбулаторно-поликлиническую, скорую, неотложную и общепрофильную медицинскую помощь (лечебно-профилактическая помощь), хотя ее организация в каждой стране имеет особенности. В большинстве стран СНГ в городах указанная помощь оказывается территориальными поликлиниками для взрослых и детскими поликлиниками, медсанчастями, женскими консультациями, врачебными и фельдшерскими здравпунктами. В сельской местности первым звеном в системе этой помощи являются лечебно-профилактические учреждения сельского врачебного участка: участковая больница, амбулатория, фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты, медицинские профилактории. Для жителей районного центра основным учреждением, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, является поликлиника центральной районной больницы. Неотложная помощь населению городов оказывается пунктами (отделениями) медицинской помощи на дому; жителям сельской местности – средними медработниками фельдшерско-акушерских пунктов, врачами амбулаторий и участковых больниц. Для оказания скорой медицинской помощи в городах создана широкая сеть соответствующих станций (подстанций); в сельских административных районах организованы станции скорой медицинской помощи или отделения скорой медицинской помощи при центральных районных больницах.

Особое место в системе первичной медико-санитарной помощи занимает выездная помощь, оказываемая выездными врачебными бригадами, а также подвижными средствами и комплексами медицинского назначения. Выездные службы формируются обычно на базе центральных районных, областных, краевых, республиканских и крупных городских больниц. Проведение

ние санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий возлагается на санитарно-эпидемиологическую службу при непосредственном участии врачей и средних медработников территориальных и производственных врачебных участков. Территориальная доступность первичной медико-санитарной помощи обеспечивается рациональным размещением медицинских учреждений с учетом сложившихся и перспективных систем расселения населения, а также ряда других факторов.

В осуществлении первичной медико-санитарной помощи, в том числе и в странах СНГ, наиболее велика роль врачей амбулаторно-поликлинических учреждений. Врач-терапевт (участковый врач) обеспечивает своевременную квалифицированную терапевтическую помощь населению участка в поликлинике (амбулатории) и на дому; организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации населения участка; координацию деятельности с врачами-специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений, санитарным и общественным активом. Основными задачами врача-терапевта участкового цехового врачебного участка являются оказание рабочим и служащим квалифицированной терапевтической помощи, участие в проведении профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности, профессиональных болезней и травматизма, улучшение санитарно-гигиенических условий труда. В работе медперсонала учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, ведущая роль принадлежит профилактике.

Страны со сравнительно эффективной системой здравоохранения, как правило, имеют развитую структуру первичной медико-санитарной помощи. Доступные международные исследования свидетельствуют, что системы первичной медико-санитарной помощи чаще ассоциируются с улучшением состояния здоровья населения. Более того, развитие первичной медико-санитарной помощи ассоциируется с более высоким уровнем удовлетворенности пациентов и снижением совокупных издержек на оказание помощи, в то время как ориентирование систем здравоохранения на специализирован-

ные виды помощи усиливает различия в доступности медицинской помощи (Шарабчиев Ю.Т. с соавт., 2010).

В российском здравоохранении важными индикаторами происходящих преобразований было сокращение коек и доли затрат, идущих на стационарный и амбулаторный сектора. В течение этих лет происходила отладка отдельных звеньев и проблемных участков здравоохранения. Одним из важнейших, рассматривалась амбулаторно-поликлиническая помощь населению - вид медицинской помощи, оказываемой больным на приеме в поликлинике (амбулатории) и при посещении больных медицинским работником на дому. Как наиболее массовая и общедоступная, амбулаторно-поликлиническая помощь имеет первостепенное значение в медицинском обслуживании населения. Именно в амбулаторно-поликлинических учреждениях оказывалось до 80-90% все первичной медико-санитарной помощи (Лисицын Ю.П., 2006,2009).

Несмотря на то, что лечение в больницах продолжает, безусловно, занимать ключевое место в оказании медицинской помощи, во многих странах растет интерес к оказанию медицинской помощи за пределами стационара, чему есть оправданное объяснение: высокая стоимость стационарного лечения; более высокая доступность медицинской помощи вне стационара; проблемы в организации стационарного лечения, особенно в территориях с низкой плотностью населения. Значимость амбулаторно-поликлинической помощи определяется тем, что от ее качества во многом зависит работа больничных учреждений и потребность в койках. Надлежащая поликлиническая помощь повышает эффективность использования больничных коек.

С началом перехода на рыночную экономику и реформирования здравоохранения в стране совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи является одним из приоритетных направлений развития системы здравоохранения. Оно направлено на улучшение условий и увеличение объема и качества амбулаторно-поликлинической помощи, особенно профилактической. Проблема оптимизации системы амбулаторно-поликлинической

помощи необходима и актуальна для стабилизации и уменьшения негативных тенденций в состоянии здоровья населения. Именно недостаточность объема и качества амбулаторно-поликлинической помощи была одной из причин негативных ситуаций в здоровье населения (Дюкарева А.М., 2012).

Зачатки амбулаторно-поликлинической помощи больным появилась еще в XI в. в Киевской Руси. Первоначально «безвозмездное врачевание» приходящим больным было вменено в обязанность «больницам, находящимся при церквях», где прием вели знахари и знахарки, куда обращался за помощью простой люд. Вплоть до XVI в. медицинское дело не подлежало ведению государства, ввиду раздробленности Руси на феодальные княжества, на территории которых хотя и вводились санитарные, карантинные меры, приглашались на службу и русские, и иностранные доктора, единой организации или службы здравоохранения не было. И только после создания централизованного русского государства под властью Москвы стали возможными организация государственных медицинских учреждений и издание соответствующих установлений по медицинскому делу. Указом Ивана Грозного была учреждена так называемая Царева, или Придворная, аптека (1581), выполняющая функции по оказанию медицинской помощи царю, его семье, ближним боярам. Вскоре был учрежден Аптекарский приказ по управлению медицинским делом государства. В 1620 г., ускоренные тяжелыми эпидемиями оспы, чумы, холеры, возникают первые светские амбулатории, где прием вели врачи.

Петровские реформы послужили началом реорганизации всего медицинского дела: была создана Медицинская канцелярия вместо Аптекарского приказа. В 1738 г. при главной аптеке Петербурга была учреждена должность врача для бедных, возникла первая в Европе бесплатная амбулатория.

В 1804 г. впервые в истории России основы амбулаторной помощи, которая оказывалась в городах при больницах, были введены в программу преподавания на медицинских факультетах университетов. Самостоятельные учреждения амбулаторно-поликлинического типа стали развиваться лишь в

80-х гг. XIX века, чему способствовало развитие земской и фабричной медицины. Земская реформа создала систему медицинской помощи, в основе которой - участковое обслуживание, разъездная врачебная помощь, общедоступность, бесплатность для всех плательщиков земских повинностей, диспансеризация. Земскими врачами были впервые разработаны и внедрены индивидуальные карты больных, позже признанные наиболее совершенной формой сбора данных о заболеваемости в амбулаторных условиях. На фундаменте земского здравоохранения и сформировалась современная двухуровневая система оказания медицинской помощи (или модель Семашко, как называют её за рубежом) - две мало интегрированные между собой структуры: амбулаторно-поликлинический этап (поликлиника, скорая медицинская помощь) и стационарный.

Усиленное развитие амбулаторно-поликлиническая помощь в России, как часть первичной медико-санитарной помощи, получила с 20-х гг. XX в., т. е. в годы становления отечественной системы здравоохранения. По соглашению Наркомздрава РСФСР и ВЦСПС на предприятиях начали создаваться пункты медицинской помощи, амбулатории стационары. В 1929 г. опубликовано Постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», в котором главное внимание уделялось организации медицинской помощи, в том числе и амбулаторной. Важным методом профилактики объявлялась диспансеризация, которая в то время в силу многих объективных причин фактически была сведена к регистрации заболеваний и медицинским осмотрам. Совершенствовалась система охраны материнства и детства, значительно увеличилась сеть детских поликлиник и женских консультаций. Накануне войны, несмотря на ошибки и просчеты, репрессии, унесшие тысячи жизней специалистов здравоохранения, государственная система здравоохранения, на принципах профилактики, планирования, доступности и т. д., была построена.

К 1950 г., даже учитывая громадный ущерб, нанесенный народному хозяйству страны в годы войны (было уничтожено 40 000 больниц и поликли-

ник), число медицинских учреждений не только достигло довоенного уровня, но и возросло. В эти годы ведется подготовка к диспансеризации в поликлинике. В период с 1961 по 1983 г. диспансеризации уделяется основное внимание. Приказом Минздрава СССР от 23.09.1981 г. № 1000 были определены меры в целях дальнейшего совершенствования, повышения доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи «Основными направлениями экономического и социального развития СССР на 1986-1990 гг. и на период до 2000 г.» были намечены опережающие темпы развития амбулаторно-поликлинических учреждений.

Амбулаторно-поликлинические учреждения являлись ведущими в системе организации первичной медико-санитарной помощи, которая оказывалась широкой сетью амбулаторий и поликлиник, входящих в состав больниц, самостоятельными городскими поликлиниками и сельскими врачебными амбулаториями, диспансерами, женскими консультациями, здравпунктами и ФАП. Типы учреждений внебольничной помощи были утверждены приказом Министерства здравоохранения СССР от 23.10.1978 г. № 1000 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения». Ведущими среди них являлись поликлиники и амбулатории. По мощности амбулаторно-поликлинические учреждения делились на 5 групп в зависимости от числа врачебных посещений в смену. В этих учреждениях начинали и заканчивали лечение примерно 80% всех больных и лишь 20% больных подлежали госпитализации (Логинова Е.А. с соавт., 1987).

Городская поликлиника (от греч. polis - город и klinike - врачевание) представляет собой многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, призванное в районе своей деятельности проводить широкие профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, диспансеризацию здоровых и больных, оказывать квалифицированную специализированную медицинскую помощь населению, а при необходимости - обследовать и лечить больных в домашних условиях. В поликлинике прием ведут врачи различного профиля (терапевты, кардиологи, гастроэнтерологи,

окулисты, хирурги и т. д.), а также функционируют диагностические кабинеты (рентгеновский, эндоскопический, лаборатория, физиотерапевтический кабинет и др.).

Поликлиника осуществляла медицинское обслуживание на основе участково-территориального принципа. К участковому принципу обслуживания были привлечены: терапевт, как основной врач первого контакта, врачи других специальностей – хирурги, окулисты, отоларингологи, невропатологи, стоматологи, акушеры-гинекологи - все вместе объединенные в бригаду, которой руководил участковый терапевт. Участковый терапевт как основной врач в бригаде нес ответственность за каждого жителя своего участка, координировал и интегрировал деятельность всех врачей бригады, добивался комплексирования и проведения медицинских мероприятий, запланированных каждым специалистом в отдельности.

Кроме врачебных учреждений амбулаторно-поликлиническую помощь оказывали под руководством врачей фельдшерско-акушерские пункты (сельскому населению) и фельдшерские здравпункты (работающим на небольших предприятиях промышленности, транспорте, строительстве, предприятиях связи).

В основные задачи поликлиники входили:

оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению в поликлинике и на дому;

организация и проведение диспансеризации населения;

организация и проведение профилактических мероприятий среди населения с целью снижения заболеваемости, инвалидности, смертности;

экспертиза временной нетрудоспособности;

организация и проведение работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганда здорового образа жизни.

Поликлиники могли быть самостоятельными или объединенными со стационаром, общими или специализированными, например стоматологическими, курортными и т. д.

В состав поликлиники входили следующие подразделения:

регистратура;

отделение профилактики;

лечебные отделения;

диагностическое отделение (лаборатория, рентгеновский кабинет, кабинет УЗИ-диагностики и т. д.);

кабинет медицинской статистики;

административные подразделения (главный врач, заместитель главного врача по экспертизе трудоспособности).

Отделение профилактики включало кабинет доврачебного контроля, смотровой женский кабинет и т. д. В отделение профилактики направлялись больные из регистратуры, впервые пришедшие на прием к врачу. В кабинете доврачебного контроля происходила систематизация больных, выдавались различные справки, проводились предварительные осмотры (Вишнякова О.Н., 2008).

Участковый терапевт играл ведущую роль в системе охраны здоровья населения. В сложной работе участкового врача соединялись медицинская и организационная деятельность (организация профилактики, лечения, диспансеризации, реабилитации, санитарно-просветительной работы). Участковый врач, по сути, являлся организатором здравоохранения первичного звена. Деятельность участкового врача-терапевта и участковой медицинской сестры наиболее близко соприкасалась с работой органов социальной защиты и во многом являлась медико-социальной. Участковый врач и участковая медсестра оказывали важное влияние на решение медико-социальных проблем клиента в профессиональной деятельности социального работника. Именно к участковому врачу должен был в случае необходимости обращаться специалист по социальной работе при трудностях медико-социального характера клиента.

Бригадный метод работы обеспечивал комплексность обслуживания, освобождал терапевта от не свойственной ему роли «диспетчера», увеличи-

вал объем помощи на дому врачами разных специальностей, возможность лечения больного (в поликлинике и на дому) у одного и того же врача любой специальности. Каждый врач бригады по своему профилю выполнял одинаковые функции – осуществлял первичную профилактику, диагностику заболеваний, лечение и реабилитацию, проводил диспансеризацию, санитарное просвещение. Таким образом, специализированная участковая бригада во главе с участковым терапевтом составляла основу поликлинической помощи населению. Бригадный метод обслуживания называли специализированной участковостью, при которой пациент имел первый контакт в поликлинике с врачом-специалистом.

Основным методом работы врачей поликлинических учреждений являлась диспансеризация, обеспечивающая повышение качества и эффективности медицинской помощи. Диспансеризация являлась основным средством профилактики в отечественной системе здравоохранения. Диспансеризация – это активное, динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, периодического наблюдения и комплексного лечения заболевших, оздоровления труда и быта, для предупреждения развития болезни, восстановления трудоспособности и prolongation периода активной жизнедеятельности. Диспансеризация предполагает обследование и лечение больных вне обострения заболевания. Однако часто диспансеризация отождествлялась с массовыми профилактическими осмотрами, которые хотя и были важны для своевременного выявления заболеваний, несравнимы с диспансеризацией. Главная цель диспансеризации – улучшение здоровья населения. В процессе диспансерного наблюдения проводились не только оздоровительные мероприятия, но и мероприятия по формированию здорового образа жизни, направленные на предупреждение заболеваний, инвалидности, смертности (Приказ Минздрава СССР № 770 от 30.05.86 г. Приложение 2; www.Grandars.ru).

Одним из методов амбулаторного лечения являлась реабилитация и восстановительное лечение больных и инвалидов. В результате восстановительного лечения существенно сокращались сроки временной нетрудоспособности, увеличивалось число больных, вернувшихся к труду, снижалось число лиц, переведенных на инвалидность (Серенко А.Ф. с соавт., 1982; Петраков Б.Д., 1989).

1986 г. в СССР функционировало свыше 40 тыс. амбулаторно-поликлинических врачебных учреждений, являвшихся основным звеном системы здравоохранения, осуществлявших постоянное динамическое наблюдение за здоровыми и больными, обеспечивавших проведение широкого комплекса профилактических, лечебно-диагностических и оздоровительных мероприятий (Покровская Л.Н. с соавт., 1987). Созданная система амбулаторно-поликлинической помощи с некоторыми изменениями практически просуществовала до наших дней.

Система амбулаторно-поликлинического обслуживания, созданная в нашей стране, принципиально отличалась от западных стран: у нас врач первого контакта - это участковый терапевт. Заболев, человек обращался в поликлинику, и лечился дома по назначениям участкового терапевта или узкого специалиста поликлиники. Часть пациентов по направлению врачей поликлиники или самостоятельно через службу «скорой помощи» попадала в стационар, где проводила в среднем 2-4 недели. Затем больные возвращались домой якобы под наблюдение участкового терапевта (на самом деле — под собственное наблюдение).

За рубежом врач первого контакта - это врач общей практики (или семейный врач). Однако порядок обращения пациентов к врачам общей практики и врачам специалистам, а также имеющийся у пациента выбор и организация медицинского обслуживания значительно различаются по странам. В одних странах активно используется механизм, который контролирует доступ к специализированным и диагностическим службам, в других — пациент может свободно обращаться за специализированной помощью напрямую. В

первом случае, как правило, требуется постановка на учет и ограничивается выбор пациентом лечащего врача, но, в то же время, в большей степени обеспечивается непрерывность в лечении и интеграция различных служб. Здесь реже наблюдается дублирование и, тем самым, повышается эффективность использования ресурсов, существует более четкое деление на врачей общей практики и врачей-специалистов. Во втором случае, пациент имеет более широкий выбор врача и возможность быстрее получить специализированную помощь, однако этому нередко сопутствует фрагментированность и меньшая преемственность в лечении, более высокие затраты и снижение уровня социальной справедливости и экономической эффективности.

При обращении за несрочной медицинской помощью в большинстве стран существует предварительная запись, первоначальную помощь оказывает врач, хотя растет интерес к расширению роли медсестер и других медицинских работников, таких как фармацевт. Примером оказания медицинской помощи, когда центральным лицом является медсестра, являются Англия, Нидерланды, Швеция.

Существуют разные модели оказания медицинской помощи в нерабочее время. Во Франции на базе больниц организованы службы вызова врачей общей практики в нерабочее время с повышенной оплатой. В Нидерландах врачами общей практики созданы кооперативы, которые на базе специальных центров или больниц обеспечивают оказание помощи больным в нерабочие часы. Решение об оказании помощи принимает медсестра по определенным критериям. В Новой Зеландии организованы специальные центры, где прием ведется либо круглосуточно, либо в вечернее время и выходные дни.

Различается ситуация и в части обращения за специализированной помощью. Во Франции, Германии до недавнего времени пациенты имели право обратиться к специалисту без дополнительной платы. В Австралии, Нидерландах, Швеции пациенты могут рассчитывать на возмещение только по направлению врача общей практики. В одних странах (Франция, Германия)

принимаются меры, обусловленные стремлением снизить стоимость медицинского обслуживания и избежать необоснованного обращения к специалистам, в других (Англия, Дания), напротив, внедряются механизмы, призванные облегчить доступ к врачам-специалистам (Bech M., 2004; Riesberg A., 2004).

В вопросе выбора врача нет однозначности. С одной стороны, выбор врача воспринимается некоторыми как путь к повышению доступности медицинского обслуживания (Thomson S. et al., 2004). С другой, выбор врача все чаще дорого обходится как пациентам, так и государствам, финансирующим медицинское обслуживание, нерегулируемый доступ к любому врачу вызывает повышение издержек, поскольку пациент может обратиться к нескольким врачам, что приводит к нерациональному дублированию услуг. В результате для пациента в некоторых странах появляются затраты пользователя, при этом страдает интегрированность системы медицинского обслуживания. В отдельных странах введена особая форма оплаты пользователем консультации врача, причем масштабы и уровень такой оплаты значительно варьируются. Во Франции, например, постепенно вводится оплата пользователем посещения врачей общей практики и специалистов, как способ контроля спроса на медицинские услуги и привлечения дополнительных расходов. В целом же оплата пользователем отражает готовность пациента платить за более широкую возможность выбора врача.

Во многих странах растет интерес к дополнительной и альтернативной медицине. Однако неясны вопросы возмещения стоимости альтернативных видов лечения, возможности включения в ассортимент услуг общественного здравоохранения. Пока не существует универсальной модели, поскольку традиции альтернативной медицины в странах разные.

Существенные различия между странами в области профилактики болезней. В большинстве стран проводится скрининг таких заболеваний как рак молочной железы, рак шейки матки, кишечника. Однако, как правило, это оппортунистический скрининг и лишь некоторые страны (Англия, Шве-

ция) внедрили интегрированные популяционные модели, куда входят вызов, повторный вызов на диспансеризацию, интегрированные диагностические системы и контроль качества. Страны с контролем доступа к специализированной помощи легче интегрируют профилактическую помощь в общую практику (McKee M. et al., 2004; Holland W.W. et al., 2005).

Существуют некоторые проблемы организации оказания медицинской помощи вне больниц в зарубежных странах. Это - интеграция специализированной помощи в общую практику. Опыт Финляндии, Германии указывает на возможность сотрудничества различных медицинских специалистов на базе единого центра по оказанию медицинских услуг (Riesberg A., 2004). Это - регулирование прямого обращения к специалисту. Это – наличие кадров – врачей общей практики, врачей-специалистов и других медицинских и парамедицинских работников, влияние на здравоохранение существующей системы подготовки, развития и удержания кадров. Реагирование на запросы больных хроническими заболеваниями – оптимальный ответ системы здравоохранения на проблему растущего бремени хронических заболеваний. В этом отношении важен опыт Германии, разработавшей собственные модели программ по ведению пациентов (Ettelt S. et al., 2009). Несомненно, опыт некоторых экономически-развитых стран может быть использован в дальнейшем развитии первичной медико-санитарной помощи в России.

Таким образом, проблемы с первичной медико-санитарной помощью возникали, накапливались и в определенной мере разрешались по мере ее развития. На протяжении многих лет в здравоохранении России делался явный акцент на развитии амбулаторно-поликлинической помощи населению, развивалась соответствующая сеть учреждений, готовились кадры, формировались потоки обращения населения. Однако накапливались и проблемы, связанные с материально-техническим состоянием учреждений, уровнем подготовки медицинских кадров, качеством и культурой оказания медицинской помощи. Резко падает престиж всей службы, особенно участкового врача и т.п.

Система амбулаторно-поликлинической помощи в России на протяжении своей истории неоднократно подвергалась экспериментированию.

Период 1987-1990 гг. – период, когда происходило внедрение принципов хозяйственного расчета в учреждения здравоохранения, нового хозяйственного механизма (НХМ) в Самарской, Кемеровской областях и в Санкт-Петербурге. В основу эксперимента по реформированию системы закладывалась идея структурной оптимизации системы, при которой приоритетной становилась первичная медико-санитарная помощь через организацию совершенно новых единиц - территориально-медицинских объединений (ТМО) – ведущих звеньев, ответственных за состояние здоровья и оказание медицинской помощи населению. ТМО представляло собой объединение под единым руководством ряда учреждений на определенной территории. Оно обеспечивало оказание всех видов медицинской помощи населению, осуществляло финансирование медицинской помощи по договорам с больничными стационарами и другими медицинскими учреждениями, если они не входили в его состав. Особая роль в ТМО отводилась амбулаторно-поликлиническому блоку. Как правило, в структуру городских ТМО включались одни поликлинические учреждения, в структуру сельских – центральные районные больницы и другие стационары. Именно амбулаторно-поликлиническое звено было ответственно за оказание всех видов помощи. Поликлиника выступала в роли фондодержателя, вступая в договорные отношения с больничными стационарами, консультативными центрами и другими ЛПУ, должна была оплачивать всю лечебную работу этих учреждений в отношении прикрепленного к ней населения. В результате такого подхода резко повышалась роль амбулаторно-поликлинического звена во всей системе лечебно-профилактической помощи и его ответственность за здоровье. Тем самым смещался акцент на внебольничные методы оказания медицинской помощи, что позволяло сосредоточить финансовые ресурсы на нижнем уровне управления здравоохранением, в территориальных поликлиниках. Главным положительным моментом этого этапа реформирования было при-

общение ЛПУ к экономическим методам управления – использованию экономических расчетов для принятия управленческих решений. Вместе с тем условия НХМ создавали определенную монополию в использовании денежных средств на оказание лечебно-профилактической помощи. Фондодержатели в лице амбулаторно-поликлинических учреждений, входящих в состав ТМО, объективно были заинтересованы в экономии денежных средств. В результате эксперимент остался экспериментом: в целом, НХМ не мог существенно изменить к лучшему ресурсное обеспечение лечебно-профилактической помощи, ликвидировать пороки остаточного принципа финансирования здравоохранения (Ройтман М.П. с соавт., 1996; Шевский В.И., 1996).

По мере перехода здравоохранения к медицинскому страхованию все более было очевидно, что первичное звено медицинской помощи и его взаимодействие со специализированной медицинской помощью остаются все тем же гордиевым узлом, который влияет на эффективность проводимых реформ.

В 1990-1995 гг. проводились исследования, связанные с разработкой и обоснованием приоритетных форм организации первичной медико-санитарной помощи, функционально-организационных моделей ее оказания и др. Итоги организационного эксперимента по поиску рациональных форм обеспечения населения амбулаторно-поликлинической помощью показал: одной из оптимальных структур в городах может быть объединенная поликлиника, оказывающая медицинскую помощь одновременно взрослому и детскому населению, организация работы поликлиники по территориально-семейному принципу на основе бригадных форм организации и оплаты труда – разработаны критерии с учетом получения конечного результата. Внедрение новых организационных форм способствовало расширению объема и повышению качества медицинского обеспечения населения.

Реформа здравоохранения в 90-е годы приобретала все большее развитие в связи с необходимостью оптимизации системы медицинской помощи, необходимостью использовать внутренние резервы. В Краснодаре был осу-

шествлен крупномасштабный организационный эксперимент с применением новых технологий оптимизации использования ресурсов системы медицинской помощи населению крупного города.

Концепцией предусматривалось совершенствование организационных аспектов ее оказания, направленное на перераспределение объемов медицинской помощи из дорогостоящего стационарного сектора в амбулаторный на базе дальнейшего развития первичной медико-санитарной помощи. Основными направлениями программы были следующие: реструктуризация амбулаторной медицинской помощи с организацией на базе головных поликлиник округов межполиклинических центров, консультативно-диагностических, реабилитационных отделений и центров специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ); развитие сети дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, определение технологии взаимодействия между всеми структурными подразделениями амбулаторной и стационарной служб; разработка моделей обеспечения качества оказания медицинской помощи для дневных стационаров, амбулаторной сети, включая модели по диспансерному обслуживанию населения, внедрение компьютерных технологий в деятельность амбулаторного звена; перераспределение и обучение кадровых ресурсов с последующей организацией их работы по принципу врача общей практики. В результате реализации программы формировался врач общей практики как квалифицированный специалист, несущий ответственность за здоровье больных, увеличивалась доступность, непрерывность как терапевтической, так и специализированной квалифицированной помощи населению, снижался уровень госпитализации за счет расширения сети стационаро-замещающих видов медицинского обслуживания, осуществлен переход на законченный случай поликлинического обслуживания и т.п. (Ханкоев И.М., 2000; 2001).

Складывающееся на протяжении многих лет неблагоприятное состояние здоровья населения, современная социально-экономическая ситуация, децентрализация государственной системы здравоохранения России, повы-

шение роли регионов и территорий в планировании и организации деятельности здравоохранения, ограниченность и слабая эффективность использования имеющихся ресурсов, изменение потоков финансирования, введение медицинского страхования и ряд других причин, обусловили необходимость проведения коренной реформы в организации, управлении и деятельности системы лечебно-профилактической помощи населению страны, основные направления которой, нашли свое отражение в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (1997).

В качестве одной из приоритетных задач по реформированию отрасли было намечено развитие первичной медико-санитарной помощи в стране, усиление первичного звена здравоохранения. Комплекс мероприятий, проводимый в этом направлении, включал, в частности, мероприятия, связанные с изменением внутренней структуры амбулаторно-поликлинических учреждений по принципу врача общей практики – семейного врача, с внедрением стационарозамещающих технологий, с созданием современной консультативно-диагностической службы.

Вопросы, изложенные в "Концепции развития здравоохранения и медицинской науки" были дополнительно проработаны в "Основных направлениях государственного регулирования развития здравоохранения Российской Федерации на 2000-2010 годы".

Диагностическое обеспечение лечебно-профилактической помощи, особенно на догоспитальном этапе, на протяжении практически всего XX века было крайне недостаточным. Оснащение медицинской аппаратурой и оборудованием для диагностических исследований не соответствовало уровню достижений медицинской науки и технологий соответствующего времени. Преобладали укрупненные узкопрофильные лаборатории, обслуживающие ряд учреждений, за счет централизации кадровых и технических ресурсов которых они были созданы.

Сложившаяся ситуация потребовала создать принципиально новые для страны учреждения здравоохранения - консультативно диагностические цен-

тры (КДЦ). Их формирование и функционирование началось с 1988 г. в соответствии с постановлением Совета Министров РСФСР от 20.01.1988 № 17 "О мерах по выполнению постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 19.11.1987 № 1318" и Приказа МЗ РСФСР от 18.08.1988 № 241 «Об организации медицинских диагностических центров».

Созданная в соответствии с этими документами диагностическая служба представляла собой сеть принципиально новых учреждений, позволяющих обеспечить доступность к современным методам диагностики и лечения для населения, особенно на догоспитальном этапе (Никогосян Г.А., 1990).

В КДЦ наиболее экономично и эффективно использовалось сложное и уникальное оборудование, широко применялись современные средства и методы диагностики, организационные и медицинские технологии. В ряде регионов России на базе КДЦ были созданы специализированные медицинские центры: аллергологические, глаукомные, диабетологические, сурдологические, медицинской генетики и пренатальной диагностики и др. КДЦ принимали участие в реализации федеральных и региональных целевых программ: "Сахарный диабет", "Планирование семьи", "Безопасное материнство" и др. В КДЦ получили также развитие стационары дневного и краткосрочного пребывания. Для того чтобы приблизить диагностическую помощь к медицинским учреждениям первичного звена, во многих КДЦ были созданы межрайонные филиалы и организованы выездные бригады. Использование в КДЦ современных высокоинформативных технологий и внедрение в регионах уровневой системы организации диагностики позволило сократить сроки пребывания больных в стационарах, снизить потребность в диагностических койках в больничных учреждениях, повысить качество медицинской помощи.

С изменением экономической ситуации в стране программа развития КДЦ за счет централизованных средств с 1992 г. была приостановлена. Постепенно оборудование большинства действующих центров выработало свой ресурс, а возможности местных бюджетов не позволяли обеспечить его пол-

ноценную замену. На основе действующих юридических норм с 1997 г. правовой статус КДЦ был изменен. Наиболее оправданной была признана практика организации диагностических центров в качестве самостоятельных учреждений здравоохранения или диагностических подразделений больниц. Тем самым изменилось место КДЦ в структуре территориального здравоохранения. Однако при этом неоправданно был сокращен объем выполняемых ими функций.

Это был этап организации многопрофильных диагностических центров, которые занимали промежуточное положение между амбулаторно-поликлиническими учреждениями и стационарами. Он знаменовал переход к новой стратегии медицинской диагностики, хорошо известной из опыта Великобритании - прародине первых диагностических центров, где впоследствии сформировались, наряду с крупными многопрофильными диагностическими центрами, различные сочетания диагностического потенциала крупных больниц и самостоятельных узкопрофильных или специализированных диагностических центров (Прощенский Б.М. с соавт., 2004).. По мнению некоторых авторов, многоуровневые диагностические центры практически рассматривались как новая форма организации амбулаторной помощи, альтернатива неэкономичной амбулаторно-поликлинической помощи (Плавунов Н.Ф., 1997; Серебренников В.А., 2001).

Время показало недостаточную эффективность реализации фрагментарных решений в развитии и совершенствовании медицинских диагностических подразделений и служб, необходимость разработки и реализации системных подходов к формированию и ускоренному развитию медицинской диагностики на всех уровнях лечебно-диагностического процесса. Таким системным подходом, по мнению специалистов, является формирование трехэтапной современной, клинически и экономически эффективной и безопасной системы медицинской диагностики.

В соответствии с Концепцией развития диагностических служб, одной из основных задач должно стать формирование теоретической, нормативной

и практической модели региональной комплексной уровневой системы диагностического обеспечения, интегрированной в современную систему здравоохранения, обеспечивающей взаимодействие диагностических подразделений и служб всех уровней, иерархизацию и стандартизацию их работы. Первый уровень - обеспечение массовых видов диагностики и контроля качества лечебного процесса для специалистов первичного звена здравоохранения в диагностических службах и подразделениях общей лечебной сети. Второй уровень - обеспечение доступных, высокоинформативных и высокотехнологичных видов дифференциальной диагностики на догоспитальном этапе для специалистов первичного звена здравоохранения в региональных и муниципальных консультативно-диагностических центрах. Третий уровень - проведение актуальных специализированных видов диагностических исследований для обеспечения дифференциальной диагностики и контроля качества лечебного процесса в Центрах высоких медицинских технологий (Сквирская Г.П. с соавт., 2010).

Как считают специалисты, создание КДЦ сыграло определенную роль в формировании рекомендованной ВОЗ трехуровневой системы диагностики.

Совершенно новым подходом к реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи населению стало внедрение врача общей практики (семейного врача). Приказ Минздрава РФ от 26.08.92 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» ознаменовал начало этого перехода. Врач общей практики (ВОП) – это специалист широкого профиля, имеющий навыки хирурга, уролога, ЛОР-специалиста, офтальмолога и т.п. Главное в специалисте первичной медико-санитарной помощи – не только широта специализации, но и ответственность за пациента в целом, а также его доступность, возможно даже круглосуточная (Грачев А.Г., 1998; Козак В.С., 2003). ВОП (семейный врач), как показывает опыт западноевропейских и североамериканских стран, вызван к жизни объективным ходом развития здравоохранения, приведшим к специализации и субспециализации медицинской

помощи, повышению роли населения в сохранении своего здоровья. Узкоспециализированная помощь становилась все более фрагментарной, «дисперсной», дорогостоящей. Врачи-терапевты, педиатры и другие постепенно приобретали «диспетчерские функции», пациентам все труднее было определять «какой врач лечит», укоренялся принцип лечения не больного, а болезни (Гаджиев Р.С., 2005; Кича Д.И., 2012).

Внедрение общеврачебной (семейной) практики имело действительно реформенное содержание, поскольку изменяло само существо лечебно-профилактической помощи населению – участковый принцип, доказавший свои очевидные преимущества, усиленный модернизацией понятия пациента, за который теперь принималась семья (Щепин О.П. с соавт., 1998). Однако не следует забывать, что, в отличие от западных стран, развитие семейной медицины в России происходило на основе значительных достижений в области участковой службы и медико-социальных исследований семьи (Григина О.В., 1998).

В 2003 г. по рекомендации Всемирного банка в Российской Федерации вводится институт врача общей практики и Минздравом РФ предпринимаются действия, направленные на сокращение амбулаторной специализированной помощи (в том числе педиатрической) в пользу развития врача общей практики. Однако не был учтен позитивный опыт существования педиатрической службы, что вызвало сопротивление педиатрической общественности, в результате чего процесс был приостановлен. В дальнейшем институт врача общей практики получил развитие в нескольких субъектах РФ (Самарской, Чувашской и Свердловской областях, Татарстане др.), причем преимущественно в сельской местности. Опыт этих регионов показал, что внедрение ВОП имеет положительные результаты при условии сохранения и развития педиатрической службы (Денисов И.Н. с соавт., 2008; Улумбекова Г.Э., 2010). По ходу внедрения ВОП (семейного врача) выяснился ряд слабых моментов: произошло смешение в одно двух направлений реформы – общей практики и семейной медицины, с одной стороны, и участковой терапевтиче-

ской и педиатрической служб, с другой. Это не позволило заложить четкие принципы ни одного из них, привело к размыванию важнейших положений организации службы семейной медицины и общей медицинской практики, важного принципа участкового обслуживания детей и взрослых (Агаларова Л.С., 2010; Кича Д.И. с соавт., 2012). В 2005 г. в России был взят курс на постепенный переход от принципа обслуживания пациентов через поликлиническую сеть к созданию общих врачебных практик, где трудились бы специалисты-универсалы (приказ Минздравсоцразвития от 17.01.2005 № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»). Однако у поликлиники есть много плюсов: рациональная концентрация материальных и кадровых ресурсов (за счёт этой концентрации снижается себестоимость обслуживания), комплекс лабораторных и диагностических служб, приём узких специалистов, наличие дневного стационара, взаимозаменяемость кадров и т.д. В то время как на современном уровне развития медицины врач общей практики не может самостоятельно поддерживать высокий уровень обслуживания пациентов, ему необходимо постоянно осваивать новые методики. Поэтому за рубежом и возник тренд в сторону организации обслуживания на основе коллективных действий (групповые практики). Очевидно, что система общей врачебной практики - это наиболее удобная форма обслуживания жителей малонаселённых районов. И именно в удалённых районах и в сельской местности Минздрав надеется развивать эту систему.

Стационароразмещающие формы медицинской помощи впервые создавались еще в 30-е годы в основном в психиатрической службе, фтизиатрии, показав определенную медико-организационную целесообразность. В 80-е годы деятельность стационароразмещающих форм была регламентирована приказом МЗ СССР № 1278 от 16.12.87 «Об организации стационаров (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного пребывания в поликлиниках и стационарах на дому». Формы ведения медицинской документации этих структурных подразделений были определены инструкцией Минздрава СССР от 08.04.88 г. Организационные формы работы стационарораз-

мещающих видов медицинской помощи были определены утвержденными Минздравом СССР «Методическими рекомендациями по совершенствованию деятельности стационаров на дому, дневных стационаров в поликлинике, (палат) отделений дневного пребывания в больницах» (Калининская А.А с соавт., 1988). Деятельность стационарозамещающих форм регламентирована также приказом Минздрава РФ № 438 от 09.12.99 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». Дневной стационар является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинического и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного наблюдения. Организация стационара на дому предполагает ежедневное наблюдение больного врачом, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, физиотерапевтические процедуры и т.п. Эксперименты по использованию ДСП в РФ начались в конце 80-х годов в ряде территорий страны – гг. Куйбышев, Львов, Тольятти, Ленинград, Москва, Саратов и т.д. (Приказ МЗ СССР от 16.12.87 г. № 1287 «Об организации стационара (отделения) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому») (Кашин В.И. с соавт., 2000). Однако их внедрение происходило крайне медленно ввиду неотработанности структуры, организационных форм их работы, не изученности объема и характера их деятельности. Улучшению доступности и качества медицинской помощи, оказываемой на догоспитальном этапе в значительной степени способствовал Приказ МЗ РФ от 09.12.99 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», утвердивший «Положение об организации деятельности дневного стационара в лечебно-профилактических учреждениях», в котором определены его цель и функция, структура и штаты, финансирование (Галкин Р.А. с соавт., 2000; Зыятдинов К.Ш., 2000).

Создание ДС является одним из путей интенсификации лечебно-диагностического процесса. Преимуществом ДС является большая возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения. Развитие стационарозамещающих форм улучшает использование коечного фонда стационаров, является эффективной формой медицинского обслуживания населения, способствует сокращению сроков пребывания в стационаре, уменьшению коек восстановительного лечения, увеличению доступности восстановительного лечения для большого числа людей. Создание ДС на базе АПУ было одним из путей интенсификации лечебно-диагностического процесса (Калининская А.А. с соавт., 2001; Горбунков В.Я., 2003).

Отделение медико-социальной помощи – структурное подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения или поликлинического отделения, специализированного диспансера в медико-санитарной части, независимо от их организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности. Отделение рекомендовано было для организации оказания долговременной медицинской (диагностической, лечебной и реабилитационной) и медико-социальной помощи, преимущественно на дому, больным старших возрастных групп и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию. Отделения медико-социального ухода должны были создаваться, как правило, в комплексе с дневными и ночными стационарами, расположенными в отдельных зданиях типа отелей, где пациенты в основном находятся в условиях самообслуживания под наблюдением медицинского персонала. Такая организация способствует рациональному использованию обслуживающего персонала, снижает стоимость обслуживания и занятость коек в стационаре, облегчает перевод больных с одного уровня медицинского обслуживания на другой. Однако такие стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи не получили развития.

В качестве одного из направлений развития здравоохранения определено повышение эффективности использования ресурсов, в том числе – за счет структурной перестройки отрасли (Щепин В.О., 2000). В связи со сме-

щением акцентов в оказании медицинской помощи от стационарного к амбулаторно-поликлиническому звену, с интенсификацией использования ресурсной базы поликлиник одним из приоритетных направлений развития отрасли является реструктуризация сети амбулаторно-поликлинических учреждений для повышения доступности и качества медицинской помощи (Щепин В.О. с соавт., 2005). Анализ ресурсной обеспеченности амбулаторно-поликлинической помощи свидетельствует о ее реорганизации, на протяжении последнего десятилетия. Структурные преобразования в амбулаторно-поликлиническом звене проявляются в сокращении числа всех типов учреждений, прежде всего, самостоятельных АПУ, диспансеров и стоматологических поликлиник. Сокращение численности АПУ связано главным образом с продолжающейся реорганизацией маломощных участковых больниц и сельских амбулаторий, которые стали структурными подразделениями центральных районных больниц с развитием общеврачебных практик, передачей значительной части учреждений здравоохранения из муниципального на региональный уровень подчинения. Сокращение числа учреждений наблюдалось по большинству основных типов самостоятельных поликлиник. Особенно значительно были сокращены амбулатории сельских поселений. На фоне сокращения самостоятельных ЛПУ выросло число АПУ областных больниц (краевых, республиканских), городских больниц скорой медицинской помощи, перинатальных центров. Происходило сокращение числа диспансеров практически всех типов. Исключение составили кардиологические диспансеры. Уменьшилось количество стоматологических учреждений для взрослых на всех уровнях подчинения. Характерно, что темп сокращения АПУ на фоне их перепрофилирования и укрупнения был ниже темпа сокращения суммарной мощности учреждений, что позволило более эффективно использовать имеющиеся мощности при оказании медицинской помощи населению. Значительному сокращению подверглись АПУ в сельской местности, самостоятельные и ФАП, за исключением стоматологических.

Для отечественного здравоохранения, особенно в условиях реформирования, кадры являются одним из важнейших видов ресурсов, поскольку при численной, структурной или качественной недостаточности или неподготовленности все остальные ресурсы отрасли не могут быть рационально и эффективно использованы. На фоне роста обеспеченности врачами АПУ, уровень укомплектованности в целом постоянно снижался, он был ниже показателя укомплектованности врачами стационаров в Российской Федерации. Причем укомплектованность врачами АПУ в городах была значительно выше, чем в сельской местности, где она постоянно снижалась. Напротив, укомплектованность средним медицинским персоналом (СМП), оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь в сельской местности, была выше, чем в городах. Обеспеченность сельских жителей врачами АПУ и сестринским персоналом ниже, чем городских. Сокращение мощностей АПУ, расположенных в сельской местности, низкие показатели обеспеченности врачами и медицинскими работниками, определяют недостаточную доступность, своевременность и качество оказания медицинской помощи (Миргородская О.В., 2012; Щепин В.О. с соавт., 2012).

С 2006 г в стране началась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье». Проект состоял из комплексных мероприятий, отобранных по стратегическим приоритетам развития здравоохранения, и предполагал плавный переход к его реформе, начиная с 2009 г. Реализация происходила по 4 основным направлениям, главные из которых, с интересующей нас точки зрения, – развитие первичной медико- санитарной помощи: повышение оплаты труда медицинских работников первичного звена здравоохранения – врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов, участковых врачей-педиатров и медицинских сестер, работающих с ними; врачей, фельдшеров и медицинских сестер скорой медицинской помощи; фельдшеров, акушерок и медицинских сестер ФАПов. Оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений и станций скорой помощи современным оборудованием и автотранспортом. Увеличение подготовки врачей на курсах

повышения квалификации и переподготовки. Усиление профилактической составляющей медицинской помощи: иммунизация населения и расширение Национального календаря профилактических прививок, выявление и лечение инфицированных ВИЧ, гепатитами В и С; диспансеризация и углубленные медицинские осмотры населения, в том числе работающих во вредных и опасных условиях труда, диспансеризация детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; обследование новорожденных на галактоземию, муковисцидоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз и проведение аудиологического скрининга.

Главная цель Приоритетный национальный проект «Здоровье» - улучшение здоровья населения. Реализация его показала определенные положительные результаты. Однако было отмечено, что основное внимание уделялось в большей степени закупкам дорогостоящего оборудования. Вложения в развитие первичной медицинской помощи и профилактику – наиболее эффективные меры улучшения здоровья населения – составили всего 60% всех средств. Вложения в решение ключевых проблем здравоохранения (увеличение оплаты труда медицинских работников и повышение их квалификации), от которых определяющим образом зависит эффективность системы здравоохранения, тоже малы и составили соответственно 21% общего объема средств ПНП «Здоровье» (Хальфин Р.А., 2013).

Правительство РФ постановлением от 19.05.2007 г. № 296 «Об утверждении субъектов РФ, участвующих в реализации пилотного проекта «Здоровье», направленного на повышение здоровья населения» утвердило направления преобразований в рамках федерального пилотного проекта, правила финансирования расходов на его реализацию и перечень участвующих в нем регионов. В числе основных направлений модернизации – осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты других видов медицинской помощи (система фондодержания). Пилотный проект рассматривался как эксперимент, который должен был позволить получить ответы на вопрос о

направлениях преобразований в системе финансирования здравоохранения в масштабах всей страны, как способ выявления возникающих проблем. Это направление проекта реализовалось в 11 регионах (Белгородской, Владимирской, Калужской, Тверской, Вологодской, Томской, Калининградской, Ленинградской областях, Хабаровском крае, Республике Чувашия, Татарстане). Амбулаторно-поликлинические учреждения этих регионов стали держателями средств не только на собственную деятельность, но и на другие виды медицинской помощи, оказываемые прикрепленному населению. Для этого вводился подушевой принцип оплаты амбулаторной помощи. В состав норматива подушевого финансирования входила часть расходов на стационарную помощь, консультации специалистов и исследования в других медицинских учреждениях. За основу был взят вариант частичного фондодержания, при котором поликлиника несла финансовые риски в ограниченных масштабах.

Была поставлена также задача довести стимулы до каждого работника АПУ на основе построения системы внутриучрежденческих расчетов. Первичное звено становилось фондодержателем средств на услуги узких специалистов и внешние потоки пациентов.

Ожидалось, что этот метод оплаты должен был обеспечить заинтересованность АПУ в расширении объема оказываемых услуг, повысить ответственность за состояние здоровья постоянно обслуживаемого населения. На этой основе должно произойти снижение потребности в стационарной помощи, стимулирование проведения реструктуризации сети медицинских организаций.

Реализация пилотного эксперимента выявила ряд проблем, которые еще требуют изучения. Одна из них – низкий престиж участкового врача. При этом не был учтен компонент «психологической устойчивости» специалистов участковой службы, не предусматривался элемент повышения престижа участкового врача, что в дальнейшем ведет к изменениям показателей кадровых ресурсов. Например, исследование, проведенное в г. Оренбурге на

основе анализа и оценки показателей штатов участковой службы в 2008–2011 гг. выявило катастрофическое снижение показателя укомплектованности участковыми терапевтами (до 92,1 % в 2011 г.) и до 96,8 % - участковыми педиатрами, сопровождающееся высокой текучестью молодых специалистов. Анкетирование же студентов медицинского ВУЗа с выявлением заинтересованности будущих специалистов в желании работать участковым врачом, показало, после прохождения летней производственной практики в поликлиниках области на производственных базах, где они имели возможность ознакомиться с организацией работы поликлиники медицинского учреждения, с организацией работы персонала медицинского учреждения, с медицинской документацией, с формами и методами повышения квалификации врачебного и сестринского персонала поликлиники в условиях реальной работы медицинской организации, минимальную заинтересованность (более чем у 90%) в работе участковым терапевтом.

В то время как простое экономическое стимулирование участковых врачей в рамках Национального проекта «Здоровье» привело в Оренбурге к 100 % укомплектованности участковой службы города на конец 2006 года, сохраняя этот показатель в течении следующего года, появлению врачей на участках частного типа расселения, а также отдаленного от поликлиники более среднего радиуса обслуживания учреждения, население которых не имело постоянного врача более 7 лет. Результаты анализа показателей укомплектованности кадрами, а также данных анкетирования убеждают в необходимости пересмотра и поиска механизмов, обеспечивающих повышение престижа участкового врача.

Обнадеживающим моментом является то, что в некоторых регионах появились тенденции к сокращению объемов стационарной помощи, показатели здоровья населения также имеют позитивную динамику: происходит сокращение смертности (общей и в трудоспособном возрасте) (Селезнева Е.В. с соавт., 2010).

Несмотря на принимаемые меры по реформированию и совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, оставались существенные дефекты, которые требуют проведения дальнейших структурных и функциональных преобразований амбулаторно-поликлинической помощи населению.

Многие авторы публикаций отмечают крайне медленные темпы перехода на систему оказания медицинской помощи по принципу врача общей практики и низкий процент амбулаторно-поликлинических учреждений, где имеются семейные врачи (врачи общей практики) наряду с участковыми терапевтами. Отчасти это объясняется низким уровнем информированности специалистов и руководителей о целях, задачах и путях внедрения института врача общей практики. До настоящего времени в большинстве амбулаторно-поликлинических учреждений специализированная медицинская помощь оказывается в отдельных профильных кабинетах специализированной медицинской помощи, руководство которыми осуществляет заместитель главного врача по медицинской части, а не в отделении специализированной медицинской помощи, возглавляемом заведующим отделением.

Работа диагностической службы, как правило, в большинстве амбулаторно-поликлинических учреждений не позволяет использовать алгоритмы диагностики, комплексно и последовательно осуществлять диагностические методики, достигать оптимального соотношения стоимости и качества исследований, не разработаны и не утверждены алгоритмы диагностики при наиболее распространенных видах патологии, что значительно снижает качество диагностики.

В большинстве случаев работа подразделений восстановительного лечения представлена самостоятельными отделениями и кабинетами по различным направлениям восстановительного лечения (физиотерапии, лечебной физкультуры, иглорефлексотерапии, массажа, мануальной терапии, лечебными бассейнами, саунами и т. д.), руководство которыми осуществляет заместитель главного врача по медицинской части, а не заведующий отделением восстановительного лечения. Более чем в половине амбулаторно-

поликлинических учреждений нет утвержденных алгоритмов восстановительного лечения при наиболее распространенных заболеваниях, что естественно снижает качество оказываемой восстановительной помощи.

Стационарозамещающие технологии, уже хорошо зарекомендовавшие себя, имеются далеко не везде, а там, где они есть, часто отсутствует перечень заболеваний, при которых показано направление на лечение в дневной стационар, алгоритмы диагностики и лечения пациентов.

Несмотря на то, что в большинстве регионов демографически старое население, в подавляющем большинстве амбулаторно-поликлинических учреждений отсутствуют отделения медико-социальной помощи.

Далеко не везде в амбулаторно-поликлинических учреждениях имеется кабинет профилактики, который осуществляет организационное обеспечение диспансеризации, проведение предварительных и периодических медицинских осмотров, раннее выявление заболеваний, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий, санитарно-гигиеническое воспитание населения, обучение в школах здоровья.

Указанные недостатки и медленные темпы преобразований поликлиник являются причиной низкого качества оказываемой медицинской помощи. Одной из ведущих причин медленного преобразования амбулаторно-поликлинических учреждений, наряду с недостаточным информационным обеспечением специалистов и населения по данной проблеме, является также недостаточное применение экономических методов управления системой догоспитальной помощи. До настоящего времени финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений является многоканальным, отмечается серьезный полиморфизм в методах финансирования. В преобладающем большинстве амбулаторно-поликлинических учреждений используются ретро-спективные формы оплаты - за фактическое число посещений, за законченный случай лечения, за число оказанных простых и сложных медицинских услуг, что стимулирует наращивание объема услуг. Лишь совсем незначительная часть амбулаторно-поликлинических учреждений использует систе-

му оплаты за медицинскую помощь на основе подушевого финансирования прикрепленного населения.

Не решен вопрос оплаты труда специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи. В подавляющем числе учреждений продолжается начисление доплат врачам-терапевтам участковым и работающим с ними медицинским сестрам за счет средств национального проекта (из федерального бюджета). Зарплата остается низкой, что не стимулирует закрепление кадров на этих должностях и не оказывает никакого влияния на качество медицинских услуг. Только в 39% амбулаторно-поликлинических учреждений существует определенная система мотивации сотрудников, включающая выплаты стимулирующего характера за интенсивность труда, объем и качество выполненной работы, выполнение утвержденных критериев деятельности и т. д.

Существенное отставание отмечается и в системе управления работой амбулаторно-поликлинических учреждений. Руководители этих учреждений (главный врач и его заместители) несут в пределах своей компетенции ответственность за планирование, организацию и реализацию качественной и эффективной медицинской помощи, финансовое, кадровое и иное ресурсное обеспечение деятельности. Однако процент руководителей, получающих специальную последипломную подготовку по ряду важных дисциплин, довольно низок.

Нормативно-правовая база по-прежнему отстает, в законодательных документах много противоречий, отсутствует методология их реализации. Часто учреждения вынуждены разрабатывать собственные модели и формы практической деятельности.

Отмечается также отсутствие клинических протоколов ведения пациентов на догоспитальном этапе, медленное внедрение современных унифицированных программ информационного обеспечения и т. д. (Сквирская Г.П., 2012).

Совершенствование амбулаторно-поликлинической службы широко обсуждается организаторами отечественного здравоохранения на протяжении последних 20 лет в поиске оптимального пути развития. Именно от состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, а также решение многих медико-социальных проблем. Первичное звено должно обеспечить гарантированный минимум медицинской, психологической и социальной помощи, доступность медицинских и социальных услуг, комплексность обслуживания, координацию с другими службами здравоохранения, непрерывность наблюдения за ведением пациентов, их информированность о состоянии здоровья, методах лечения, ожидаемых результатах и т. д. (Попович Л.Д. с соавт., 2010).

В проекте Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. отмечается малая эффективность первичной медицинской помощи, ее перегруженность и практическое отсутствие патронажного ухода за хроническими больными. Это привело к определенному перекосу: часть функций амбулаторной помощи оказались переложены на скорую медицинскую помощь. Поэтому вновь возник вопрос о создании неотложной помощи в амбулаторно-поликлиническом звене. В этом отношении интересен опыт разработки и концептуального обоснования модели организации неотложной помощи на базе амбулаторно-поликлинической службы города Перми. Изучение ситуации с неотложной помощью в городе и потребности в ней населения показало необходимость создания ее в первичном звене. В результате была разработана практическая модель организации неотложной помощи, которая позволяет повысить ее доступность для населения. Одновременно обеспечивается снижение нагрузки на дорогостоящую скорую медицинскую помощь. Очевидно также, что перераспределение финансовых ресурсов при этом, будет способствовать укреплению и дальнейшему развитию амбулаторно-поликлинической помощи города (Кузенко П.И., 2013).

В настоящее время процесс структурно-функциональной реорганизации отрасли продолжается. В разных регионах осуществляются процессы преобразований в здравоохранении: внедрение одноканального финансирования (Клюйкова Е.А., 2009; Хлабутина Е.И., 2009; Чирятьева Т.В., 2009), введение стандартов и новых методов оплаты медицинской помощи (Селезнева Е.В. с соавт., 2010), создание новых организационно-правовых форм учреждений здравоохранения. Проводятся исследования, направленные на обновление работы системы здравоохранения на основе увеличения амбулаторно-поликлинической помощи населению. Например, одно из них, направленное на создание технологии организационно-функционального моделирования проблемы «поликлиника: оптимизация модели» включает одиннадцать целевых приоритетов развития амбулаторно-поликлинической помощи, способные обеспечить ее эффективность и тем самым увеличение объема и качества медицинской помощи населению. Важнейшие из них: развитие медико-социальной направленности в оказании амбулаторно-поликлинической помощи населению района обслуживания; внедрение и развитие института ВОП/СВ в деятельность поликлиник-модели; совершенствование и рост объема профилактической работы с населением территории обслуживания; развитие стационарозамещающих технологий в поликлинике – дневного стационара, стационара на дому, амбулаторной хирургии, восстановительного лечения; увеличение экономической направленности управленческой деятельности поликлиникой, службой, рабочим местом и информационного ее обеспечения; развитие мер по совершенствованию управления персоналом и повышению его квалификации (Дюкарева А.М., 2012).

С 1 июля 2012 г. в Москве начала действовать трехуровневая система оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослым, в которую входят амбулаторно-поликлинические учреждения (первичная помощь населению), амбулаторные центры (специализированная медико-санитарная помощь) и консультативно-диагностические отделения и центры - структурные подразделения стационаров.

Цель введения трехуровневой системы оказания медпомощи – повышение качества и доступности медицинских услуг. Известно, что основное количество жалоб москвичей на оказание медицинской помощи связано с работой амбулаторно-поликлинического звена.

В соответствии с государственной программой "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)" должна измениться структура амбулаторно-поликлинического звена, в результате чего пациенты смогли бы в рамках одного учреждения получить консультативную и лечебно-диагностическую помощь специалистов разных профилей.

На базе межтерриториальных амбулаторно-поликлинических центров созданы 47 крупных амбулаторно-поликлинических объединений, в которые вошли 238 поликлиник. В рамках объединений действуют специализированные неврологические, отоларингологические, урологические, кардиологические и прочие отделения.

Создание объединений должно позволить повысить доступность и качество оказания медицинской помощи, в том числе специализированной, на 30% сократить административный аппарат, получить дополнительные средства на оплату труда медиков.

Предполагается, что реорганизация позволит проводить и контролировать полноценное законченное лечение, поскольку его оплата будет проходить как оплата по "законченному случаю", когда пациенту будут проведены все необходимые исследования и назначено лечение "с последующим улучшением здоровья".

Первоначально экономическое положение поликлиник первой (первичная помощь населению) и второй (специализированная медико-санитарная помощь) категорий значительно разнится из-за неидентичного по своим ресурсам оборудования. Вполне понятно, у учреждений второй категории, где установлена более современная аппаратура, предоставляющая более широкие возможности для обследования, доход больше. После реформирования ожидается, что новейшая техника будет доступна не только в поли-

клинике второго уровня, но и во всех учреждениях амбулаторно-поликлинического объединения, в которое поликлиника войдет.

В медицинских учреждениях был велик административный аппарат: у главврача было несколько заместителей, на эту структуру тратились деньги, заработанные врачами по ОМС, то есть прибавку к окладу тот же участковый врач не ощущал. Соответственно, после сокращения управленцев должны появиться дополнительные средства на оплату труда рядовых работников. Нынешние главврачи поликлиник, по сути, станут заместителями руководителей при филиалах объединений.

Вполне естественно, введение трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической помощи вызывает разноречивые мнения. Считается, что возникают новые проблемы как для медицинских работников, так и для больных.

Поликлинику «лишили хозяина», создали новые проблемы для больных. Если раньше пациент в сложных ситуациях обращался к главврачу, и для этого стоило лишь подняться в том же здании поликлиники на этаж выше, то теперь вопросами будет заниматься, заместитель главврача, который, не обладает необходимой полнотой власти для решения острых вопросов. Для разрешения сложных проблем больному придется ехать в другой район Москвы к главврачу. В результате реорганизации, сокращения административного аппарата предполагается, что должны появиться дополнительные деньги на оплату труда врачей. По мнению медиков, это явно недостаточный ресурс, так как зарплату медикам необходимо поднимать в разы.

Трехуровневая система оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому и детскому населению направлена на улучшение качества медицинской помощи, уменьшение административного аппарата, реализацию мер по совершенствованию системы оплаты труда и расширению самостоятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения крупного города.

Система лечебно-профилактической помощи здравоохранения Москвы располагает значительными кадровыми и материальными ресурсами, оптимизация использования которых, без количественного наращивания, с помощью определенных организационных мер может позволить повысить эффективность, доступность и качество медицинской помощи для населения. Несомненно, становление трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической помощи будет корректироваться в соответствии с замечаниями и предложениями заинтересованных сторон. Несомненно, также, что создаваемая система требует своего анализа, определяющего целесообразность и актуальность данного исследования, чему посвящены следующие главы настоящего исследования.

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1. Методика и организация исследования

В соответствии с поставленной целью и задачами работа проводилась в несколько этапов:

- 1-й этап - разработка плана, программы и методики исследования;
- 2-й этап- анализ имеющихся официальных документов и публикаций по теме проводимого исследования;
- 3-й этап - сбор, обработка и анализ материалов;
- 4-й этап – обобщение материалов и результатов исследования.

Программа исследования (рис. 2.1) предусматривала проведение работ по следующим основным направлениям:

- изучение и обобщение результатов научных исследований и практического опыта по вопросам организации амбулаторно-поликлинической помощи в России и за рубежом, а также анализ законодательных и нормативных правовых документов, регламентирующих реализацию мероприятий, предусмотренных Программой модернизации здравоохранения на 2011-2012 гг. и Государственной программой «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранения) на 2012-2016 годы»;

- сравнительный анализ динамики структуры и объемов лечебно-профилактической деятельности учреждений здравоохранения СВАО, оказывающих амбулаторную помощь взрослому населению за пятилетний период – 2009-2013 гг., кадрового потенциала, а также финансового обеспечения деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в рамках внедрения трехуровневой системы организации медицинской помощи;

- изучение мнений пациентов об уровне доступности и качестве организации медицинской помощи в условиях реализации трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической службы;

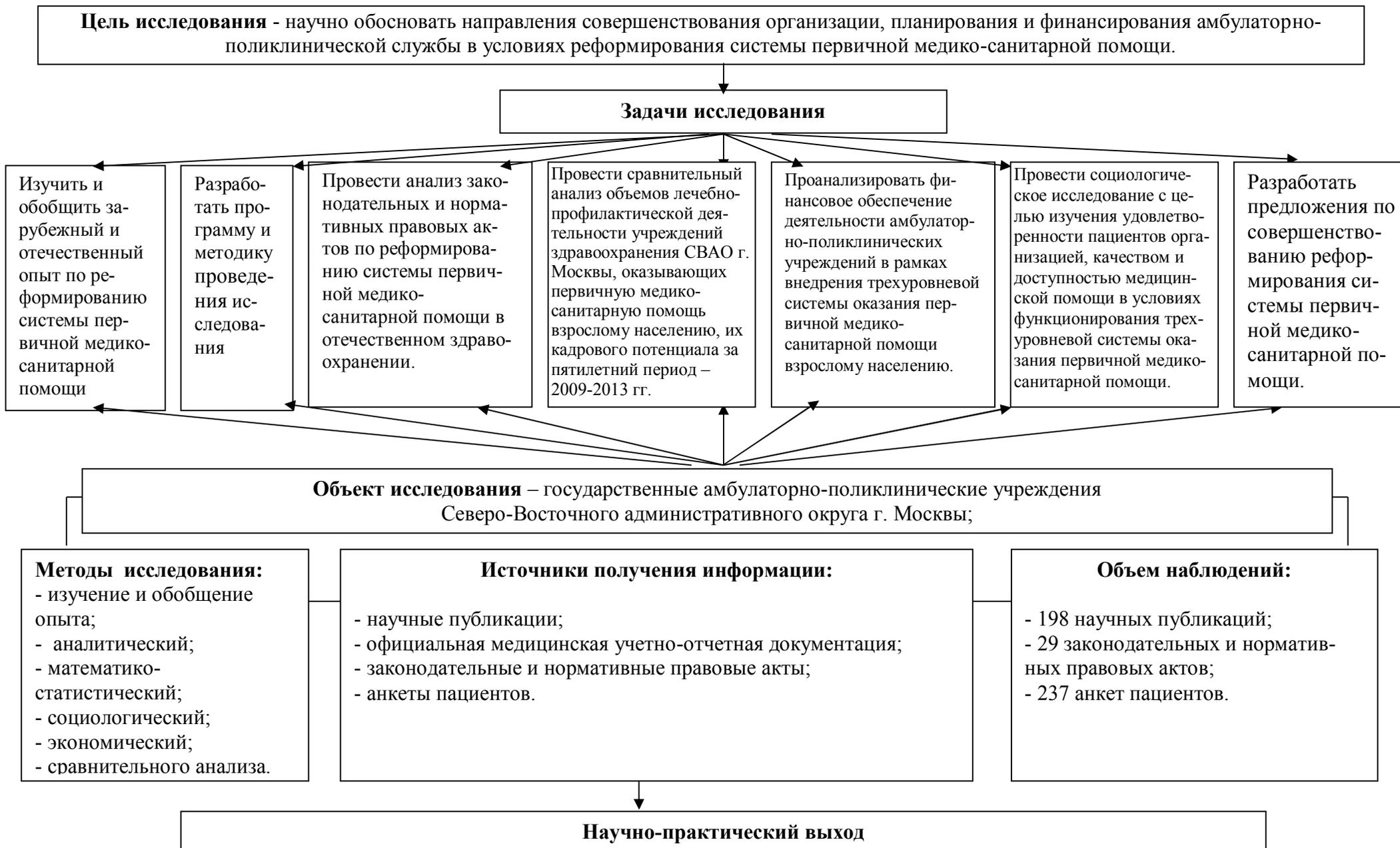


Рис. 2.1. Программа исследования

- обработка и анализ полученной информации, выявление основных тенденций, проблемных зон в ходе практической реализации мероприятий Программы модернизации здравоохранения и Государственной программы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) (далее Программы) для разработки предложений по повышению эффективности функционирования трехуровневой системы организации амбулаторно-поликлинической помощи.

База исследования - город Москва, Северо-Восточный административный округ.

Объект исследования – государственные амбулаторно-поликлинические учреждения Северо-Восточного административного округа.

Предмет исследования – динамика объемов и показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и их ресурсного обеспечения в результате реформирования системы первичной медико-санитарной помощи.

Единицами наблюдения в зависимости от поставленных задач приняты: законодательный и нормативный правовой акт по обеспечению реализации Программы модернизации столичного здравоохранения, Программы «Развитие столичного здравоохранения», другие нормативные правовые документы, учетный и отчетный медицинский и финансовый документ, пациент амбулаторно-поликлинического учреждения и др.

В ходе исследования был использован комплекс современных методов: изучение и обобщение опыта, аналитический, математико-статистический, социологический, методы экономического и сравнительного анализа.

Для сбора данных по изучаемым вопросам использовалась первичная медицинская документация, учетные и отчетные формы официальной медицинской статистики, бухгалтерская документация. Наряду с этим был разработан специальный статистический инструментарий (карты сбора необходимой информации, анкеты социологического опроса).

Обработка материалов предусматривала использование существующих и специально разработанных автоматизированных программных продуктов.

На первом этапе был проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, освещающих опыт реформирования амбулаторно-поликлинической помощи в России и за рубежом. Всего было проанализировано 198 работ, в том числе 185 отечественных авторов. Проведенный аналитический обзор литературных источников позволил подтвердить значимость рассматриваемой проблемы, определить цель и задачи проведения настоящего исследования

На втором этапе осуществлялся анализ законодательных и нормативных правовых документов, определяющих направления необходимых преобразований в системе отечественного здравоохранения. Проанализировано около 30 нормативных правовых актов, разработанных на различных уровнях.

В числе основных источников информации использованы следующие законодательные и нормативные правовые акты:

Федеральный уровень:

1. Конституция Российской Федерации;
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;
4. Постановление Правительства РФ от 15.02.2011 г. № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования»;
5. Постановление Правительства РФ от 07.02.2011 г. № 60 «О по-

рядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации»;

6. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

7. Распоряжение Правительства РФ от 27.12.2010 г. № 2396-р «Об утверждении распределения субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах»;

8. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»);

9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Региональный уровень:

10. Постановление Правительства Москвы от 25.12.2012 г. № 799-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»;

11. Постановления Правительства Москвы от 07.04.2011 г. № 114-ПП «О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2013 годы» (вместе с «Порядком расходования и доведения до получателей финансовых средств на осуществление мероприятий Программы модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2012 годы»;

12. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 г. № 461-

ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»;

13. Распоряжение Правительства Москвы от 02.04.2013 г. № 178-РП «Об утверждении Плана мероприятий ("дорожной карты") «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в городе Москве»;

14. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 10.09.2012 г. № 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи»;

15. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 05.05.2012 г. № 405 «О реорганизации Государственных бюджетных учреждений здравоохранения города Москвы...» и др.

Местный уровень:

16. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «О проведении в 2013 году диспансеризации взрослого населения в государственных учреждениях здравоохранения СВАО города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению»;

17. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «О разработке порядка оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях СВАО в рамках трехуровневой системы»;

18. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об утверждении графика оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению СВАО в 2013 году»;

19. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об открытии кабинетов первичной профилактики инсультов в ЛПУ СВАО г. Москвы» и др.

Оценка результатов реализации мероприятий по формированию трехуровневой системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи проводилась нами на основании рекомендаций, изложенных в Приказе

Департамента здравоохранения г. Москвы от 10 сентября 2012 г. N 983 "Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи". В этой связи следующим этапом исследования явился всесторонний анализ и объективная оценка работы поликлиники, что составляет основу эффективного руководства ее деятельностью, принятия управленческих решений и, в конечном итоге, действенным средством повышения качества и доступности медицинского обеспечения прикрепленных контингентов населения.

Настоящее исследование имело целью проанализировать наиболее значимые изменения или наметившиеся тенденции в системе организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы, определить основные проблемы, затрудняющие практическую реализацию мероприятий реформирования системы первичной медико-санитарной помощи.

Исследование включало изучение различных аспектов деятельности медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому населению СВАО в динамике за 2009-2013 гг. Анализ проводился на основе информации, содержащейся в официальной статистической учетно-отчетной медицинской документации, в том числе вновь организованных в рамках реализации трехуровневой системы оказания амбулаторной помощи: отделений профилактики, неотложной медицинской помощи взрослому населению, центров здоровья. Нам представлялось важным оценить динамику объемов профилактической помощи, особенно на 1-м уровне первичной медико-санитарной помощи. Однако следует отметить, что сбор подобной информации оказался затруднительным ввиду отсутствия официально утвержденных форм медицинской учетно-отчетной документации, адаптированной к новой структуре и условиям функционирования медицинских организаций. Нам не удалось по этим же причинам изучить объемы и структуру медицинской помощи дифференцированно по уровням с целью контроля спроса и доступности медицинских услуг.

Для сбора необходимых сведений, в том числе и не представленных в действующих статистических учетно-отчетных документах, но являющимися важными в свете оценки процесса и результатов реализации отдельных мероприятий проводимой реформы, разработан специальный статистический инструментарий – Карты, в которые вносилась необходимая информация из первичных учетных и отчетных документов амбулаторно-поликлинических учреждений (Приложение 1).

Были изучены показатели объема лечебно-профилактической работы в городской поликлинике (обеспеченность первичной медико-санитарной помощью (в расчете на 1 жителя): динамика посещений поликлиники: распределение посещений поликлиники по виду обращений: показатели структуры посещений поликлиники по врачебным специальностям: показатели нагрузки на врачебную должность: объем помощи на дому, активность посещений на дому: объемы посещений по неотложной помощи: показатели профилактической, диспансерной работы (объемы профилактических медицинских осмотров, охват населения диспансерным наблюдением: структура больных, состоявших на диспансерном учете), показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами, укомплектованности врачебных должностей и среднего медицинского персонала и др.

Для оценки структуры и состояния кадрового обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений определялись показатели укомплектованности штатов медицинского персонала, уровни их профессиональной квалификации в динамике, обеспеченность населения медицинскими кадрами в динамике. На основе данных отчетной документации был проведен анализ динамики кадровой ситуации в амбулаторно-поликлинических учреждениях в целом (укомплектованность штатов), а также штатов и кадров врачебного и среднего медицинского персонала терапевтической участковой службы, их квалификационного уровня, а также объемов и структуры амбулаторно-поликлинической помощи.

Проведенный анализ и расчеты предложенных нормативно-методическими документами показателей результатов внедрения трехуровневой системы оказания амбулаторной помощи позволили получить представление об эффективности реализации проведенных преобразований на начальном этапе, а также разработать научно обоснованные предложения о направлениях дальнейшего совершенствования реализации данной системы.

В работе проанализировано оказание медицинской помощи на 1 и 2 уровнях первичной медико-санитарной помощи в учреждениях округа: 1 уровень представлен городскими поликлиниками (филиалами) и поликлиническими отделениями амбулаторных центров, а также поликлиническими отделениями стационаров; 2 уровень - амбулаторные центры («головные» учреждения амбулаторных объединений). Поликлинические отделения в составе стационарных учреждений для оказания специализированной первичной медико-санитарной помощи (2 уровень в рамках трехуровневой системы) закреплены за одним из амбулаторных центров округа.

На следующем этапе работы нами проводилось изучение вопросов эффективности использования ресурсов здравоохранения при одновременном обеспечении надлежащего качества и доступности медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В данном разделе исследования приводятся некоторые результаты экономической оценки внедрения трехуровневой системы в деятельность амбулаторно-поликлинического учреждения.

Анализ проведен на базе амбулаторного объединения (ГБУЗ «ГП № 218») за 2011–2013 гг. Изучались в сравнительном аспекте планово-нормативные и фактические показатели нагрузки на одну врачебную должность по большинству врачебных специальностей, проведен сравнительный анализ структуры финансирования и расходования средств амбулаторно-поликлинических учреждений за 2012-2013 гг., изучена структура использования финансовых средств по различным источникам финансирования, проведен анализ структуры фонда заработной платы с учетом планового числа

штатных должностей и среднего размера должностных окладов за 2011-2013гг.

Одним из этапов настоящей работы явилось проведение социологического исследования силами сторонних организаций (ОАО «Московские информационные технологии» и Центром медицинской инспекции Департамента здравоохранения г. Москвы) в 2012-2014 гг. в АПУ СВАО г. Москвы в виде анкетирования в соответствии с «Методическими рекомендациями организации проведения социологических опросов по вопросу удовлетворенности населения города Москвы медицинской помощью», утвержденными Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 13.11.2012г. № 1273. Опрос осуществлялся на основе специально разработанной анкеты (приложение № 2), в которую были включены вопросы, отражающие определение уровня удовлетворенности населения медицинской помощью и отдельные показатели, характеризующие доступность и качество амбулаторной помощи в ЛПУ, в том числе:

- время ожидания в регистратуре, на приеме к врачу, при записи на лабораторные и (или) инструментальные исследования;
- необходимость использования личных денежных средств при обследовании и (или) лечении;
- удовлетворенность населения работой врачебного персонала;
- отношение медицинского персонала АПУ;
- доступность врачей-специалистов по отдельным специальностям;
- уровень технической оснащенности медицинских учреждений;
- иные условия оказания плановой медицинской помощи, регламентированных территориальной программой государственных гарантий оказания жителям города Москвы бесплатной медицинской помощи.

В качестве респондентов выступали пациенты городских лечебно-профилактических учреждений, которые и являлись статистическими единицами наблюдения при оценке удовлетворенности медицинской помощью.

В ходе настоящего исследования также был проведен внутренний социологический опрос, предусматривающий изучение изменений, происходящих в АПУ после внедрения трехуровневой системы по специально разработанной анкете (приложение №3).

Данные для проведения медико-социологического мониторинга были сгруппированы соответственно по социально-демографическим (возраст, пол); по социально-экономическим признакам (профессия, уровень дохода), по факторам, влияющим на временную, информационную доступность помощи для взрослого населения СВАО г. Москвы. Далее была проведена статистическая сводка для подсчета итоговых данных и групповых данных и внесения их в таблицы.

Пригодность анкеты к массовому сбору определялась по следующему набору признаков:

- из обсчета необходимо исключить анкеты, в которых пациенты не дали ответ;
- респондентов, ответивших «не знаю» или вообще не отвечавших на вопрос не должно быть больше 7%;
- не должно быть замечаний и комментариев там, где они не предусмотрены;
- не должно быть пропусков ответов;
- у респондентов не должно возникать много дополнительных вопросов.

В результате оценивались основные факторы, влияющие на доступность и качество медицинской помощи, оказываемой взрослому населению в амбулаторных объединениях СВАО г. Москвы, такие как частота обращения респондентами за амбулаторно-поликлинической помощью в амбулаторные объединения СВАО г. Москвы, доступность для всех категорий обслуживаемого населения, информационная осведомленность граждан, удовлетворенность населения уровнем квалификации врачей, отношение медицинского персонала к пациентам, достаточность объема услуг, проводимых в поликлинике и в амбулаторном объединении, удобство электронной записи на прием.

Респондентам было предложено оценить, соблюдаются ли в поликлинике временные рамки на приеме у врача по записи при получении медицинской помощи после внедрения новой трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической службы в Москве. В настоящей работе оценивались изменения в длительности ожидания при получении первичной медико-санитарной помощи в АПУ и доступность для населения при обращении в поликлинику.

Обработка информации при проведении данного опроса включала в себя следующие этапы:

- группировка данных;
- статистическая сводка;
- обработка данных;
- разработка предложений, внедрение их в практику и оценка эффективности.

Проведенный опрос в данных группах респондентов позволил получить полную, достоверную и разностороннюю информацию по изучаемым вопросам.

На заключительном этапе исследования все полученные данные были систематизированы, на основании результатов анализа полученной информации выделены основные проблемы организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи в условиях внедрения трехуровневой системы. В целом, вся полученная в ходе исследования информация послужила основой для разработки и научного обоснования приоритетных направлений совершенствования организации, планирования и финансирования амбулаторно-поликлинической службы в условиях реформирования системы первичной медико-санитарной помощи.

2.2. Характеристика базы исследования

Численность населения Северо-Восточного административного округа города Москвы в 2009 году составила **1 241 700** человек, в том числе взрослого населения – **1 002 801** человек (80,8%), детей – **238 899** (19,2%). Численность взрослого населения в 2013 г. составила 1 130 711 человек, что на 11,7% больше, чем в 2009 г., детского – 256 490, что на 7,4% больше. В составе взрослого населения доля лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста практически не изменилась и составляла в 2009 г. 61,4% и 38,6%, в 2013 г. – 61,3 и 38,7% соответственно, прирост населения данных возрастов составил 12,6% и 13,0% соответственно (табл. 2.1). Однако, если в 2009 г. доля лиц в возрасте 65 лет и старше составляла 49,0% в составе контингента старше трудоспособного возраста, то в 2013 г. их стало 68,2%, а, в целом, темп прироста данной возрастной группы составил 57,3%, что аргументирует целесообразность организации гериатрической службы в структуре подразделений внедряемой трехуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению Москвы.

Известно, что увеличение доли в населении старших возрастных групп ведет к росту специфических потребностей в их медицинском обслуживании, обусловленных сдвигом структуры заболеваемости населения в сторону увеличения доли хронических неинфекционных болезней. Соответственно, требуется не только привлечение дополнительных средств для оказания необходимых объемов медицинской помощи, но и изменение их структуры.

Структура населения СВАО в 2009 - 2013 гг.

Показатели	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Темп роста (%)
ВСЕГО	1 241 700	1 241 700	1 370 700	1 370 700	1 387 201	11,7
Дети (0-17лет)	238899	237945	258435	252746	256490	7,4
Взрослое население	1 002 801	1 003 755	1 112 265	1 117 954	1 130 711	12,8
Трудоспособный возраст	615 723	631 012	697 938	685 735	693 387	12,6
Старше трудоспособного	387078	372743	414327	432219	437324	13,0
Возраст 65 лет и старше	189669	196321	227052	296004	298401	57,3

Следует отметить, что в 2009 г. амбулаторная помощь взрослому населению округа оказывалась в 27 амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ), в том числе в 25 самостоятельных и двух, входящих в больничные учреждения основных типов. После проведения реорганизации системы столичного здравоохранения и организации из 22 АПУ амбулаторных объединений на сегодняшний день первичную медико-санитарную помощь взрослому населению СВАО оказывают 6 амбулаторно-поликлинических учреждений: четыре амбулаторно-поликлинических объединения (амбулаторных центра), городская больница с поликлиническим отделением, медико-санитарная часть с поликлиническим отделением.

Суммарная плановая мощность амбулаторно-поликлинических учреждений составляла в 2009 г. 24 280 посещений в смену, фактическая – 25 676. В 2013 г. эти показатели составили 23 087 и 30 472 посещений в смену, что может свидетельствовать о росте обращаемости, востребованности первичной медико-санитарной помощи, также может быть связано с ростом численности населения при отсутствии строительства новых поликлиник.

ГЛАВА 3. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в ст. 41 Конституции РФ¹. Попытка максимально полно раскрыть содержание указанного права была предпринята законодателем при разработке и принятии федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»² (далее – ФЗ об охране здоровья).

Ст. 4 ФЗ об охране здоровья закрепляет основные принципы охраны здоровья, в соответствии с которыми должна строиться вся система здравоохранения. Среди прочих названы доступность и качество медицинской помощи. Указанные принципы задают основной вектор развития отечественного здравоохранения. Еще в распоряжении Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»³ было указано, что основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

В качестве основополагающего принципа оказания медицинской помощи доступность закреплена и в п. 5 ст. 4 федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»⁴ (далее – Закон об ОМС).

¹ Конституция Российской Федерации // Собрание законодательства РФ. 26.01.2009. № 4. ст. 445.

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. ст. 6724.

³ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») // Собрание законодательства РФ. 24.11.2008. № 47. ст. 5489.

⁴ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 06.12.2010. № 49. ст. 6422.

Критерием доступности выступают расположение медицинских организаций, их приближенность к пациенту, транспортная доступность и количество медицинских работников (ст. 10 ФЗ об охране здоровья). Возможность выбора врача, соблюдение порядков и стандартов медицинской помощи и другие критерии позволяют судить об уровне качества медицинской помощи⁵.

В ФЗ об охране здоровья регламентированы возможные виды, условия и формы оказания медицинской помощи. П. 5 ст. 32 предусматривает необходимость разработки положения об организации оказания медицинской помощи по указанным критериям. В связи с этим приказом Минздравсоцразвития № 543н от 15 мая 2012 года было утверждено Положение об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению⁶ (далее – Положение, Положение № 543н). С вступлением в силу указанного Положения утратили силу ранее действующие Порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи (Приказ Минздравсоцразвития от 29 июля 2005 г. N 487) и Порядок организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу (Приказ Минздравсоцразвития от 4 августа 2006 г. N 584).

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению (п. 5 Положения).

ПМСП может оказываться в плановой и неотложной формах амбулаторно или в условиях дневного стационара. П. 10 Положения предусматрива-

⁵ Расширенный набор критериев качества и доступности медицинской помощи указан в разделе VII Постановления Правительства г. Москвы от 25.12.2012 № 799-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» // Вестник Мэра и Правительства Москвы. № 1. том 2. 03.01.2013.

⁶ Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. № 52. 24.12.2012.

ет три возможных вида оказания ПСМП: первичная доврачебная, врачебная и специализированная медицинская помощь. Первые два вида организуются по территориально-участковому принципу. Последний - в соответствии с потребностями населения, с учетом заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения.

Развитие первичной медико-санитарной помощи является одной из приоритетных задач Подпрограммы 1: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи», рассчитанной на период 2013-2020 годы и реализуемой в рамках Программы «Развитие здравоохранения»⁷.

Статья 50 Закона об ОМС в целях повышения качества и доступности медицинской помощи содержит предписание о необходимости разработки, принятия и реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее – программы)⁸.

В соответствии с п. 8 ст. 50 Закона об ОМС 7 февраля 2011 года Правительством Российской Федерации был утвержден порядок реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации⁹. Повышение доступности медицинской помощи предусматривается за счет проведения мероприятий по трем приоритетным направлениям:

⁷ Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Собрание законодательства РФ. 31.12.2012. № 53 (ч. 2). ст. 8019.

⁸ Вопросы финансирования программ урегулированы: распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2010 г. № 2396-р «Об утверждении распределения субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах»; постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования» и др.

⁹ Постановление Правительства РФ от 7 февраля 2011 г. № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 14.02.2011. № 7. ст. 991.

развитие кадрового потенциала медицинских организаций;
предоставление амбулаторной медицинской помощи в соответствии со стандартами ее оказания;
введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей.

Рассмотрим меры, предпринятые для повышения доступности медицинской помощи, в г. Москве и, в частности, Северо-Восточном административном округе (СВАО). Обязанность по созданию условий для оказания медицинской помощи на органы местного самоуправления окружного уровня была возложена в 2003 году (п. 14 ст. 16 ФЗ № 131-ФЗ¹⁰).

Уполномоченным органом по Москве в соответствии с п. 2 постановления Правительства Москвы «О программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2013 годы»¹¹ (далее – Программа Москвы) является Департамент здравоохранения города Москвы (далее – ДЗМ).

В пояснительной записке к Программе Москвы приведены данные о медико-демографической ситуации в столице, смертности населения, заболеваемости, сети учреждений здравоохранения города Москвы и о состоянии кадровых ресурсов.

В качестве цели Программы Москвы заявлено повышение качества и доступности медицинской помощи населению города, для чего требуется решение следующих задач:

1. Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения.
2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.
3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи, повышение

¹⁰ Федеральный закон от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 06.10.2003. № 40. ст. 3822.

¹¹ Постановление Правительства Москвы от 07.04.2011 № 114-ПП «О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2013 годы» (вместе с «Порядком расходования и доведения до получателей финансовых средств на осуществление мероприятий Программы модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2012 годы») // Вестник Мэра и Правительства Москвы. Спецвыпуск № 1. 21.04.2011.

доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Для решения поставленных задач среди прочего предусмотрено формирование трехуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи в городе Москве¹².

В качестве обоснования такой меры авторы Программы Москвы отмечают следующие обстоятельства:

необходимость соблюдения приоритетных принципов отечественного здравоохранения: территориальность, этапность оказания медицинской помощи и профилактическая направленность;

неравномерность развития амбулаторной медицинской помощи по участково-территориальному принципу, которая препятствует повышению качества медицинской помощи и доступности для населения;

низкий показатель выявляемости значительного числа заболеваний, в связи с чем требуется активизировать профилактическую работу (профилактические осмотры, дополнительную диспансеризацию работающего населения, диспансеризацию декретированных групп населения).

По состоянию на 2011 год отмечалась диспропорция в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. Соотношение объемов первичной медико-санитарной помощи и специализированной (стационарной) медицинской помощи составляло соответственно 40% и 60%, что противоречило современным мировым тенденциям формирования эффективной и доступной организационной модели здравоохранения¹³. Как указано в Дорожной карте по повышению эффективности здравоохранения в г. Москве, главной целью реализации структурных преобразований является повышение удельного веса первичной медико-санитарной помощи в общем объеме ока-

¹² Отметим, что ни в одном из нормативных правовых актов как федерального, так и регионального и местного уровней определения понятия «трехуровневая система» не содержится.

¹³ Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» // Вестник Мэра и Правительства Москвы. № 59. 18.10.2011.

зываемой медицинской помощи населению¹⁴.

Ожидается, что успешная реализация трехуровневой модели позволит добиться оптимального распределения медицинских ресурсов и медицинских кадров; позволит в полном объеме использовать дорогостоящее оборудование и медицинскую технику, а также снизить сроки ожидания медицинской помощи и компенсировать дефицит врачей-специалистов по необходимому профилю.

Согласно Программе Москвы первый уровень амбулаторно-поликлинической помощи населению должен быть представлен городскими поликлиниками, оказывающими первичную врачебную медико-санитарную помощь прикрепленному населению преимущественно по территориально-участковому принципу. Данное положение в целом соответствует п. 12 Положения № 543н, но содержит оговорку «преимущественно», что, однако, не противоречит НПА федерального уровня. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 983¹⁵, подробнее о котором будет сказано ниже, содержит положение о возможности организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению и по территориальному принципу, который подразумевает закрепление населения за лечебно-диагностическими базами учреждений в пределах административного округа.

На начальном уровне предполагается проведение первичной медицинской профилактики, вторичной профилактики в виде диспансерного динамического наблюдения, целевых диспансерных осмотров, санитарно-гигиенического воспитания населения, восстановительных и реабилитационных мероприятий.

В структуру городских поликлиник данного уровня должны входить:

- участковая терапевтическая служба,

¹⁴ Распоряжение Правительства Москвы от 02.04.2013 № 178-РП «Об утверждении Плана мероприятий ("дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в городе Москве» // Документ опубликован не был. СПС КонсультантПлюс.

¹⁵ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 10.09.2012 № 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи» // Документ опубликован не был. СПС КонсультантПлюс.

- Центры здоровья,
- кабинет (отделение) профилактики, в том числе смотровой, кабинет доврачебного контроля (включая экспресс-диагностику),
- отделение (кабинет) лучевой диагностики (рентгенологическая, ультразвуковая, флюорографическая, маммографическая диагностика),
- кабинет функциональной диагностики (электрокардиография, исследование функции внешнего дыхания, суточное мониторирование артериального давления по Холтеру, суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру и др.),
- отделение неотложной медицинской помощи (на базе отдельно выделенных городских поликлиник),
- отделение клинической лабораторной диагностики (биохимический анализатор до 18 параметров и общеклинические исследования),
- физиотерапевтическое отделение (в том числе кабинет лечебной физкультуры).

Оказание амбулаторной специализированной медицинской помощи и на дому должно оказываться по профилям: «кардиология», «неврология», «оториноларингология», «эндокринология», «урология», «хирургия», «офтальмология», «гериатрия», «инфекционные болезни», «клиническая фармакология», «профпатология», «травматология».

На втором уровне системы оказания первичной медико-санитарной помощи функционируют амбулаторно-поликлинические учреждения с амбулаторным центром специализированной медицинской помощи (из расчета 1 центр на 150-250 тыс. населения).

Оказания амбулаторной специализированной медицинской помощи производится по следующим профилям: «аллергология-иммунология», «кардиология», «колопроктология», «неврология», «нефрология», «оториноларингология», «сурдология-оториноларингология», «офтальмология», «пульмонология», «терапия», «урология», «эндокринология», «хирургия», «ортопедия» и др.

В Программе Москвы содержится четкий перечень структурных подразделений амбулаторного центра специализированной медицинской помощи, среди которых:

- отделение лучевой диагностики (магниторезонансная и компьютерная томография, ультразвуковая и рентгенологическая диагностика),
- отделение эндоскопии с диагностическими и лечебно-диагностическими кабинетами,
- отделение функциональной диагностики,
- отделение клинической лабораторной диагностики с подразделениями для биохимических, гематологических, микробиологических, иммунологических, цитологических и других исследований.

Кроме того, требуется организация многопрофильных дневных стационаров, амбулаторных хирургических центров.

На окружном уровне было подготовлено распоряжение о разработке порядка оказания специализированной медицинской помощи¹⁶. Главные специалисты ДЗМ в СВАО должны были предоставить Порядки оказания медицинской помощи по своему профилю. Ежегодно утверждаются графики оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению СВАО¹⁷.

Возглавляют трехзвенную структуру консультативно-диагностические центры (отделения) стационаров лечебно-профилактических учреждений (как многопрофильных, так и специализированных), городские специализированные центры и диспансеры. Для получения медицинской помощи в указанных центрах необходимо предъявить направление от врача-специалиста лечебно-профилактических учреждений, отнесенных ко второму уровню амбулаторно-поликлинической помощи.

В Программе Москвы указано, что рекомендации специалистов треть-

¹⁶ Распоряжение ГКУ ДЗМ СВАО «О разработке порядка оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях СВАО в рамках трехуровневой системы».

¹⁷ См., например: распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об утверждении графика оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению СВАО в 2013 году».

го уровня амбулаторно-поликлинической помощи являются обязательными для участковых терапевтов и врачей-специалистов второго и третьего уровней¹⁸.

В октябре 2011 Правительством Москвы была утверждена программа развития столичного здравоохранения на 2012-2016 гг. (далее – Среднесрочная программа)¹⁹. По-прежнему, улучшение здоровья населения города Москвы предполагалось за счет повышения качества и доступности оказания медицинской помощи. Среди прочих были поставлены такие задачи, как приведение мощности и структуры сети учреждений системы здравоохранения в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи и переход к более эффективной организации медицинской помощи. При этом достижение результатов по указанным задачам было намечено на начальный этап реализации Среднесрочной программы, который закончился в декабре 2012 года. А к 2016 году планируется сместить центр тяжести со стационарной помощи на первичную медико-санитарную с соотношением 40% к 60% соответственно.

Создание трехуровневой системы является одной из мер по выполнению Подпрограммы «Формирование эффективной системы организации медицинской помощи» (Приложение № 1 к Среднесрочной программе), в рамках которой поставлены задачи по оптимизации многоуровневой системы оказания медицинской помощи и поэтапной реструктуризации медицинских учреждений здравоохранения города Москвы различного типа. В качестве условия достижения поставленных результатов отмечается необходимость расширения функций и усиление ответственности органов здравоохранения на окружном уровне на основе интеграции управления медицинскими службами. Однако дальнейшего развития данная норма пока не получила.

Во исполнение двух рассмотренных выше программ Москвы (на 2011-

¹⁸ В более ранней редакции документа (например, ред. от 05.06.2012г.) видимо была допущена опечатка, так как по тексту Положения обязательными были рекомендации специалистов первого уровня.

¹⁹ Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» // Вестник Мэра и Правительства Москвы. № 59. 18.10.2011.

2013 и Среднесрочной программы) в Департаменте здравоохранения г. Москвы 20.01.2012 года был подписан Приказ № 38 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы». П. 1 Приказа содержит предписание о создании трехуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи, в структуру которой входят перечисленные ранее городские поликлиники, амбулаторные центры и консультативно-диагностические отделения и центры. Приказом были утверждены перечни амбулаторно-поликлинических учреждений первого и второго уровней.

Так, в СВАО учреждения второго уровня составляют амбулаторные центры (АЦ): ГП №№ 12, 107, 218 и ДЦ № 5. К ведению каждого АЦ были отнесены от 5 до 7 городских поликлиник разного типа (ГП № 12: ГП №№ 12, 75, 77, 98, 111, 183 и МСЧ 33; ГП № 107: ГП №№ 107, 31, 48, 144, 165; ГП № 218: ГП №№ 218, 29, 120, 153, 34, 215; ДЦ № 5: ДЦ № 5, ГБ № 43, ГП № 169, 179, 190). Позднее в целях оптимизации лечебно-диагностического процесса, дальнейшего совершенствования организации и качества оказания специализированной медицинской помощи населению города Москвы, рационального использования коечного фонда и материальных ресурсов лечебно-профилактических учреждений городские поликлиники №№ 31, 48, 144, 165 вошли в состав городской поликлиники № 107²⁰.

Разработанная и приведенная в жизнь модель «амбулаторный центр – филиал» позволила создать эффективные схемы маршрутизации пациентов,

²⁰ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 05.05.2012 № 405 «О реорганизации Государственных бюджетных учреждений здравоохранения города Москвы: «Городская поликлиника № 107 Департамента здравоохранения города Москвы», «Городская поликлиника № 31 Департамента здравоохранения города Москвы», «Городская поликлиника № 48 Департамента здравоохранения города Москвы», «Городская поликлиника № 144 Департамента здравоохранения города Москвы», «Городская поликлиника № 165 Департамента здравоохранения города Москвы» // Документ опубликован не был. СПС КонсультантПлюс. О необходимости реорганизации учреждений здравоохранения говорится в п. 7.1. Среднесрочной программы: «Реструктуризация учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, проводится путем слияния 4-5 городских поликлиник в одно юридическое лицо. При этом реорганизуемые медицинские учреждения преобразуются в обособленные подразделения - филиалы». В соответствии с п. 3.2. Порядка создания, реорганизации, изменения типа и ликвидации государственных учреждений города Москвы, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 21 декабря 2010 г. № 1075-ПП, решение о реорганизации государственного учреждения города Москвы в форме слияния или присоединения принимается органом исполнительной власти города Москвы, осуществляющим функции полномочия учредителя реорганизуемого государственного учреждения.

порядок взаимодействия подразделений первого и второго уровня, порядки оказания медицинской помощи по профилям в рамках трехуровневой системы организации первичной медико-санитарной помощи. Так, в СВАО «проведенная работа позволила сформировать потоки пациентов таким образом, что основная масса (99,8-99,9%) пациентов направляется из филиалов учреждения, и лишь небольшая доля - из других учреждений округа»²¹.

В марте 2012 года ДЗМ утвердил приказ «О режиме работы государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях»²². Так, для городских поликлиник установлен режим работы с 8.00 до 20.00 - по рабочим дням; с 9.00 до 18.00 – по субботам; с 9.00 до 16.00 – по воскресным и праздничным дням. С целью повышения доступности медицинской помощи, ликвидации очередности режим работы отдельных подразделений и кабинетов, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению, может быть установлен главным врачом учреждения с 7.00. Медицинская помощь населению на дому обеспечивается медицинскими работниками соответствующего структурного подразделения в круглосуточном режиме.

10 декабря 2012 года Департаментом здравоохранения г. Москвы был утвержден приказ № 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи» (далее – Методические рекомендации, МР), который детализирует сферу деятельности учреждений каждого из трех уровней.

Так, в «Общих положениях» Методических рекомендаций закреплено, что на первом уровне подразделения оказывают первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь в части обеспечения первичного приема населения и последующего диспансерного

²¹ Реформирование первичной медико-санитарной помощи в рамках программы модернизации здравоохранения в г. Москве / О. В. Гриднев [и др.] // Заместитель главного врача. 2014. № 1. С. 18.

²² Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 6 марта 2012 г. № 153 «О режиме работы государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях» // Документ опубликован не был. СПС КонсультантПлюс.

наблюдения.

На втором уровне (специализированном) располагаются лечебно-диагностические (специализированные) отделения, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь, в том числе осуществляющие консультативно-диагностическое обеспечение прикрепленного по территориально-участковому принципу населения.

Третий уровень (специализированный консультативно-диагностический, в том числе высокотехнологичный) представлен лечебно-диагностическими специализированными подразделениями стационарных учреждений, на базе которых осуществляются консультативно-диагностические приемы, оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь жителям административного округа.

Оказание медицинской помощи первого и второго уровней возложено на подразделения городских поликлиник (амбулаторных центров). Согласно Методическим рекомендациям под последними понимаются многопрофильные лечебно-профилактические учреждения, созданные для оказания первичной медико-санитарной помощи, а также паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

Медицинские организации третьего уровня осуществляют консультативный и диагностический прием пациентов по направлениям врачей-специалистов второго уровня.

В системе организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, выделяют также научно-практические центры специализированной медико-санитарной помощи, работающие по одному профилю с пациентами, направленными врачами-терапевтами участковыми, врачами-специалистами и при их самостоятельном обращении.

Профилактические мероприятия проводятся на любом из уровней ока-

зания первичной медико-санитарной помощи (раздел 6 МР)²³. Выделяют первичную, вторичную и третичную разновидность профилактики. Первая направлена на предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, физическая активность, отказ от вредных привычек и др). Вторая - на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета и т.п.) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. И, наконец, целью третичной профилактики является реабилитация.

Для реализации указанных рекомендаций в Северо-Восточном административном округе на базе неврологических отделений медицинских учреждений были открыты кабинеты первичной профилактики инсультов²⁴. Данная мера должна повлечь снижение заболеваемости, инвалидности и смертности от сосудистой патологии головного мозга. В Положении о кабинете профилактики инсультов (Приложение № 1) подробно регламентированы цели и задачи кабинетов, организационно методическая работа и порядок работы кабинета. Согласно п. 4.3. Положения основанием для обследования пациента в кабинете является направление врача-невролога или смежных специалистов (терапевта, кардиолога, эндокринолога, ревматолога и др.).

Другим нововведением в области профилактических мероприятий в СВАО стало открытие кабинетов по отказу от курения в Центрах здоровья²⁵.

На основании приказов ДЗМ и МЗ и СР РФ Дата Директором Государственного казённого учреждения «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Северо-Восточного административного округа города Москвы» (далее – ГКУ ДЗ СВАО) было издано распоряжение «О проведении в 2013 году диспансеризации взрослого насе-

²³ Проведение профилактических мероприятий являются одной из приоритетных задач в соответствии с Подпрограммой 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи», утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Собрание законодательства РФ. 31.12.2012. № 53 (ч. 2), ст. 8019.

²⁴ Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО №__ от _____ «Об открытии кабинетов первичной профилактики инсультов в ЛПУ СВАО г. Москвы».

²⁵ Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об организации кабинетов по отказу от курения в «Центрах здоровья»

ления в государственных учреждениях здравоохранения СВАО города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению»²⁶. Указанный документ направлен на дальнейшее совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи и реализацию мероприятий по раннему выявлению хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, и факторов риска их развития.

Важное значение имеет часть Методических рекомендаций, посвященная распределению потоков пациентов.

При обращении пациента для прохождения профилактического осмотра он направляется в учреждение первого уровня. В случае если выявляется подозрение на какое-либо заболевание, то пациенту выдается направление к врачу-специалисту, также первого уровня, где ему впоследствии при необходимости будет оказана плановая или неотложная медицинская помощь. Если предпринимаемые меры в амбулаторных условиях не приносят желаемого результата, пациент помещается в стационар.

Для совершенствования организации работы по ведению расписания приема врачей и маршрутизации больных в государственных учреждениях здравоохранения СВАО в соответствии с приказом ДЗМ от 20.12.2012 № 1470 «Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу в электронном виде» было разработано положение «Об организации работы по ведению записи на прием к врачу в СУПП ЕМИАС в амбулаторно-поликлинических учреждениях СВАО города Москвы»²⁷.

Повтор: В Методических рекомендациях выделено пять случаев, при которых пациент направляется в учреждения второго уровня:

- при необходимости уточнить диагноз или стадию заболевания, определяющие особенности лечебной тактики;

²⁶ Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «О проведении в 2013 году диспансеризации взрослого населения в государственных учреждениях здравоохранения СВАО города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению»

²⁷ Положение ГКУ ДЗ СВАО «Об организации работы по ведению записи на прием к врачу в СУПП ЕМИАС в амбулаторно-поликлинических учреждениях СВАО города Москвы».

- при необходимости осуществить в ходе дообследования специальные инвазивные и неинвазивные лечебные и диагностические мероприятия;
- при наличии диагноза у пациента, требующего оказания специализированной медицинской помощи, которую можно осуществить амбулаторно или в условиях дневного стационара подразделений второго уровня;
- при отсутствии эффекта от проводимого лечения, необходимости коррекции проводимой терапии или индивидуального подбора лекарственных препаратов, наличии у пациента длительных периодов временной нетрудоспособности;
- при отсутствии на первом уровне соответствующего специалиста или вида обследования, необходимого больному.

В зависимости от результатов обследования дальнейшее лечение и наблюдение за пациентом на основе полученных рекомендаций осуществляет врач-терапевт или же лечение проходит на базе специализированного отделения второго уровня. Но в любом случае наблюдение проходит при участии врача-терапевта первого уровня.

В разделе 3 Методических рекомендаций содержится информация о порядке взаимодействия структурных подразделений городской поликлиники, выполняющих задачи первых двух уровней. В частности, до 20 числа каждого месяца врачам-участковым должны выдаваться бланки направлений к врачам-специалистам второго уровня. Распределяют заполненные бланки направлений и контролируют обоснованность их выдачи соответствующие руководители структурных и обособленных структурных подразделений. При отсутствии талонов пациент заносится в «лист ожидания». При этом период ожидания врача первого уровня не должен превышать 7 дней, второго – 14 дней, а срок обследования для плановой госпитализации – 10 дней. Однако согласно данным раздела «Системы организации медицинской помощи» Среднесрочной программы на практике возникают существенные задержки при ожидании проведения таких методов исследования, как суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления, доплерография, дуплексное

сканирование, ультразвуковая диагностика, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Для доплерографии и дуплексного сканирования средний срок ожидания исследований колеблется от 14 дней и выше, для компьютерной томографии - до 2 месяцев.

При возникновении обстоятельств, указанных ниже, пациент направляется в лечебно-диагностические специализированные подразделения стационарных учреждений (третий уровень):

- отсутствие эффекта от проводимого лечения (долечивания), необходимость коррекции проводимой терапии или индивидуального подбора лекарственных препаратов в стационарных условиях;

- развитие осложнений у пациентов, находящихся на долечивании;

- отсутствие соответствующего специалиста, вида обследования или возможности проведения обследования, необходимого больному на втором уровне;

- необходимость принятия согласованного решения по госпитализации для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Для приема в учреждении третьего уровня пациенту необходимо получить у врача выписку из амбулаторной карты (форма 027/у), подписанный бланк направления (форма 057/у-04), а также предъявить документ, удостоверяющий личность, и полис ОМС. Срок ожидания приема не должен превышать 7 дней с даты обращения. По итогам обследования составляется медицинское заключение с рекомендациями по дальнейшему лечению.

На окружном уровне в соответствии с МР дата был издано распоряжение «Об организации взаимодействия амбулаторно-поликлинических учреждений СВАО и консультативно-диагностических отделений стационаров СВАО с целью оказания взрослому населению первичной медико-

санитарной помощи»²⁸. Согласно данному распоряжению прием в консультативно-диагностическом отделении (далее – КДО) осуществляется по талонам, распределяемым среди пациентов по мере необходимости. Главные врачи ГП обязаны предоставлять отчеты об их реализации в установленные сроки. Отметим, что по сравнению с МР в приказе дана достаточно сжатая информация относительно организации взаимодействия учреждений различных уровней.

В целях оказания высокотехнологичной помощи в СВАО на основании приказа ДЗМ было издано распоряжение об организации направления жителей округа в учреждения здравоохранения, участвующие в оказании высокотехнологичной медицинской помощи²⁹. Для этого был разработан и утвержден Порядок организации первичного отбора пациентов – жителей города Москвы для направления в учреждения здравоохранения, участвующие в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Порядок о ВМП).

Существуют два вида учреждений, где может быть оказана ВМП: первые находятся в ведении Минздрава, Федерального медико-биологического агентства, а также Российской академии медицинских наук (ныне ФАНО); вторые – государственные учреждения здравоохранения (ГУЗ) города Москвы.

Первичный отбор жителей СВАО осуществляется врачебной комиссией ГУЗ города Москвы по месту жительства, наблюдения и (или) лечения пациента при предоставлении требуемых Порядком о ВМП документов.

Врачебная комиссия формируется руководителем ГУЗ³⁰ и рассматривает документы в течение 3 дней с даты их поступления. Решение комиссии

²⁸ Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об организации взаимодействия амбулаторно-поликлинических учреждений СВАО и консультативно-диагностических отделений стационаров СВАО с целью оказания взрослому населению первичной медико-санитарной помощи».

²⁹ Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об организации направления жителей СВАО города Москвы в учреждения здравоохранения, участвующие в оказании высокотехнологичной медицинской помощи».

³⁰ См., например: приказ ГКУ ДЗ СВАО №__ от ____ «Об организации клинико-экспертной работы в ГКУ ДЗ СВАО»; Распоряжение директора ГКУ ДЗ СВАО от 17.10.12 № 283-р «О предоставлении приказов о врачебной комиссии ГБУЗ «ГП №12 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №107 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №218 ДЗМ», ГБУЗ «ДЦ №5 ДЗМ».

оформляется в виде протокола в одном экземпляре и хранится в медицинском учреждении. При принятии положительного решения полный комплект документов направляется в Департамент здравоохранения г. Москвы. В случае отказа комиссия обязана предоставить пациенту выписку с обоснованием причин вынесенного решения.

Рассмотренный НПА составлен в полном соответствии с Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 05.03.12г. № 150 «Об организации направления жителей города Москвы в учреждения здравоохранения, участвующих в оказании высокотехнологичной медицинской помощи»³¹ за исключением указания на право пациента обжаловать любое решение, действие или бездействие врачебной комиссии.

Чтобы оценить эффективность предложенной трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Методических рекомендациях предложено использовать показатели оценки деятельности городской поликлиники, заболеваемости и смертности и иные показатели, характеризующие здоровье прикрепленного населения. Седьмой раздел МР содержит множество формул расчета тех или иных показателей, которые объединены в следующие группы:

- а) показатели объема лечебно-профилактической работы в городской поликлинике;
- б) показатель качества;
- в) показатели заболеваемости и инвалидности по данным обращаемости в лечебно-профилактическое учреждение;
- г) показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- д) показатели заболеваемости по данным медицинских осмотров (по результатам дополнительной диспансеризации работающего населения, целевых профилактических осмотров);
- е) показатели инвалидности;

³¹ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 05.03.2012 г. № 150 «Об организации направления жителей города Москвы в учреждения здравоохранения, участвующие в оказании высокотехнологичной медицинской помощи» // Документ опубликован не был. СПС КонсультантПлюс.

- ж) показатели диспансерной работы;
- з) показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами.

На окружном уровне для оценки качества оказания ПСМП периодически готовятся аналитические справки по количеству обращений граждан и предложения по их сокращению; проводятся социологические опросы и работа с обращениями граждан, предоставляются сведения по расчетным индикаторам Среднесрочной программы и др.³²

На этом правовая регламентация оказания населению города Москвы амбулаторно-поликлинической помощи заканчивается.

Проведенный анализ нормативных правовых актов позволяет сделать вывод о высокой степени разработанности и детализации трехуровневой модели оказания первичной медико-санитарной помощи на правовом уровне. В то же время необходимо отметить наличие немалого количества опечаток и ошибок в текстах НПА, что свидетельствует о низком уровне юридической техники. Примером может служить следующее предложение из Программы Москвы:

«Медицинские организации второго уровня наряду с обеспечением прикрепленного населения первичной медико-санитарной помощью будут обеспечивать специализированную консультативную и лечебно-диагностическую медицинскую помощь амбулаторно и на дому населению прикрепленных поликлиник третьего уровня оказания амбулаторной специализированной медицинской помощи, будет производиться по следующим профилям: «аллергология-иммунология», «кардиология», «колопроктология», «неврология», «нефрология», «оториноларингология», «сурдология-оториноларингология», «офтальмология», «пульмонология», «терапия», «урология», «эндокринология», «хирургия», «ортопедия» и прочим».

Другим существенным недостатком является отсутствие на законодательном уровне понятия «амбулаторно-поликлиническая помощь», несмотря на его широкое использование в подзаконных актах. Отсутствие единой тер-

³² По материалам «Поручение от 02.04.2013г.» и «Приказ по столичному здравоохранению»

минологии не только создает препятствия в профессиональном общении специалистов, но и делает затруднительным понимание организации системы оказания медицинской помощи для потребителей. Последнее значительно снижает эффективность принимаемых в большом количестве актов по информационному обеспечению населения по вопросам здравоохранения.

Особенностью трехуровневой системы организации оказания медицинской помощи в условиях города Москвы является то, что в одном медицинском учреждении здравоохранения может сочетаться несколько уровней по разным видам медицинской помощи с наличием единых профильных медицинских центров, осуществляющих полное методическое обеспечение, мониторинг заболеваемости и контроль за оказанием медицинской помощи.

Нормативная база, разработанная на окружном уровне, не противоречит федеральному и региональному законодательству, а также подзаконным ведомственным актам. Как правило, нормативные правовые акты органов местного самоуправления повторяют содержание актов высшей юридической силы, что говорит либо об отсутствии специфики, требующей дополнительной регламентации, либо о низком уровне правотворчества.

Среди пробелов правового регулирования как на региональном, так и на местном уровне можно отметить отсутствие конкретного алгоритма действий для ситуаций, когда гражданин желает воспользоваться своим правом на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации³³.

В любом случае качество и доступность медицинской помощи должны оцениваться не по разработанности нормативной правовой базы, а по удовлетворенности потребностей получателей медицинских услуг.

³³ См., например: п. 13 Постановления Правительства Москвы от 25.12.2012 № 799-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» // Вестник Мэра и Правительства Москвы. № 1. том 2. 03.01.2013.

ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ СВАО В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Построение современной многоуровневой системы здравоохранения в настоящее время является стратегическим направлением реформирования отрасли. Разработка и реализация региональных программ модернизации здравоохранения направлены в целом на расширение охвата населения современными специализированными, в том числе высокотехнологичными, методами диагностики и лечения, а также методами медицинской реабилитации для достижения главной цели проводимых преобразований - повышения доступности и качества медицинской помощи населению.

4.1. Организация трехуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению СВАО

Процесс реализации трехуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи в СВАО регламентирован нормативными правовыми актами, основными из которых являются Постановление Правительства Москвы от 07.04.2011 № №114-ПП «О программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2012 годы», Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «Государственная программа города Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», приказы Департамента здравоохранения города Москвы, приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» с приложениями о правилах организации деятельности поликлиники и ее структурных подразделений, рекомендуемых штатных нормативах медицинского персонала, а также нормативные документы ГКУ ДЗ СВАО.

На начальном этапе реформирования системы первичной медико-санитарной помощи - в 2011 и 2012 гг.- осуществлялась огромная работа по определению перечня амбулаторно-поликлинических учреждений первого и второго уровней с учетом численности населения и транспортной доступности, разработке методических материалов по организации работы учреждений 1-го и 2-го уровней, их кадровому обеспечению и др. В частности, были осуществлены следующие мероприятия такого плана:

Проведен анализ объемов оказания специализированной медицинской помощи в прикрепленных к амбулаторному центру ЛПУ первого уровня;

Подготовлен проект изменений в штатное расписание медицинского учреждения, на базе которого создается амбулаторный центр;

Подготовлен план проведения обучения врачей и среднего медицинского персонала, необходимого для работы в амбулаторных центрах;

Проведено обучение сотрудников для работы на новом «тяжелом» медицинском оборудовании;

Проведены подготовительные работы к лицензированию недостающих видов медицинской помощи, предусмотренным нормативными документами, в амбулаторных центрах;

Проводилась разработка документации, регламентирующей деятельность амбулаторного центра: положение об амбулаторном центре, должностные инструкции сотрудников амбулаторного центра, порядок взаимодействия учреждений первого и второго уровня, приказ об открытии амбулаторного центра; приказ о назначении ответственных, осуществляющих контроль на 1 и 2 уровнях и другие «внутренние» акты;

Составлены графики совещаний администрации амбулаторных центров и прикрепленных к ним городских поликлиник (филиалов) для обеспечения согласования и преемственности в работе;

Проведены работы по организации в создаваемой трехуровневой системе недостающих структурных подразделений, регламентированных вы-

шеуказанными нормативными правовыми документами, в частности, отделений восстановительного лечения в филиалах АЦ;

Проводилась работа по организации размещения дополнительных коек в дневных стационарах отдельных поликлиник (ГП №12, ГП №29, филиал ГП №75, ГП №144, ГП №183, ГП №215, ГП №218, ДЦ №5);

Организованы регистратуры АЦ с целью разделения потоков пациентов (медицинское учреждение первого уровня/амбулаторный центр);

Организованы работы информационной кампании по оповещению населения об открытии амбулаторных центров (в окружных средствах массовой информации, на сайтах Департамента здравоохранения, Префектуры СВАО, Дирекции и медицинских организациях);

Проводились работы по формированию системы взаимодействия амбулаторных центров и городских поликлиник через каналы электронной связи с соблюдением требований по защите персональных данных пациентов;

Проводились работы по формированию программы оптимального размещения по округу центров здоровья, отделений неотложной помощи (кроме травматологической службы) и другие работы по материально-техническому, финансово-экономическому, информационному обеспечению.

Один из первых амбулаторных центров был открыт на территории Северо-Восточного административного округа города Москвы на базе диагностического центра № 5. Амбулаторный центр (далее – АЦ) начал работать в порядке эксперимента с 01.03.2012 года и должен был на практике подтвердить или опровергнуть целесообразность новой организации оказания медицинской помощи населению столицы. На развитие центра из городского бюджета направлено 198,8 миллиона рублей, в том числе 138,6 миллиона рублей - на закупку современного медицинского оборудования.

Данный амбулаторный центр замкнул на себя 252 762 пациента четырех поликлиник округа, в том числе 84 593 человек населения, прикрепленного к поликлиническому отделению диагностического центра №5. На базе

данного учреждения организован консультативный прием «узких» специалистов, таких как пульмонолог, аллерголог-иммунолог, гастроэнтеролог, травматолог-ортопед, ревматолог и прочие. Это позволило перенаправить поток пациентов из стационаров на учреждения амбулаторно-поликлинического типа. Выбор данного учреждения для пилотного проекта был связан с изначально высокой технологической оснащенностью, наличием окружного ортопедического отделения, штата узких специалистов, в т.ч. главных окружных внештатных специалистов департамента здравоохранения г. Москвы. Направление пациентов на консультацию осуществлялось по установленному порядку.

Первый опыт работы трехуровневой системы на базе диагностического центра (ДЦ) №5 показал, что за март месяц 2012 г. городскими поликлиниками, входящими в данное амбулаторное объединение, было затребовано и выдано более полутора тысяч (1 643) талонов, из них реализовано 85,4% талонов. Подавляющее большинство пациентов, направленных в АЦ, а именно 65%, прошли дополнительное обследование в Центре. Выдано заключение 1145 пациентам (81,6%), что отражает долю завершенных случаев оказания медицинской помощи на данном этапе за один месяц.

Дальнейший анализ процесса взаимодействия городских поликлиник с АЦ свидетельствует о значительном увеличении числа пациентов с целью получения консультативно-диагностической помощи на уровне АЦ. Так, во втором квартале 2012 г. было принято почти 51 тыс. (50 996) пациентов, а в четвертом квартале – почти 66 тыс. (65 804), т.е. практически на 30% больше. Опыт работы диагностического центра №5 был экстраполирован на другие учреждения.

Согласно приказам Департамента здравоохранения города Москвы в СВАО после завершения всего комплекса мероприятий по реорганизации учреждений к 20 сентября 2012 г. 22 городские поликлиники округа для взрослых были реорганизованы в 4 амбулаторных объединения (амбулатор-

ных центра) на базе наиболее крупных городских поликлиник: ДЦ №5, ГП №218, ГП № 107, ГП № 12. Все амбулаторные центры расположены в современных зданиях, площадью более 10 тысяч кв. м., что позволяет организовать специализированные отделения и установить новое диагностическое медицинское оборудование (Рис. 4.1).

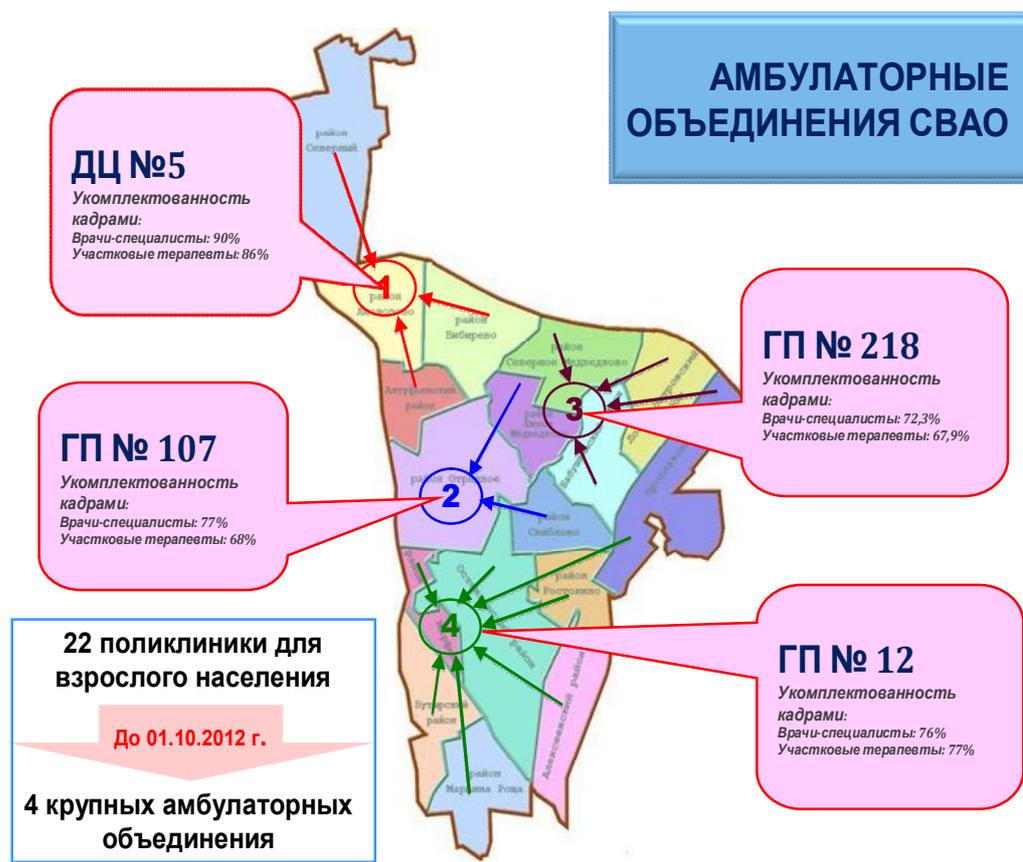


Рис. 4.1. Амбулаторные объединения СВАО

На каждое амбулаторное объединение замыкаются 6-7 территориальных городских поликлиник (или филиалов), включая территориальную поликлинику амбулаторного центра, с численностью населения от 267 до 361 тыс. населения. При этом реорганизуемые медицинские учреждения преобразуются в обособленные подразделения - филиалы. Предполагалось, что укрупнение городских поликлиник позволит сократить административно-управленческий персонал, объединить контингенты прикрепленного населе-

ния (до 250-300 тысяч человек) с целью более рационального использования ресурсов поликлиник, включая обеспечение лучшей доступности диагностических услуг, повышения степени управляемости и оперативности амбулаторного обслуживания пациентов.

Таким образом, на сегодняшний день формирование трехуровневой системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи в СВАО г. Москвы фактически завершено.

Первый уровень - амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь и некоторые наиболее востребованные виды первичной специализированной медико-санитарной помощи. Эти учреждения (или структурные подразделения) имеют прикрепленное население и работают по территориально-участковому принципу, могут самостоятельно оказывать первичную специализированную медико-санитарную помощь по отдельным врачебным специальностям. Также специалистами первого уровня проводится экспертиза временной нетрудоспособности, организуются реабилитационные и профилактические мероприятия. Структура и штатная численность формируются с учетом потребности прикрепленного населения в первичной доврачебной и врачебной помощи и некоторых видах первичной специализированной помощи по следующим специальностям: терапии, хирургии, неврологии, кардиологии, оториноларингологии, офтальмологии, эндокринологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, рентгенологии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике.

Второй уровень - амбулаторно-поликлинические учреждения (или структурные подразделения), оказывающие в основном первичную специализированную медико-санитарную помощь. Они оснащены оборудованием экспертного класса, имеют в составе дневные стационары, амбулаторно-хирургические центры и другие специализированные подразделения. Штат

данных учреждений (подразделений) представлен врачами-консультантами, «узкими» специалистами, Учреждение (подразделение) данного уровня именуется «амбулаторным центром». Выбор учреждения для организации амбулаторного центра осуществлялся с учетом наличия необходимых для этого площадей, материально-технического и кадрового обеспечения. Если амбулаторный центр создается на базе городской поликлиники, имеющей прикрепленное население, общая численность его с учетом функционально закрепленных городских поликлиник должна составлять от 200 тыс. человек. За каждым амбулаторным центром функционально закреплено несколько учреждений (подразделений) первого уровня с учетом транспортной и территориальной доступности. На этапе функционального закрепления амбулаторно-поликлинических учреждений амбулаторным центром принято считать амбулаторно-поликлиническое учреждение, на базе которого организовано оказание специализированной первичной медико-санитарной помощи в объеме 2-го уровня прикрепленному населению городских поликлиник. Временное положение об амбулаторном центре, примерный перечень оснащения и порядок взаимодействия с городскими поликлиниками определены приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 10.01.2012 №38 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы». Однако данным приказом не определена необходимость переименования государственных учреждений здравоохранения 2-го уровня из городских поликлиник в амбулаторные центры.

В дальнейшем формирование трехуровневой системы показало целесообразность не просто функционального закрепления, но и объединения данных учреждений в одно юридическое лицо путем реорганизации через присоединение учреждений первого уровня (от 3 до 6 учреждений). Из 221 городской поликлиники города Москвы в 2012 году сформировано 47 амбулаторных объединений. Учреждения первого уровня в соответствии с приказом

ДЗМ от 20.01.2012 №38 (городские поликлиники) получили юридический статус филиалов городских поликлиник 2-го уровня, определенных вышеназванным приказом.

Реорганизация учреждений здравоохранения проводилась на основании соответствующих приказов Департамента здравоохранения города Москвы о реорганизации учреждений. В данных нормативных документах также не была предложена терминология, определяющая понятие «амбулаторный центр», не проводилась смена названия юридических лиц после проведения реорганизации путем присоединения городских поликлиник.

В рамках настоящего исследования нами предложено обозначить амбулаторно-поликлинические учреждения, образованные в результате реорганизации путем присоединения городских поликлиник в качестве филиалов, как амбулаторные объединения. Учреждение 2 уровня, к которому проводилось присоединение городских поликлиник, предлагаем назвать «головным» учреждением. Под амбулаторным центром предложено иметь ввиду структурное подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения (амбулаторного объединения), на базе которого организовано оказание специализированной первичной медико-санитарной помощи в объеме 2 уровня (Приказ ДЗМ №38, Приказ ДЗМ №983). В настоящее время амбулаторный центр располагается в головном учреждении амбулаторного объединения, в котором помимо амбулаторного центра также имеется поликлиническое объединение для оказания первичной медико-санитарной помощи прикрепленному по территориальному принципу населению.

С целью приведения нормативной базы реорганизованных учреждений в округе в единый формат нами были разработаны проекты Положения о городской поликлинике (амбулаторном объединении) и филиале городской поликлиники, которые были использованы в работе амбулаторно-поликлинических учреждений округа.

Создание амбулаторных объединений позволило организовать перемещение материально-технических и кадровых ресурсов из бывших городских поликлиник в амбулаторные центры, что способствовало расширению полномочий руководителей амбулаторных объединений в части формирования эффективного взаимодействия между структурными подразделениями первого и второго уровня, формирования рациональной маршрутизации пациентов, устранения дисбаланса кадров между подразделениями.

Третий уровень образуют консультативно-диагностические отделения в городских стационарах. Их основные функции - оказание консультативной помощи, принятие согласованных решений по направлению пациентов на стационарную специализированную помощь, обеспечение медицинских услуг и диагностических исследований, отсутствующих в амбулаторных центрах.

В структуру городских поликлиник 1-го уровня входят следующие подразделения:

- кабинет (отделение) профилактики, в том числе смотровой, кабинет доврачебного контроля (включая экспресс-диагностику);
- участковые терапевтические отделения;
- кабинеты (отделения) по обязательным врачебным профилям первичной специализированной помощи ("кардиология", "неврология", "оториноларингология", "эндокринология", "урология", "хирургия", "офтальмология", "гериатрия", "инфекционные болезни", "профпатология");
- кабинет инфекционных болезней;
- кабинет вакцинопрофилактики;
- отделение (кабинет) лучевой диагностики (рентгенологическая, ультразвуковая, флюорографическая, маммографическая диагностики);
- кабинет функциональной диагностики ((электрокардиография, исследование функции внешнего дыхания, суточное мониторирование артериаль-

ного давления по Холтеру, суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру и др.);

- отделение клинической лабораторной диагностики (биохимический анализатор до 18 параметров и общеклинические исследования).

На базе отдельных городских поликлиник предусмотрена организация следующих подразделений:

- центры здоровья;
- отделение неотложной медицинской помощи;
- травматологический пункт;
- женская консультация (как подразделение роддома);
- дневной стационар.

Как указано в методических рекомендациях по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи (Приложение к приказу Департамента здравоохранения г. Москвы от 10 сентября 2012 г. № 983), профилактическая работа по предупреждению неинфекционных заболеваний среди населения строится на организации проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, направленных на раннее выявление факторов риска развития заболевания или первых признаков заболеваний, и на формировании здорового образа жизни путем просветительской работы работников здравоохранения.

В 2012 году в рамках реорганизации амбулаторных учреждений в их составе появились отделения профилактики, основная задача которых – организация и проведение диспансеризации и профилактических осмотров. В состав отделения профилактики входит кабинет терапевта, кабинет доврачебного контроля (КДК), кабинет врача гериатра, кабинет врача-профпатолога, т.е. основной объем профилактической работы возложен на эти структуры. По результатам профилактического обследования при выявлении факторов риска развития неинфекционных заболеваний пациенту рекомендуется динамическое наблюдение в центре здоровья, отделении (кабинете) меди-

цинской профилактики по месту его прикрепления, посещение занятий в соответствующих школах здоровья, лечебно-физкультурных кабинетах по программам, разработанным в центре здоровья. Скрининговые обследования в Центрах здоровья позволяют всего за 30-40 минут определить функциональное состояние организма и выявить факторы риска развития заболеваний. Гражданам, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, проводится их коррекция врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья и последующее диспансерное наблюдение. В случае, если выявляется подозрение на какое-либо заболевание, пациенту оформляется направление к врачу-специалисту соответствующего профиля, врачу-терапевту участковому или врачу-специалисту первого уровня для определения дальнейшей тактики его наблюдения и лечения.

В СВАО организовано пять центров здоровья для взрослого населения. Следует отметить, что с целью оптимизации маршрутизации пациентов центры здоровья расположены в каждом амбулаторном объединении в доступной близости от станций метро. Каждый центр работает и в выходные дни. Обучение методикам профилактики заболеваний и укрепления здоровья прошли за два года 218 медицинских работников.

Обследование в центре здоровья позволяет выявить и оценить риски развития сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений обмена веществ, в первую очередь, ожирения и сахарного диабета, болезней органов дыхания, стоматологических заболеваний, а также выявить на ранней стадии развитие болезней глаз и другие проблемы со зрением.

Школы здоровья организованы по всем основным направлениям работы центров здоровья: школа по отказу от курения, школа для будущих мам, школа по правильному питанию, школа для пациентов с бронхиальной астмой, артериальной гипертензией, заболеваниями опорно-двигательного ап-

парата, урологическими заболеваниями и пр. В 2012 году организованы и начали работу кабинеты по отказу от курения.

Кроме учета первичных обращений, в центрах здоровья проводится еженедельный мониторинг повторных обращений и направлений пациентов в ЛПУ для продолжения обследования. Следует учесть, что оборудование центров здоровья позволяет провести только скрининговые (предварительные) тесты, но никак не диагностику. В связи с этим все пациенты, у которых выявлены отклонения от нормы, направляются в поликлинику для подтверждения диагноза либо исключения заболевания. Врач центра здоровья на основании результатов обследования дает оценку наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма, составляет индивидуальную программу по здоровому образу жизни.

Таким образом, профилактическая работа возложена не только на врача-терапевта участкового и врачей-специалистов, но и на отделение медицинской профилактики, центры здоровья.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов указывается, что в амбулаторных условиях единицами объема медицинской помощи являются:

- посещение с профилактической целью;
- посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме;
- обращение в связи с заболеванием.

Следует отметить, что в соответствии с информационным письмом Минздрава России от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 “О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов”, в объем медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, включаются посещения:

- центров здоровья;

- в связи с диспансеризацией различных групп населения;
- в связи с диспансерным наблюдением больных отдельными заболеваниями;
- в связи с профилактическими осмотрами, патронажем;
- среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием;
- с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания; посещения, связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и т. д.).

Таким образом, с 2013 г. впервые в перечень профилактических мероприятий включены посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, посещения в связи с диспансеризацией и диспансерным наблюдением, а также посещения с иными целями и по оказанию паллиативной медицинской помощи.

В письме о формировании и экономическом обосновании территориальной программы указывается, что медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи и обращений по поводу заболеваний. Кроме того, в инструкции по заполнению действующей учетной формы № 025-12/у “Талон амбулаторного пациента” указано, что позиция “заболевания” отмечается при посещениях по поводу заболевания и диагностического обследования, консультации, а также при проведении диспансерного приема. Позиции “профилактический осмотр” и “патронаж” отмечаются при посещениях, не связанных с заболеванием. Указанные противоречия в отраслевой нормативно-методической документации затрудняют ведение достоверного учета объемов профилактической работы АПУ, необходимого для формирования и экономического обоснования тер-

риториальной программы госгарантий. По мнению специалистов в настоящее время возможность ведения такого учета в рамках действующей в ЛПУ учетно-отчетной документации вызывает определенные сомнения (Шипова В.М., Минин О.Г., 2013). Указанные нововведения определяют необходимость рассмотрения каждого из указанных видов медицинской помощи на предмет соответствия действующей в здравоохранении статистике и нормативам по труду.

Разработаны схемы маршрутизации пациентов, порядок взаимодействия подразделений первого и второго уровней, порядки оказания медицинской помощи по профилям в рамках трехуровневой системы организации первичной медико-санитарной помощи. Проведена большая работа по выравниванию возможностей каждого амбулаторного центра с той целью, чтобы в любом из амбулаторных объединений округа пациент мог получить равный объем медицинской помощи. Определен объем услуг, оказываемых учреждением для населения всего округа, возможности организовать оказание данной медицинской услуги в случае временного отсутствия специалиста на базе каждого амбулаторного объединения.

Весь процесс реорганизации учреждений и построения 3-уровневой системы амбулаторной помощи осуществлялся совместными усилиями коллективов ЛПУ под руководством Дирекции.

К работе по разработке положений о структурных подразделениях, порядков оказания медицинской помощи и их внедрению активно привлекались окружные специалисты. В рамках действующих нормативных правовых актов ГКУ ДЗ СВАО разрабатывались распорядительные документы, проводился контроль за их исполнением.

4.2. Анализ кадровой ситуации в амбулаторно-поликлинических учреждениях СВАО

Сложной проблемой российского здравоохранения остается штатная обеспеченность медицинских организаций, особенно первичного медико-санитарного звена, медицинскими кадрами.

Направление больших объемов финансовых средств на дополнительное оснащение и капитальный ремонт лечебно-профилактических учреждений, предусмотренное на начальном этапе модернизации здравоохранения, недостаточно для достижения основной цели проводимых преобразований, необходимо обеспечение населения квалифицированными врачами и средним медицинским персоналом.

Одной из главных задач проводимых преобразований - обеспечение кадрами первичного медико-санитарного звена.

Для оценки обеспеченности населения округа медицинскими кадрами проведен анализ штатного обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) для взрослого населения округа и объемов их деятельности за 5-летний период: 2009-2013 гг.

Анализ статистических данных свидетельствует, что за пятилетний период укомплектованность штатов АПУ округа врачебным персоналом снизилась с 86,4% до 79,9% к 2012 г. и несколько возросла в 2013 г. - до 82,0%, так и не достигнув уровня 2009 г. Наблюдается тенденция последовательного ежегодного снижения укомплектованности штатов врачей-терапевтов участковых за этот же период - с 95,5% до 85,2% (табл. 4.1).

Таблица 4.1

Штаты амбулаторно-поликлинических учреждений округа

Медицинский персонал	Укомплектованность штатов (%)				
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Врачи всего	86,4	87,1	86,7	79,9	82,0
Врачи-терапевты участковые	95,5	94,7	93,7	87,4	85,2
Средний м/персонал	81,9	83,7	81,8	71,0	74,0

Сохраняется недоукомплектованность штатов амбулаторно-поликлинических учреждений средним медицинским персоналом, в 2012 и 2013 гг. составив лишь 71,0% и 74,0% соответственно, что ниже, чем в предыдущих периодах, когда уровень укомплектованности держался в пределах 83,7 - 81,8%.

Уровень укомплектованности штатов АПУ округа отдельными врачами-специалистами (табл. 4.2) различается: по отдельным специалистам он выше, чем у врачей-терапевтов участковых и колеблется от 90,0 до 98,7% (эндокринологи, офтальмологи, хирурги, неврологи), по другим – на уровне 80% и ниже (акушеры-гинекологи, гастроэнтерологи, нефрологи, урологи, кардиологи, гематологи, аллергологи-иммунологи, онкологи, травматологи-ортопеды), по третьим – в районе 70% и ниже (пульмонологи, ревматологи, инфекционисты, колопроктологи, психотерапевты).

Таблица 4.2

Укомплектованность штатов амбулаторно-поликлинических учреждений округа врачами-специалистами

Специальность врача	Укомплектованность штатов по занятым должностям (%)				
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Терапевты участковые	95,5	94,7	93,7	87,4	85,2
Пульмонологи	73,7	63,2	88,9	69,3	65,5
Ревматологи	86,7	86,7	75,6	69,5	68,0
Кардиологи	93,1	94,0	90,5	74,4	76,0
Гастроэнтерологи	93,2	93,0	86,5	63,5	83,5
Нефрологи	92,2	93,3	93,7	69,4	78,7
Эндокринологи	96,0	100,0	95,2	94,3	90,0
Аллергологи – иммунологи	88,5	89,5	84,3	75,6	78,7
Гематологи	83,3	53,8	77,8	71,4	75,0
Инфекционисты	87,2	87,9	82,4	85,7	69,2
Врачи функциональной диагностики	74,2	66,5	80,8	83,0	84,3
Хирурги	96,0	96,1	96,6	86,3	96,5
Колопроктологи	97,1	93,7	85,4	78,3	60,0
Травматологи – ортопеды	94,8	97,1	97,9	80,0	67,1
Урологи	98,2	96,4	91,9	82,1	78,8
Эндоскописты	82,9	83,1	81,2	70,4	63,2
Онкологи	88,0	88,1	91,9	84,7	73,2
Акушеры – гинекологи	98,2	98,5	85,5	89,6	83,3
Офтальмологи	86,0	90,8	89,3	87,1	92,3
Отоларингологи	93,4	89,3	86,9	72,8	84,7
Неврологи	74,3	97,6	93,1	93,4	98,7
Психотерапевты	66,9	63,9	70,9	87,0	68,0
Врачи клинической лабораторной диагностики	61,4	66,9	76,3	78,0	82,3
Ультразвуковой диагностики	76,5	71,9	75,6	88,0	71,0
Рентгенологи	68,0	81,3	81,8	59,9	67,3
Гериатры	100,0	100,0	100,0	32,6	32,6

Обращает на себя внимание и практически стабильная недоукомплектованность штатов врачей клинической лабораторной диагностики, хотя она и повысилась за последние три года, врачей ультразвуковых исследований – снижение за последние два года с 88,0% до 71,0%, такая же тенденция у врачей-рентгенологов. Низкая укомплектованность штатов поликлиник врачами-гериатрами – 36,2% за последние два года объясняется тем, что по приказу ДЗМ в штатные расписания в этот период были введены дополнительные должности гериатров, но их укомплектование проводилось после обучения врачей-терапевтов, т.е. получения сертификатов врачей-специалистов. По состоянию на 31.12.2013 в гериатрических кабинетах работали 7 врачей-терапевтов, имеющих первичную специализацию по гериатрии, в т.ч. 1 кандидат медицинских наук по специальности «Геронтология и гериатрия». Гериатрические кабинеты, с учетом особенностей демографической ситуации округа, планируется ввести в состав каждого филиала амбулаторного объединения (т.е. планируется открыть 22 кабинета врача-гериатра), составлен график подготовки врачей-гериатров на 2014 год.

В целом, надо отметить, что отчетливых тенденций в отношении уровня укомплектованности штатов врачей-специалистов за изучаемый период не выявлено – по отдельным специальностям наблюдается снижение, по другим – повышение, т.е. наблюдается дисбаланс кадрового наполнения штатов врачебного персонала. Тем не менее, по большинству врачебных специальностей сохраняется недостаточный уровень кадрового обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений округа, что не может не сказываться негативным образом на уровне доступности медицинской помощи для населения.

Проведенные расчеты показателей обеспеченности взрослого населения медицинским персоналом свидетельствуют об их изменении за рассматриваемый период (табл. 4.3). Так, уровень обеспеченности взрослого населения врачами по числу занятых врачебных должностей снизился за 5-летний период с 27,3 до 22,0 на 10 тыс. населения, а по числу физических лиц – с

19,4 до 17,2 на 10 тыс., темп снижения составил 19,4% и 11,3% соответственно. Помимо снижения укомплектованности штатов отмечался и рост численности обслуживаемого населения за этот период на 12,8%.

Таблица. 4.3

Обеспеченность взрослого населения врачами АПУ
(абс. и на 10 тыс. населения)

Годы	Численность обслуживаемого взрослого населения	Число занятых врачебных должностей		Число врачей (физических лиц)	
		абс.	на 10 тыс. населения	абс.	на 10 тыс. населения
2009	1 002 801	2739,75	27,3	1947	19,4
2010	1 003 755	2821,25	28,1	2071	20,6
2011	1 112 265	2852,25	25,6	2160	19,4
2012	1 117 954	2649,50	23,7	2024	18,1
2013	1 130 711	2487,75	22,0	1945	17,2

Если за пятилетний период наблюдались колебания показателей обеспеченности населения врачами, то, как видно из таблицы, за последние три года отмечалась отчетливая тенденция снижения уровня обеспеченности населения врачами, как по занятым должностям, так и по числу физических лиц, темпы снижения составили 14,1% и 13,1%.

Обеспеченность населения средними медицинскими работниками по числу занятых должностей снизилась с 37,2 в 2009 г. до 29,4 в 2013 г., особенно интенсивно в 2012 и 2013 гг., темп снижения за 5-летний период составил 21,0% (табл. 4.4).

В 2009 г. на 10 тыс. взрослого населения приходилось 21,2 среднего медицинского работника, в последующие два года эти показатели возросли до 28,6 и 28,0, последовательное снижение до 25,6 и 24,6 на 10 тыс. населения наблюдалось в 2012 и 2013 гг.

Таким образом, в амбулаторных учреждениях сохраняется кадровый дефицит как в отношении врачебного, так и среднего медицинского персонала, особенно ощутимое снижение кадровой обеспеченности населения отмечается за последние три года, наблюдается также кадровый дисбаланс в штатах врачей-специалистов.

Таблица 4.4

Обеспеченность взрослого населения средним медицинским персоналом АПУ (абс. и на 10 тыс. населения)

Годы	Численность обслуживаемого взрослого населения	Число среднего медицинского персонала по занятым должностям		Число среднего медицинского персонала по числу физических лиц	
		абс.	на 10 тыс. населения	абс.	на 10 тыс. населения
2009	1 002 801	3725,5	37,2	2128	21,2
2010	1 003 755	3913,5	39,0	2867	28,6
2011	1 112 265	4037,5	36,3	3111	28,0
2012	1 117 954	3564	31,9	2867	25,6
2013	1 130 711	3328	29,4	2783	24,6

Одним из важнейших направлений проводимых преобразований является повышение уровня профессиональной квалификации медицинских кадров первичного звена в целях повышения качества оказания первичной медико-санитарной помощи населению. В этой связи в округе осуществлен комплекс организационно-методических мероприятий по повышению профессионального уровня врачей участковой службы. Проведен анализ кадрового потенциала, сформирован регистр медицинского персонала участковой сети. Ведение регистра медицинского персонала позволило определить потребность во врачах, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, необходимые объемы и сроки осуществления профессиональной подготовки,

переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в государственных образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования.

Анализ уровня профессиональной квалификации врачебного персонала (табл. 4.5) показал, что практически все врачи – более 99% - имеют сертификаты специалиста.

Таблица 4.5

Уровень профессиональной квалификации врачей АПУ для взрослых

Показатели	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Число врачей – всего	1947	2071	2160	2024	1945
Из них имеют сертификат специалиста, всего (чел)	1940	2050	2129	2020	1932
% к числу работающих	99,3	99,1	98,9	99,8	99,3
Имеют категорию, всего	1634	1716	1335	822	815
% к числу работающих	51,4	50,7	53,2	40,6	41,9
из них: высшую, всего	1206	1272	755	581	565
% к числу работающих	37,9	37,6	40,0	28,7	29,0
первую, всего	380	377	488	183	162
% к числу работающих	11,9	11,2	11,1	9,0	8,3
вторую, всего	48	67	92	58	88
% к числу работающих	1,5	2,0	2,1	2,9	4,5
Из общего числа врачей прошли обучение – всего	нет данных	нет данных	нет данных	493	447
в т.ч. повышение квалификации (чел.)				442	390
% к числу работающих				21,8	20,1
переподготовку (чел.)				45	39
% к числу работающих				2,2	2,0
другое (указать)				6	18

Однако квалификационную категорию в 2009-2011 гг. имели более половины врачебного персонала и менее половины – в 2012 и 2013 гг. При этом, если в 2009-2011 гг. высшую категорию имели 37,9-40,0% врачей, то за последние два года их стало менее 30%, уменьшилось число врачей с первой категорией с 12% до 8,3%, но почти вдвое больше стало врачей со второй квалификационной категорией, что может свидетельствовать об обновлении (омоложении) кадров. Идет процесс повышения квалификации медицинского персонала: в 2013 году более 1200 врачей и около 1000 медицинских сестер прошли обучение на курсах тематического и общего усовершенствования, в том числе в рамках программы модернизации около 300 врачей. Профессиональную переподготовку прошло 46 врачей. Специалисты учреждений здравоохранения округа проходят обучение за рубежом, в ведущих клиниках Швейцарии и Израиля в рамках реализации государственных программ развития здравоохранения.

В таблице 4,6 представлена динамика уровня профессиональной квалификации среднего медицинского персонала.

Таблица 4.6

Уровень профессиональной квалификации
среднего медицинского персонала АПУ

Показатели	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
1	2	3	4	5	6
Число средних медицинских работников. Всего	4128	4296	3111	2867	2783
Из них имеют сертификат специалиста, всего (чел)	3970	4050	2929	2561	2413
% к числу работающих	99,3	99,1	98,9	89,3	86,7
Имеют категорию, Всего	1634	1716	2335	1061	1060

1	2	3	4	5	6
% к числу работающих	51,4	50,7	53,2	37,0	38,1
из них: высшую, всего	1206	1272	1755	740	741
% к числу работающих	37,9	37,6	40,0	25,8	26,6
первую, всего	380	377	488	240	219
% к числу работающих	11,9	11,1	11,1	8,4	7,9
вторую, всего	48	67	92	81	100
% к числу работающих	1,5	2,0	2,1	2,8	3,6
Из общего числа среднего медицинского персонала прошли обучение - всего	нет данных	нет данных	нет данных	504	478
в т.ч. повышение квалификации (чел.)				473	434
% к числу работающих				16,5	15,6
переподготовку (чел.)				25	44
% к числу работающих				0,9	1,6

Как видно из таблицы уровень профессиональной квалификации средних медицинских работников имеет тенденцию к снижению. Если в 2009-2011 гг. сертифицировано было 99% среднего медицинского персонала, то в 2012 г. их стало 89,3%, а в 2013 г. еще меньше – 86,7%. Квалификационные категории в последние два года имели 37,0-38,1% медработников против 51-53% в предыдущие годы, в том числе высшую – 25,8-26,6% против 38-40%, первую – 8,4 и 7,9% против 11,1-11,9% и вторую – 2,8 и 3,6% против 1,5-2,0% соответственно. Повышение квалификации в 2012-2013 гг. прошли 16,5 – 15,6% средних медработников, переподготовку – 0,9-1,6%.

Учитывая, что врач-терапевт участковый является основным звеном в оказании первичной медико-санитарной помощи и возложенные на него обязанности в АПУ на первом уровне, анализ квалификации данного врачебного персонала представлял особый интерес.

Анализ статистических данных показал, что первичную медико-санитарную помощь в 2010 и 2011 гг. оказывали 393 и 392 участковых тера-

певта соответственно (в 2009 г. – 382), что составляло 3,9 и 3,5 в расчете на 10 тыс. взрослого населения соответственно. В 2012 г. их численность уменьшилась до 376 человек, а в 2013 г. возросла до 388, однако обеспеченность населения данными врачами и в 2012 и в 2013 гг. составляла 3,5 на 10 тыс., что ниже, чем в предыдущие годы относительно возросшей численности населения. Таким образом, уровень обеспеченности населения врачами-терапевтами участковыми снизился с 3,9 в 2010 г. до 3,4 на 10 тыс. населения в последующие два года, т.е. на 12,8%, почти на столько же (12,6%) возросла и численность взрослого населения за этот период.

Анализ уровня профессиональной квалификации врачей-терапевтов участковых (табл. 4.7) показал, что практически все они (99,5%) имеют сертификаты специалистов, причем доля сертифицированных в 2009 г. была меньше – 98,4%. В 2012 и 2013 гг. практически вдвое по сравнению с предыдущим периодом повысился удельный вес врачей, имевших категории: 47,8% – 47,9% против 25,9% – 26,4% соответственно.

Таблица 4.7

Уровень профессиональной квалификации врачей – терапевтов участковых

Показатели	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
1	2	3	4	5	6
Число врачей-терапевтов участковых – всего (чел.)	382	393	392	376	388
Из них имеют сертификат специалиста, всего (чел.)	376	388	390	375	386
% к числу работающих	98,4	98,7	99,5	99,7	99,5
Имеют категорию, всего (чел.)	371	384	387	372	386
% к числу работающих	97,1	97,7	98,7	98,9	99,5
из них: высшую (%)	48,2	47,1	47,0	47,8	46,4
Первую (%)	25,9	26,3	26,4	26,9	26,2
Вторую (%)	25,9	26,6	26,6	25,3	27,5

1	2	3	4	5	6
Из общего числа участковых врачей - терапевтов прошли обучение (%)	30,6	23,7	24,0	23,7	26,5
в т.ч. повышение квалификации (%)	19,1	17,8	18,1	18,1	20,4
Переподготовку (%)	11,5	5,9	5,9	5,6	6,1
Стаж работы по данной специальности:					
1-4 года (%)	15,2	11,4	11,3	12,8	12,9
5-9 лет (%)	31,7	36,6	36,7	33,2	31,2
10 лет и более (%)	53,1	52,0	52,0	54,0	55,9

Практически каждый четвертый участковый терапевт ежегодно проходит обучение, преимущественно повышение квалификации, переподготовку ежегодно проходит, в среднем, 6% терапевтов, хотя в 2009 г. таковых было вдвое больше – 11,5%. Опыт работы у большинства участковых терапевтов (52,0 – 55,9%) составляет 10 лет и более, у трети – 5-9 лет, доля врачей со стажем работы от одного до четырех лет в 2009 г. составляла 15,2%, в последующие два года она уменьшилась до 11,4 – 11,3% и в 2012 – 2013 гг. возросла до 12,8 – 12,9% соответственно. Таким образом, подавляющее большинство врачей-терапевтов участковых (87%), обеспечивающих лечебно-профилактическую помощь взрослому населению на первом уровне трехуровневой системы оказания амбулаторной медицинской помощи, являются опытными и квалифицированными работниками.

4.3. Основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений СВАО

Анализ объемов деятельности АПУ округа за пятилетний период по числу врачебных посещений выявил их колебания в различные временные периоды (табл. 4.8). Как видно из таблицы, количество посещений имело тенденцию к снижению с 2009 г. по 2011 г.: с 12 114 648 посещений до 11 078 500 (на 8,6%), в последующие два года наблюдался их рост до 11 927 711 посещений в 2013 г., составивший 7,7% по отношению к уровню

2011 г. Однако общее число посещений в 2013 г. осталось ниже уровня 2009 г. на 1,5%. В структуре врачебных посещений подавляющее большинство составляли посещения по поводу заболевания, доля которых колебалась в изучаемом периоде от 85,3% до 92,0%.

Таблица 4.8

Объемы деятельности врачей АПУ
Число посещений врачей поликлиники

Год	Всего	в том числе			
		профилактические		по поводу заболевания	
		абс.	%	всего	%
2009	12 114 648	1 715 910	14,2	10 398 738	85,8
2010	11 988 168	1 544 366	12,9	10 443 802	87,1
2011	11 078 500	1 078 433	9,7	10 000 067	90,3
2012	11 418 936	916 772	8,0	10 502 164	92,0
2013	11 927 711	1 751 118	14,7	10 176 593	85,3

В структуре врачебных посещений доля профилактических снизилась – с 14,2% в 2009 г. до 8,0% в 2012 г., однако в 2013 г. возросла почти вдвое, составив 14,7%, превысив уровень 2009 г.. В абсолютных значениях число профилактических посещений в 2013 г. возросло по отношению к 2009 г. на 2,1%, а в 2013 г. по отношению к 2012 г. – на 91,0% (почти вдвое - 1,9). Наблюдалось колебания объемов врачебных посещений по поводу заболеваний: их число снизилось с 2009 г. к 2011 г. с 10 398738 до 10 000067 – 2011 г. (на 3,8%) с последующим ростом в 2012 г. до 10 502164 (на 5,0%) и снижением в 2013 г. до 10 176593 (на 3,1%). В целом за пятилетний период объем посещений в связи с заболеванием снизился на 2,1%, хотя отчетливой тенденции по этому виду посещений выявить не удалось.

Основной причиной стремительного взлета объемов профилактических посещений и их снижения по поводу заболевания в 2013 г., по-видимому,

стало, как было отмечено ранее, введение новой системы учета объемов посещений данного вида в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов. В соответствии с информационным письмом Минздрава России от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 “О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов” в объем медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, включаются посещения центров здоровья; в связи с диспансеризацией различных групп населения; в связи с диспансерным наблюдением больных отдельными заболеваниями; в связи с профилактическими осмотрами, патронажем: среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием; с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания; посещения, связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и т. д.). Однако действующая учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» предусматривает учет посещений по поводу заболевания и диагностического обследования, консультации, а также для проведения диспансерного приема относить в рубрику посещений «по поводу заболевания», а не посещений «с профилактической целью». Включение в перечень посещений с профилактической целью посещений с другими наименованиями требует наличия четкой дефиниции каждого из них для однозначного толкования этих определений в медицинской практике. Надо сказать, что наша попытка собрать информацию по каждому из указанных видов профилактических посещений оказалась затруднительной как по этой причине, так и по причине отсутствия такого вида учета в рамках действующей в АПУ учетно-отчетной документации.

Изучение динамики посещений на дому врачами АПУ показало их ежегодный рост с 967 360 в 2009 г. до 1 253 803 в 2013 г., что составило 29,6%. Объемы и структура различных видов посещений больных на дому представлена в таблице 4.9.

Таблица 4.9

Объемы и структура посещений населения на дому врачами АПУ округа

Годы	Число посещений пациентов врачами на дому						
	всего	активных		патронажных		по неотложной помощи	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2009	967 360	122 287	12,6	5992	0,6	-	-
2010	971 055	145 384	15,0	6002	0,6	29 128	3,0
2011	1 108 613	163 306	14,7	20453	1,8	45 122	4,1
2012	1 142 939	214 188	18,7	57 525	5,0	48 644	4,3
2013	1 253 803	210 223	16,8	42 696	3,4	97 853	7,8

Следует отметить, что анализ объемов медицинской помощи на дому был проведен нами с учетом новых позиций, указанных Программой госгарантий (учет посещений в связи с оказанием неотложной помощи), и Программой «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» - учет активных и патронажных посещений.

В структуре посещений больных на дому в подавляющем большинстве случаев (более 80%) являются вызовы врача поликлиники по поводу заболевания. Однако в последние годы получают развитие активные посещения больных, патронажные посещения, а с открытием отделений неотложной медицинской помощи для взрослого населения в АПУ первого уровня - и посещения в связи с неотложным состоянием. Проведенный анализ всех видов посещений пациентов на дому показал возрастание объемов активных посещений за 5-летний период с 122 287 в 2009 г. до 210 223, т.е. почти вдвое (1,7

раза), как и патронажных, число которых в 2013 г. возросло в 7,1 раза – с 5992 до 42 696. Организация отделений неотложной медицинской помощи и увеличение объемов этого вида помощи взрослому населению с 29 128 в 2010 г. до 97 853 посещений – в 2013 г. (в 3,4 раза), а в расчете на одного жителя – с 0,03 до 0,09 демонстрируют востребованность данного вида помощи взрослым населением округа. Таким образом, в качестве положительного момента следует отметить существенный рост доли активных и патронажных посещений в структуре посещений пациентов на дому.

Вышеописанные тенденции сохраняются и при расчете кратности посещений на одного взрослого жителя (табл. 4.10). Число амбулаторных посещений врачей в расчете на одного взрослого жителя снизилось за пятилетний период, в целом, с 12,1 до 10,5, т.е. на 13,2%, хотя в последние три года наблюдалась тенденция их к росту.

Надо отметить, что численность обслуживаемого взрослого населения округа за рассматриваемый 5-летний период возросла на 12,8% преимущественно за счет жителей старше трудоспособного возраста. Тем не менее, обращаемость по поводу заболеваний снизилась по числу посещений на одного взрослого жителя с 10,4 в 2009–2010 гг. до 9,0 в 2013 г. (на 13,5%), что предположительно можно объяснить ростом числа активных и патронажных посещений пациентов данной возрастной группы.

Таблица 4.10

**Кратность врачебных посещений в поликлинике
в расчете на одного взрослого жителя СВАО**

Годы	Число посещений на 1 жителя		
	всего	в т.ч. по поводу заболеваний	в т.ч. профилактических
2009	12,1	10,4	1,7
2010	11,9	10,4	1,5
2011	10,0	9,0	1,0
2012	10,2	9,4	0,8
2013	10,5	9,0	1,5

Кратность посещений с профилактической целью последовательно уменьшалась с 2009 по 2012 гг. с 1,7 до 0,8 посещения, т.е. наполовину (52,9%), однако существенно возросла в последующий 2013 г. – до 1,5, по причине, как указано выше, введения новой системы учета объемов медицинской помощи. Кратность посещений на дому составляла в 2009-2012 гг. 1,0 на одного жителя, в 2013 г. возросла до 1,1 (на 10,0%).

В целом, за 2011-2013 гг. кратность всех врачебных посещений возросла с 11,0 до 11,7 на одного жителя - на 6,4% (табл. 4.11).

Таблица 4.11

Кратность врачебных посещений в поликлинике и на дому
в расчете на одного взрослого жителя СВАО

Годы	Число посещений			На одного жителя
	в поликлинике	на дому	всего	
2011	11 078 500	1 108 613	12 187113	11,0
2012	11 418 936	1 142 939	12 561875	11,2
2013	11 927 711	1 253 803	13 181514	11,7

Медицинская профилактика в городе Москве осуществляется на всех уровнях оказания населению первичной медико-санитарной помощи, однако основу профилактической медицины составляют учреждения здравоохранения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению, и, в частности, такие подразделения как участковая педиатрическая и терапевтическая служба, женские консультации, эпидемиологическая служба, отделения профилактики, центры здоровья.

Структура объемов профилактических посещений врачей-специалистов, работающих преимущественно на первом уровне (городские поликлиники), представлена в таблице 4.12.

Как видно из таблицы, основной объем профилактических посещений выполняет врач-терапевт участковый, на которого в последние три года

2011-2013 г. приходится наибольшая доля посещений данного вида в отличие от предыдущего периода, когда с ним могли конкурировать офтальмолог, отоларинголог, невролог, профпатолог. Число посещений врача-терапевта возросло с 96623 в 2009 г. до 210800 в 2011 г., т.е. более чем вдвое (2,2), в следующем 2012 г. снизилось до 102785 (в 2.1 раза) и в 2013 г. их количество достигло 544078, т.е. произошло более чем пятикратное (5,3) повышение объема профилактических посещений, доля которых в общем объеме посещений с профилактической целью достигла в 2013 г. 31,1%. Существенные колебания объемных показателей по врачам различных специальностей, отсутствие данных по некоторым врачам-специалистам в 2010 г. не позволяет выявить отчетливую тенденцию в динамике объемов профилактической деятельности врачей различных специальностей. Учитывая данное обстоятельство и недостаточную полноту статистической информации, для уточнения тенденций в объемах профилактической работы у врачей разных специальностей аналогичный анализ был проведен за период 2011 – 2013 гг. (табл. 4.13).

Таблица 4.12

Структура врачебных посещений с профилактической целью по врачебным специальностям за 2009-2013гг.

Наименование врачебной специальности	Число посещений									
	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
врач-терапевт участковый	96623	5,6	116568	7,5	210800	19,5	102785	11,2	544078	31,1
отоларинголог	170404	9,9	8973	0,6	76142	7,1	65691	7,2	83000	3,0
офтальмолог	224726	13,1	1010	0,1	108355	10,0	51096	5,6	67531	3,9
уролог	13117	0,8	-----	--	1478	1,4	1886	0,2	1615	0,1
хирург	96058	5,6	82302	5,3	89598	8,3	100604	11,0	85457	4,9
эндокринолог	1531	0,1	-----	--	1580	0,1	4836	0,5	5180	0,3
кардиолог	10418	0,6	----	--	1032	0,1	0	0,0	1	0,0
невролог	216667	12,6	64334	4,2	96696	9,0	96598	10,5	116357	6,6
травматолог – ортопед	99534	5,8	7	0,00	50	0,0	7	0,0	90	0,0
профпатолог	5407	0,3	389373	25,2	9743	0,9	22469	2,5	27654	1,6
инфекционист	49218	2,9	-----	---	49324	4,6	50177	5,5	67774	3,9
всего профилактических посещений:	1715910	100,0	1544366	100,0	1078433	100,0	916 772	100,0	1 751 118	100,0

Таблица 4.13

Структура врачебных посещений с профилактической целью за 2011-2013 гг.

Наименование врачебной специальности	Число врачебных посещений с профилактической целью						
	2011 г.		2012 г.		2013 г.		Темп прироста (%)
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Врачи, всего	1 078 433	100,0	916772	100,0	1751118	100,0	62,4
в т.ч. врач-терапевт участковый	210800	19,5	102785	11,2	544078	31,1	В 5, 3 ра- за -158,1
отоларинголог	76142	7,1	65691	7,2	53000	3,0	- 30,4
офтальмолог	108355	10,0	51096	5,6	67531	3,9	-37,7
уролог	14786	1,4	1886	0,2	1615	0,1	-89,1
хирург	89598	8,3	100604	11,0	85457	4,9	-4,6
эндокринолог	1580	0,1	4836	0,5	518	0,03	-67,2
кардиолог	1032	0,1	0	0,0	1	0,0	
невролог	96696	9,0	96598	10,5	116357	6,6	20,3
травматологи – ортопеды	88314	0,0	7	0,0	90	0,0	-99,9
профпатологи	9743	0,9	22469	2,5	27654	1,6	183,8
инфекционист	49324	4,6	50177	5,5	67774	3,9	37,4

Анализ динамики количества профилактических посещений врачей за 2011–2013 гг. свидетельствует о тенденции их роста у врачей-терапевтов участковых на 62,4%, несмотря на некоторый «провал» в 2012 г. В структуре всех посещений данного вида в 2013 г. более трети приходится на данного врача. Наблюдается тенденция к росту числа профилактических посещений врача-профпатолога к 2013 г. почти в три раза (2,8), врача-невролога на 20,3% и врача-инфекциониста – на 37,4%, но их вклад в общий объем профилактической работы невелик и колеблется в пределах 6,6-10,5% у невролога, от 11,0% до 4,9% у хирурга и еще ниже у врачей других специальностей (уролога, эндокринолога), причем, у них отмечается снижение объемов профилактической работы в 2013 г. по отношению к 2012 г., практически отсутствуют профилактические посещения у кардиолога.

Таким образом, основным звеном, обеспечивающим организацию и проведение профилактической работы является врач-терапевт участковый. На наш взгляд, четкий учет данного вида деятельности по врачам других специальностей не налажен.

Для оценки объемов профилактической работы в АПУ округа в связи с диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами была собрана обобщенная информация за 2009 – 2013 гг. (табл. 4.14).

Как видно из таблицы, объемы профилактических медицинских осмотров имели тенденцию к росту и в 2013 г. по отношению к 2009 г. возросли почти вдвое (1,9). Число обследованных в порядке проведения диспансеризации в 2009 – 2012 гг. (это работающий контингент, прошедший дополнительную диспансеризацию в рамках приоритетного национального Проекта) колебалось по годам в пределах 30-38 тыс. человек. В 2013 г. количество граждан определенных возрастных категорий, прошедших диспансеризацию, составило 243 143 человек, т.е. в семь и более раз превысило уровни предыдущих лет.

Таблица 4.14

Объемы и результаты профилактической деятельности АПУ СВАО

Показатели	Количество обследованных лиц				
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Обследованы в порядке проведения					
- профилактических медицинских осмотров (чел.)	3159	4346	6019	4280	6119
- диспансеризации (чел.)	35104	30753	29973	31955	243143
Всего (чел.)	38263	35099	35992	31955	304262
Из них установлена:					
- I группа здоровья (%)	32,6	33,1	20,8	21,9	22,4
- II группа здоровья (%)	9,1	14,2	20,1	21,1	26,4
- III группа здоровья (%)	58,3	52,7	59,1	57,0	51,2

Данные за 2013 г. являются результатом проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных контингентов населения в соответствии с последними нормативными правовыми документами, регламентирующими порядок их проведения. Распределение граждан, прошедших профосмотры и диспансеризацию по группам здоровья, свидетельствуют о тенденции к снижению удельного веса здорового населения (1 группа здоровья) – с 32,6% – 33,1% до 22,4%, а также лиц, имеющих хронические заболевания (3 группа) – с 58,3% до 51,2%, повышению доли граждан, имеющих факторы риска развития хронических заболеваний (2 группа), с 9,1% до 26,4%. Согласно разработанной маршрутизации пациенты с установленными 1 или 2 группами здоровья направляются в центр здоровья для разработки оздоровительных программ, участия в работе школ здоровья. Пациенты с установленной 3 группой здоровья подлежат диспансерному наблюдению участковыми терапевтами или врачами-специалистами по профилю заболевания.

Анализ деятельности центров здоровья за 2012 и 2013 гг. свидетельствует об увеличении количества граждан, прошедших комплексное обследование в центрах здоровья, с 37570 до 55428 – на 47,5%. Возросло число

лиц, обученных основам здорового образа жизни на 83,5% - с 41 183 до 75 582, повысилось количество пациентов, обученных в «школах», в целом, на 3,0% за два года, но в школе для больных сахарным диабетом их число возросло на 38,4% - с 1777 до 2460, для больных бронхиальной астмой – на 17,2% - с 1728 до 2026, для больных с артериальной гипертонией – на 4,8% - с 12495 до 13101(табл. 4.15).

Таблица 4.15

Объемы деятельности центров здоровья СВАО

Показатели	2012 г.	2013 г.
Число обследованных в центрах здоровья	37570	55428
Число лиц, обученных основам здорового образа жизни – всего	41183	75582
Число пациентов обученных в «школах» - всего:	33372	34377
в т.ч.:	12180	11271
- школе для больных с сердечной недостаточностью		
- школе для больных артериальной гипертензией	12495	13101
- школе для больных с заболеванием суставов и позвоночника	11613	8650
- школе для больных бронхиальной астмой	1728	2026
- школе для больных сахарным диабетом	1777	2460
- прочих школах	3527	4300

Учитывая, что диспансерное наблюдение включено в общий объем посещений с профилактической целью, нами проведен более углубленный анализ ситуации, складывающейся в осуществлении данного вида деятельности АПУ округа. В таблице 4.16 представлен сравнительный анализ некоторых показателей, характеризующих данный аспект профилактической работы за 5-летний период. Как видно из таблицы, число ежегодно регистрируемых в округе больных по обращаемости в АПУ имеет тенденцию к увеличению, хотя и с некоторыми колебаниями, - с 1346501 в 2009 г. до 1453372 – темп прироста составляет 7,9%. При этом возрастает и количество лиц с диагно-

зом, установленным впервые в жизни, – с 520606 до 531450 за этот же период (на 2,1%) хотя удельный вес данного контингента среди всех зарегистрированных больных несколько ниже, чем в 2009 г. Представляет интерес уровень эффективности профилактических мероприятий - количество граждан, заболевания у которых были впервые выявлены при медицинских осмотрах, диспансеризации. Удельный вес данного контингента в общем количестве впервые выявленных больных незначительный и колеблется в 2009–2012 гг. – от 0,16 до 0,25%, однако в 2013 г. возрастает до 1,8%, т.е. почти вдвое по сравнению с 2009 г., что свидетельствует о повышении качества диспансерной работы. Повышение вклада профилактических мероприятий в улучшение первичной диагностики, скорее всего, является результатом использования новых организационных технологий и диагностических возможностей, обусловленных улучшением материально-технического оснащения АПУ по программе модернизации здравоохранения. Существенно возрастает и удельный вес пациентов, вновь взятых под наблюдение – с 38,6% до 58,1% - в 1,5 раза, что также может свидетельствовать о повышении качества диспансерного наблюдения. Возрастают и показатели полноты охвата диспансеризацией зарегистрированных больных - с 18,1% до 21,4%, а также показатели охвата взрослого населения диспансерным наблюдением – с 243,2 до 275,1 на 1000 населения. Все эти показатели свидетельствуют о смещении акцентов в оказании амбулаторно-поликлинической помощи в сторону усиления профилактики заболеваний и внушают определенный оптимизм.

Структура пациентов, состоящих под диспансерном наблюдением, на протяжении 5-летнего периода практически не меняется (табл. 4.17). Первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения, их число и удельный вес последовательно возрастает и в 2013 г. составляет 33,2%, второе – болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ – 21,9%, их доля также повышается в течение 5-летнего периода, третье – болезни органов пищеварения – 10,0%, их уровень относительно стабильный,

4-е – болезни органов дыхания – 8,2%, также незначительно колеблется по годам и 5-е – болезни мочеполовой системы – 7,8%.

Анализ динамики объемов диагностических исследований, проводимых в АПУ округа взрослому населению (табл. 4.18) свидетельствует о существенном их росте. Число рентгенологических исследований в расчете на 100 посещений увеличилось в 2,6 раза: с 4,3 в 2009 г. до 11,0 – в 2013 г., при этом компьютерные томографии до 2012 г. не проводились совсем, а в 2013 г. они составили 13,2 на 100 посещений. Объемы ультразвуковых исследований (УЗИ) возросли с 11,3 в 2009 г. до 13,2 – в 2013 г. (на 16,8%), из них УЗИ сердечно-сосудистой системы – с 3,4 до 4,2 (на 23,5%), в том числе доплеровское исследование сосудов – с 2,8 до 3,3 (на 17,8%), а эхокардиография – с 0,6 до 1,1 (почти вдвое – 1,8), в 6 раз (5,8) возросли объемы УЗИ мочеполовой системы, на 24,1% – функциональная диагностика. Обращает на себя внимание отсутствие проведения магнитно-резонансных томографий (МРТ) в 2009–2012 гг., но уже в 2013 г. проведено 854 таких исследований. Таким образом, существенное увеличение объемов и спектра диагностических исследований расширяют возможности выявления заболеваний, и, следовательно, способствуют повышению качества оказания первичной медико-санитарной помощи.

Таблица 4.17

Структура больных, состоящих под диспансерным наблюдением по классам болезней

Классы болезней	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего состоит по диспансерным наблюдением, из них:	243 846	100	272 599	100,0	291 041	100,0	301654	100,0	311056	100
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	5 786	2,4	5952	2,2	5 250	1,8	3676	1,2	3777	1,2
Новообразования	19 209	7,9	18171	6,7	19 299	6,6	21702	7,2	22207	7,1
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	322	0,1	419	0,2	568	0,2	608	0,2	572	0,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	46 421	19,0	49901	18,3	59 235	20,4	63688	21,1	67991	21,9
Психические расстройства и расстройства поведения	24 919	10,2	21380	7,8	9 525	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Болезни нервной системы	3 891	1,6	4525	1,7	4 662	1,6	5146	1,7	5015	1,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	11 697	4,8	11981	4,4	13 409	4,6	13757	4,5	13260	4,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	1 955	0,8	1989	0,7	2 149	0,7	2046	0,7	1862	0,6
Болезни системы кровообращения	58 524	24,0	78486	28,8	92 115	31,7	101116	33,6	103313	33,2
Болезни органов дыхания	20 347	8,3	20279	7,4	22 922	7,9	24333	8,0	25584	8,2
Болезни органов пищеварения	28 588	11,7	30787	11,3	32 983	11,3	30997	10,3	31201	10,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1 496	0,6	1442	0,5	0,0	0,0	15	0,0	83	0,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4 986	2,0	6156	2,3	7 176	2,5	10057	3,3	10983	3,5
Болезни мочеполовой системы	15 210	6,2	20351	7,5	20 952	7,2	23617	7,8	24192	7,8
Беременность, роды и послеродовый период				0,0		0,0		0,0		0,0

Таблица 4.18

Объемы работы диагностических отделений АПУ в расчете на 100 посещений (взрослое население)

Наименование исследований и процедур	Число исследований				
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Рентгенологические исследования, всего	4,3	4,7	6,2	11,5	11,0
из них компьютерных томографий	0,0	0,0	0,0	0,1	13,2
Ультразвуковые исследования, всего	11,3	11,9	14,2	13,6	13,2
в том числе: УЗИ сердечно-сосудистой системы	3,4	4,0	5,1	4,1	4,2
из них: доплеровское исследование сосудов	2,8	3,3	4,4	3,0	3,3
Эхокардиография	0,6	0,6	0,7	0,7	1,1
УЗИ брюшной полости	3,1	3,1	4,5	2,4	2,4
УЗИ мочеполовой системы	0,6	0,7	0,7	3,4	3,5
УЗИ молочной железы	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
УЗИ щитовидной железы	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5
УЗИ мягких тканей	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
прочие УЗИ	0,6	0,7	0,8	0,7	0,7
Магнитно-резонансные томографии, всего	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Эндоскопические исследования, всего	0,8	0,9	1,0	0,7	0,7
Лабораторные анализы	205,7	217,8	252,8	174,9	187,1
Функциональная диагностика (всего)	8,7	8,9	10,1	10,0	10,8

Таким образом, результаты исследования показали, что штатная обеспеченность медицинских организаций первичного медико-санитарного звена СВАО медицинскими кадрами остается на сегодняшний день сложной проблемой. Проведенный анализ уровня укомплектованности штатов АПУ округа врачебным персоналом за период с 2009 по 2013 гг. выявил его снижение с 86,4% в 2009 г. до 79,9% к 2012 г. и некоторый рост в 2013 г. - до 82,0%, что ниже уровня 2009 г. Наблюдается тенденция последовательного ежегодного снижения укомплектованности штатов врачей-терапевтов участковых за этот же период - с 95,5% до 85,2%. По большинству врачебных специальностей сохраняется недостаточный уровень кадрового обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений округа, что не может не сказываться негативным образом на уровне доступности медицинской помощи для населения. Сохраняется недоукомплектованность штатов амбулаторно-поликлинических учреждений средним медицинским персоналом: в 2012 и 2013 гг. он составлял лишь 71,0% и 74,0% соответственно, что ниже, чем в предыдущих периодах, когда уровень укомплектованности держался в пределах 83,7 - 81,8%. Таким образом, в амбулаторных учреждениях сохраняется кадровый дефицит как в отношении врачебного, так и среднего медицинского персонала, особенно осязаемый в последние два года, наблюдается также кадровый дисбаланс в штатах врачей-специалистов.

В отношении динамики профессионального уровня медицинских кадров наблюдалось увеличение доли врачей со второй квалификационной категорией и снижение – с высшей и первой, что может свидетельствовать об обновлении (омоложении) врачебных кадров. Уровень профессиональной квалификации средних медицинских работников также имеет тенденцию к снижению.

подавляющее большинство врачей-терапевтов участковых (87%), обеспечивающих лечебно-профилактическую помощь взрослому населению на первом уровне трехуровневой системы оказания амбулаторной медицинской помощи, являются опытными и квалифицированными работниками, со

стажем профессиональной деятельности в подавляющем большинстве - более пяти лет.

Процессом повышения квалификации, переподготовки кадров охвачены как врачи, так и средний медицинский персонал.

Анализ объемов деятельности АПУ округа за пятилетний период по числу врачебных посещений выявил их колебания в различные временные периоды. В структуре врачебных посещений подавляющее большинство составляли посещения по поводу заболевания, доля которых колебалась в изучаемом периоде от 85,3% до 92,0%. В целом, за пятилетний период объем посещений в связи с заболеванием снизился на 2,1%, хотя отчетливой тенденции по этому виду посещений выявить не удалось.

Объемы профилактических посещений или посещений с профилактической целью с 2009 г. последовательно снижались, однако в 2013 г. возросли по отношению к 2012 г. – на 91,0% (почти вдвое - 1,9). Такой резкий подъем данного вида посещений обусловлен изменением правил учета объемов медицинской помощи в амбулаторных учреждениях в 2013 г. в соответствии с требованиями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, в частности, «переводом» посещений в связи с диспансеризацией из лечебно-диагностических (по поводу заболевания), как было в предыдущие годы, в рубрику «с профилактической целью», выполнением программы по пропаганде здорового образа жизни, установлением новых плановых показателей диспансеризации. Расширенный перечень посещений, включенных в объем посещений с профилактической целью и подлежащих отдельному учету, не соответствует действующей официальной медицинской учетной документации. Кроме того, в информационных материалах Минздрава нет должных разъяснений использованной в программе госгарантий терминологии, что затрудняет однозначное ее толкование в медицинской практике. В этой связи формирование достоверных сведений в первичной учетной медицинской документации об объемах первичной ме-

дико-санитарной помощи определяют необходимость рассмотрения каждого из указанных Программой видов медицинской помощи на предмет соответствия действующей в здравоохранении статистике и нормативам по труду, а также предоставления в отраслевых информационных материалах четких инструкций по порядкам сбора и учета объемов каждого из видов обозначенных в Программе посещений.

В структуре посещений больных на дому подавляющее большинство (более 80%) составляют вызовы врача поликлиники по поводу заболевания. Однако в последние годы получают развитие активные посещения больных, патронажные посещения, а с открытием отделений неотложной медицинской помощи для взрослого населения в АПУ первого уровня - и посещения в связи с неотложным состоянием. Существенный рост доли активных и патронажных посещений в структуре посещений пациентов на дому является позитивной тенденцией. В целом, кратность всех врачебных посещений за 2011-2013 гг. возросла с 11,0 до 11,7 на одного жителя - на 6,4%.

Основной объем профилактических посещений выполняет врач-терапевт участковый, на которого в последние три года 2011-2013 г. приходится наибольшая доля посещений данного вида и их объем имеет тенденцию к росту, в отличие от врачей других специальностей.

Объемы профилактических медицинских осмотров возросли за пятилетний период почти вдвое (1,9). Число граждан определенных возрастных категорий, прошедших диспансеризацию в 2013 г., составило 243 143 человек, т.е. в семь и более раз превысило уровни предыдущих лет. Данные за 2013 г. являются результатом проведения профилактических медицинских

осмотров и диспансеризации определенных контингентов населения в соответствии с последними нормативными правовыми документами, регламентирующими порядок их проведения. Распределение граждан, прошедших профосмотры и диспансеризацию по группам здоровья, свидетельствуют о тенденции к снижению удельного веса здорового населения (1 группа здоровья) – с 32,6% – 33,1% до 22,4%, а также лиц, имеющих хронические заболе-

вания (3 группа) – с 58,3% до 51,2%, повышению доли граждан, имеющих факторы риска развития хронических заболеваний (2 группа), с 9,1% до 26,4%. Согласно разработанной маршрутизации пациенты с установленными 1 или 2 группами здоровья направляются в центр здоровья для разработки оздоровительных программ, участия в работе школ здоровья. Пациенты с установленной 3 группой здоровья подлежат диспансерному наблюдению участковыми терапевтами или врачами-специалистами по профилю заболевания.

Анализ деятельности центров здоровья за 2012 и 2013 гг. свидетельствует об увеличении количества граждан, прошедших комплексное обследование в этих организациях, на 47,5%. Возросло число лиц, обученных основам здорового образа жизни на 83,5%, повысилось количество пациентов, обученных в «школах», в целом, на 3,0% за два года.

Рост числа пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни при обращении в АПУ, за последние два года (на 2,1%), а также граждан, заболевания у которых были впервые выявлены при медицинских осмотрах, диспансеризации могут свидетельствовать о повышении качества диагностической работы. Повышение вклада профилактических мероприятий в улучшение первичной диагностики, скорее всего, является результатом использования новых организационных технологий и диагностических возможностей, обусловленных улучшением материально-технического оснащения АПУ по программе модернизации здравоохранения. Возрастают и показатели полноты охвата диспансеризацией зарегистрированных больных - с 18,1% до 21,4%, а также показатели охвата взрослого населения диспансерным наблюдением – с 243,2 до 275,1 на 1000 населения. Все эти показатели свидетельствуют о смещении акцентов в оказании амбулаторно-поликлинической помощи в сторону усиления профилактики заболеваний и внушают определенный оптимизм.

Наблюдается ощутимый рост объемов диагностических исследований, проводимых в АПУ округа взрослому населению: число рентгенологических

исследований в расчете на 100 посещений увеличилось в 2,6 раза за 5 лет, в том числе с 2013 г. появились компьютерные томографии, которых ранее не было в АПУ, повысились объемы и спектр ультразвуковых исследований, стали проводиться магнитно-резонансные томографии - уже в 2013 г. проведено 854 МРТ. Все это отражает повышение доступности диагностических исследований, существенное увеличение их объемов и спектра, что расширяет возможности выявления заболеваний, в том числе скрытой патологии, и способствует повышению качества оказания первичной медико-санитарной помощи, улучшению состояния здоровья населения.

Среди недостатков правового регулирования трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи следует отметить отсутствие единообразного толкования и применения терминов «амбулаторный центр», «амбулаторное объединение» и дифференциации названий городских поликлиник первого и второго уровней.

ГЛАВА 5. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СВАО ГОРОДА МОСКВЫ

В условиях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи необходимо изучение вопросов повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения при одновременном обеспечении надлежащего качества и доступности медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В этой связи в данном разделе исследования приводятся некоторые результаты экономической оценки внедрения трехуровневой системы в деятельность АПУ, обслуживающих взрослое население Северо-Восточного административного округа города Москвы.

5.1. Анализ структурных изменений объемных и экономических показателей деятельности АПУ при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях внедрения трехуровневой системы в СВАО г. Москвы

Для оценки изменений в условиях перехода на новую систему амбулаторно-поликлинической службы с целью совершенствования деятельности АПУ СВАО г. Москвы на основе методики формирования плановой функции врачебной должности на базе ГБУЗ «ГП № 218» проведен анализ плановой нагрузки и расчета фактических показателей на одну врачебную должность. Данные о фактических затратах рабочего времени врачей на одно посещение рассчитаны и приведены на основании отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».

При проведении расчетов учитывался тот факт, что нагрузка на врачебную должность рассчитана с учетом методических рекомендаций по экономическому обоснованию ФПГГ на 2011-2012гг., а также с учетом реко-

мендаций, изложенных в письме Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее МЗиСР России) от 25.01.2005 № 26-МЗ (норма нагрузки на участкового врача терапевта может составлять в среднем 18-20 минут на приеме в амбулаторно-поликлиническом учреждении), в письме МЗиСР России от 31.12.2008 № 10407-ТГ, в информационном письме МЗиСР России от 22 декабря 2011 года № 20-2/10/1-8234. Время приема увеличено на проведение врачами-специалистами амбулаторных хирургических манипуляций, операций непосредственно во время приема до 18-20 минут, на проведение функциональных исследований непосредственно во время приема при посещении невролога, кардиолога, акушера-гинеколога (до 20 минут). Из расчета исключено время на санитарно-просветительскую работу врача, составляющее 4 часа в месяц, предусмотрено, что удельный вес визитов на дом должен составлять не менее 35% от общего объема выполненных посещений участковой службы (за счет активных посещений и патронажа) и не менее 10% врачами-специалистами. В расчетные данные не включены штатные должности заведующих отделениями, врачей дневных стационаров, а также дополнительные должности, предусмотренные целевыми программами.

На примере амбулаторного объединения № 218 проведенные расчеты показали, что имеются большие различия по должностям врачей амбулаторного приема. По величине показателя фактической нагрузки на одну врачебную должность из всех должностей врачей амбулаторного приема после внедрения трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической службы выделены группы должностей с наибольшей нагрузкой, к которым относятся: гематологи, кардиологи, хирурги, эндокринологи, оториноларингологи, офтальмологи, неврологи, терапевты. К группе должностей врачей амбулаторного приема с наименьшей нагрузкой отнесены дерматовенерологи, ревматологи, травматологи-ортопеды, акушеры-гинекологи.

Расчеты фактических затрат времени на одно посещение, представленные в таблице 5.1, показали, что наибольшие затраты времени у врачей, имеющих наименьшую нагрузку, и напротив, у врачей с наибольшей нагрузкой затраты времени на одно посещение оказываются наименьшие. Однако соотношения данных показателей не прямо пропорциональны в связи с разным годовым бюджетом рабочего времени отдельных должностей врачей.

При этом наименьшие затраты времени на 1 посещение наблюдались у хирургов – 5-7 мин, у эндокринологов – 7 мин, у отоларингологов – 7 мин, у гематологов – 8 мин. Наибольшие затраты времени на посещение отмечены у врачей дерматовенерологов, аллергологов-иммунологов, акушеров-гинекологов (около 20 мин и выше).

В то же время по ряду врачебных специальностей выявлены весьма значимые различия в рассматриваемых показателях. Планово-нормативные данные больше фактических у дерматовенерологов на 35,3%, у травматологов – на 6,6%. Наоборот, фактическое число посещений превышает плановые показатели у эндокринологов в 2,6 раза, у гематологов – в 2,5 раза, у кардиологов и неврологов – в 2,4 раза, что говорит в данном случае о снижении качества и доступности оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению, поэтому в целях совершенствования планирования деятельности амбулаторного объединения необходимо проводить хронометражные наблюдения.

Таблица 5.1

Анализ сопоставления фактических затрат времени на одно посещение и плановой функции врачебной должности амбулаторного объединения № 218

Профиль специальности	Плановая функция врачебной должности на 1 врачебную должность			Фактические затраты времени на 1 посещение			Фактическое число посещений в расчете на 1 должность всего		
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Аллерголог-иммунолог	4614	4632	4290	26	11	10	7488	8480	8598
Акушер-гинеколог		4850	6488	18	11	14	4938	8243	6328
Гастроэнтеролог	5590	5081	5326	20	9	10	2981	10012	8900
Гематолог	6102	3941	4685	14	8	8	6518	10666	11653
Дерматовенеролог	6102	9114	8950	27	17	15	3412	5390	5788
Инфекционист	5650	5702	6078	15	14	10	5730	6473	8475
Кардиолог	4614	5038	4596	15	9	8	6034	9522	11002
Невролог	6102	6126	6078	6	7	6	6551	12824	14508
Оториноларинголог	8450	8473	9044	10	8	7	7872	11394	12279
Офтальмолог	6450	7107	8994	12	8	8	6934	10963	11468
Ревматолог	4614	4614	4816	16	17		6971	5250	
Терапевт, терапевт участковый	6102	6185	6078		11	8	6788	7961	11109
Травматолог-ортопед оказание травматологической помощи взрослым	9078	6957	7040	12	15	14	6706	6088	6578
Хирург	8050	7209	7030	10	7	5	7426	13269	16432
Эндокринолог	6102	6126	4793	8	7	7	8818	12977	12407
Итого	104288	98419	106876				95167	139512	145525

5.2. Сравнительный анализ изменения структуры финансирования и расходования средств амбулаторно-поликлинических учреждений взрослой сети при внедрении трехуровневой системы

Как показали результаты изучения объемов деятельности АПУ СВАО г. Москвы за трехлетний период с 2011 по 2013 гг., отмечалась тенденция к их повышению, следовательно, возрастала и затратность оказания амбулаторно-поликлинической помощи при переходе на новую трехуровневую систему. В ходе проведения исследования было изучено, как в условиях внедрения трехуровневой системы изменялись основные стоимостные показатели и структура финансового обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений в зависимости от источника финансирования ЛПУ.

Средняя стоимость одного посещения в амбулаторных объединениях дифференцированно менялась, например, в амбулаторном центре на базе ГП № 12 произошло снижение стоимостных показателей, а в диагностическом центре № 5, городских поликлиниках № 218, № 107 стоимость 1 посещения увеличилась практически по большинству врачебных специальностей. В среднем стоимость одного посещения в 2013 году в СВАО г. Москвы увеличилась по отношению к 2010 году в 3,7 раза. По-видимому, полученные данные свидетельствуют о том, что уровень средней стоимости в большей степени зависел от объема финансирования и в меньшей степени от объема услуг.

Сравнительный анализ выявил, что более высокая стоимость 1 посещения АПУ определена к таким узким специалистам, как аллергологу-иммунологу, дерматовенерологу, гематологу, нефрологу, инфекционисту, онкологу. В амбулаторных объединениях наиболее низкой стоимостью 1 посещения оставалась к физиотерапевту, к хирургу, к отоларингологу, к урологу, к травматологу-ортопеду, к терапевту.

На основе сопоставления реальной структуры объемных и стоимостных показателей проведен анализ структуры фактических доходов на приме-

ре амбулаторного объединения № 218, который показал, что в 2013 году по сравнению с 2012 годом показатели увеличились по ряду врачебных специальностей, в том числе у терапевта – в 2 раза, у пульмонолога – на 87,7%, у стоматолога – на 77,9%, у онколога – на 40%, у гастроэнтеролога – на 37,5%, у эндокринолога – на 31,3%, у невролога – на 31%; их снижение наблюдалось у хирурга – на 56,8%, у акушера-гинеколога – на 49,7%, у оториноларинголога – на 21,1%, у уролога – на 13,6% (Табл. 5.2). Несмотря на наблюдаемый рост фактических доходов АПУ, можно отметить, что стоимость одного посещения оставалась низкой и не отражала реальной себестоимости оказываемых медицинских услуг.

На следующем этапе исследования для более наглядного представления о финансировании амбулаторно-поликлинических учреждений в новых условиях была изучена общая картина финансового обеспечения трехуровневой системы первичной медико-санитарной помощи за счет основных государственных источников.

Определено, что в целом плановый объем финансирования всех уровней амбулаторно-поликлинической службы в Северо-Восточном административном округе г. Москвы в 2013 году по сравнению с 2012 годом увеличился на 86,5%. Так, этот показатель финансирования на основе бюджетного финансирования в 2013 г. к данным 2012 г. увеличился на 7,2%, а за счет средств ОМС – в 2,5 раза (табл. 5.3).

В результате выявлено, что в 2013 году по сравнению с 2012 годом плановые показатели финансирования изменились следующим образом:

- финансирование за счет средств бюджета г. Москвы на первом уровне снизилось на 12,9%, при этом на втором уровне – увеличилось в 1,4 раза и на третьем уровне – увеличилось в 3,2 раза;

- финансирование за счет средств ОМС на первом уровне увеличилось в 2,9 раза, на втором уровне – в 1,9 раза, на третьем уровне – в 1,25 раза.

Таблица 5.2

Структура анализа числа фактических посещений,
их стоимость и фактические доходы в амбулаторном центре № 218 за 2012–2013 гг.

Название врачебной специальности	Стоимость 1-го посещения, руб.		Число посещений факти- ческое		Фактические доходы, тыс. руб.		Отклонение фактиче- ских доходов (2013 к 2012 гг.)	
	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.	абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Акушерство и гинекология	165,47	95,65	199 900	174 029	330 775	166 459	-164 316	-49,7
Аллергология- иммуноло- гия	98,12	106,43	8480	8 598	8 321	9 151	830	10,0
Гастроэнтерология	149,37	115,52	12 515	22 249	18 694	25 702	7 008	37,5
Гематология	101,79	153,08	42 663	46 611	43 427	71 352	27 925	64,3
Дерматовенерология	54,1	55,94	2695	2 894	1 458	1 619	161	11,0
Инфекционист	122,13	209,29	30 746	38 137	37 550	79 817	42 267	112,6
Кардиология	114,73	134,84	88 078	66 012	101 052	89 011	-12 041	-11,9
Колопроктология	202,01	64,68	26 090	18 552	52 704	11 999	-40 705	-77,2
Неврология	96,5	111,7	237 238	268 395	228 935	299 797	70 863	31,0
Онкология	153,37	189,92	261 388	295 523	400 891	561 257	160 367	40,0
Оториноларингология	112,77	84,53	119 642	125 863	134 920	106 392	-28 528	-21,1
Офтальмология	150,19	156,84	178 145	192 093	267 556	301 279	33 723	12,6
Лечебная физкультура и спортивная медицина	100,34	81,67	22 304	16 304	22 380	13 315	-9 064	-40,5
Пульмонология	97,79	117,06	12 799	20 066	12 516	23 489	10 973	87,7
Ревматология	116,63	128,55	23 624	28 210	27 553	36 264	8 711	31,6
Стоматология	69,28	125,38	210 891	207 354	146 105	259 980	113 875	77,9

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Терапия, всего	65,51	101,15	1 703 731	2 227 305	1 116 114	2 252 919	1 136 805	101,9
Терапевты подростковых кабинетов	89,44	113,4	35 454	8 160	31 710	9 253	-22 457	-70,8
Травматология и ортопедия	69,48	89,89	188 730	177 612	131 130	159 655	28 526	21,8
Урология	106,63	71,79	128 304	164 746	136 811	118 271	-18 539	-13,6
Физиотерапия	52,13	61,61	63 858	58 178	33 289	35 843	2 554	7,7
Хирургия	160,07	55,87	218 931	271 128	350 443	151 479	-198 964	-56,8
Эндокринология	83,67	111,77	230 341	226 434	192 726	253 085	60 359	31,3
Прочие	2961,92	178,06	12 851	2 375	380 636	4 229	-376 407	-98,9
Итого	6 007,51	2714,62	4059398	4666828	243 868 741	126 686 646	-117 182 095	-48,1

Таблица 5.3

Общая картина финансирования трехуровневой системы амбулаторной помощи СВАО г. Москвы
(тыс. руб.)

Источник	2012 год						2013 год					
	I уровень	сумма	II уровень	сумма	III уровень	сумма	I уровень	сумма	II уровень	сумма	III уровень	сумма
Бюджетные субсидии	80%	386 008, 9	15%	72 376, 7	5%	24 125,6	65%	336 286,0	20%	103 472, 6	15%	77 604,5
ОМС	70%	380 202, 9	20%	108 749,4	10%	54 314, 7	80%	1 087 349,5	15%	203 878, 0	5%	67 959, 3

Установлено, как на различных уровнях амбулаторно-поликлинической службы изменяется распределение финансовых средств в зависимости от источника финансирования. Доля финансирования по территориальной программе обязательного медицинского страхования в 2012 году на первом уровне составила 70%, на втором уровне – 20%, на третьем – 10% (Рис. 5.1).

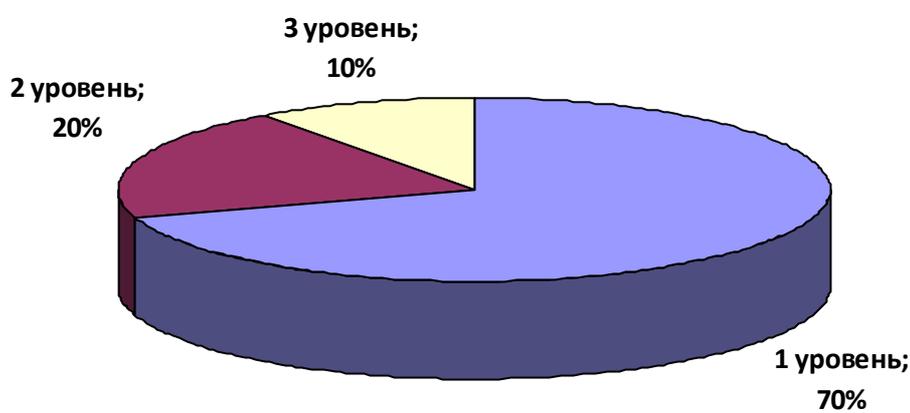


Рис. 5.1. Финансирование трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической службы в 2012 году за счет средств ОМС

В 2013 году доля средств по программе ОМС на первом уровне увеличилась и составила 80%, на втором уровне – 15%, на третьем – 5% от общего объема финансирования (Рис. 5.2).

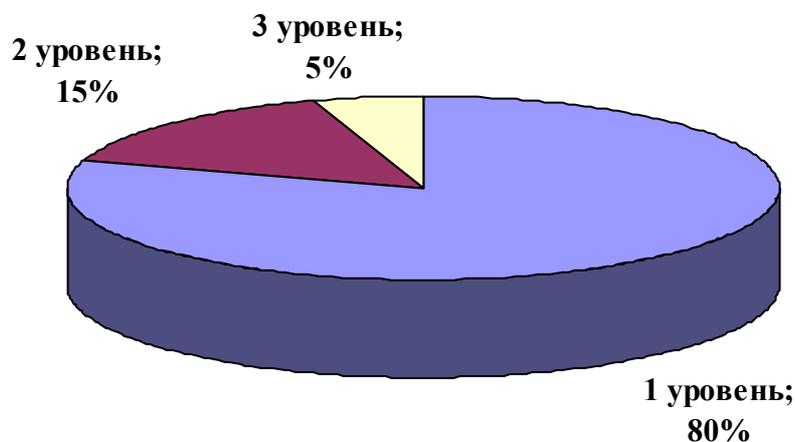


Рис. 5.2. Финансирование трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической службы в 2013 году за счет средств ОМС

Из средств, выделенных из бюджета города Москвы, в 2012 году направлено на первый уровень 80%, на второй уровень – 15%, на третий – 5% (Рис. 5.3).

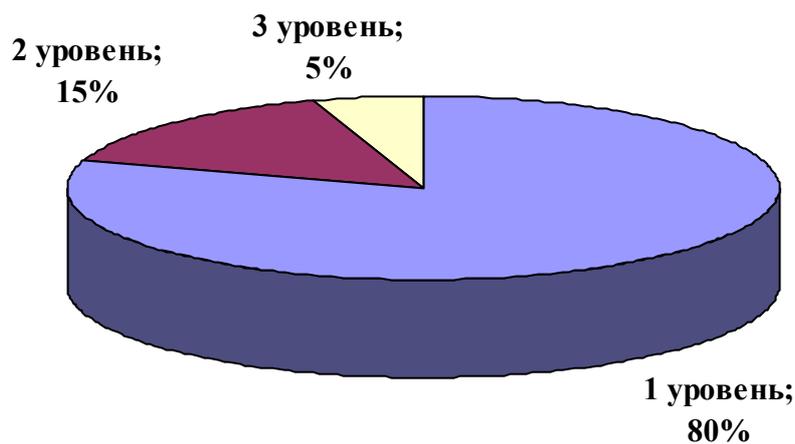


Рис. 5.3. Финансирование трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической службы в 2012 году за счет средств бюджета г. Москвы

Доля средств, направленных за счет бюджетного финансирования, в 2013 году на первом уровне составила 65%, на втором уровне – 20%, на третьем – 15% (Рис. 5.4).

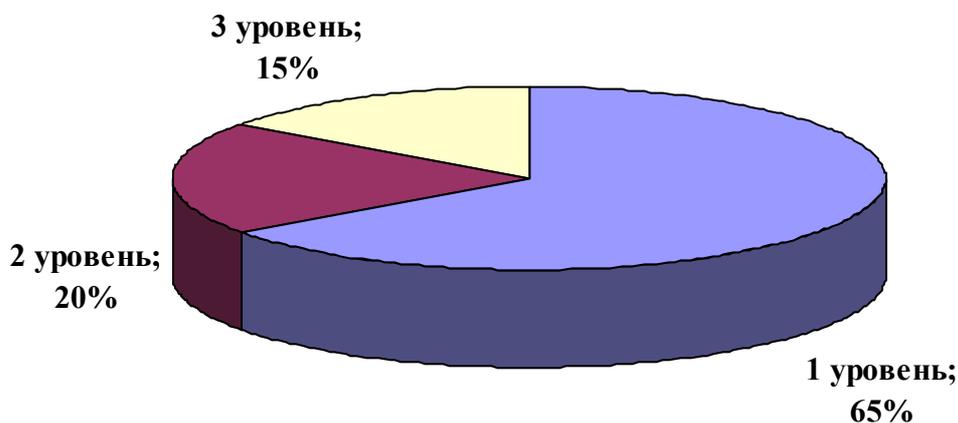


Рис. 5.4. Финансирование трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической службы в 2013 году за счет средств бюджета г.Москвы

Таким образом, определено, что в структуре финансирования по уровням новой системы амбулаторно-поликлинической службы за счет государственных источников финансирования больше всего средств расходуется на организацию деятельности городских поликлиник, являющихся филиалами амбулаторных объединений, то есть первого уровня. Одновременно наблюдалась тенденция повышения финансирования за счет средств ОМС по сравнению с бюджетным финансированием.

В ходе исследования выявлено, что основным источником финансового обеспечения амбулаторно-поликлинических объединений, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в Северо-восточном административном округе города Москвы, в 2013 году явилось финансирование из государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования, которое составило 53,7% от общей суммы финансирования, за счет

средств бюджета – 30,7%. Сравнивая с аналогичными показателями в 2012 году, наблюдалось в общей структуре снижение доли финансовых средств за счет средств бюджета, существенно увеличилась доля доходов, поступающих от Федерального фонда ОМС и территориального фонда ОМС г. Москвы, при этом наблюдался незначительный рост доходов от платных медицинских услуг (табл. 5.4).

При анализе структуры расходования средств амбулаторных центров за счет бюджетных средств выявлено, что среди текущих расходов наибольший удельный вес заняли следующие статьи: заработная плата врачебного персонала, заработная плата среднего медицинского персонала, начисления на оплату труда; наименьший удельный вес составили медицинские расходы, командировки и служебные разъезды, транспортные услуги, коммунальные услуги, расходы на приобретение медицинского оборудования. Изучение динамики изменения показателей использования финансового обеспечения амбулаторных объединений СВАО г. Москвы показало, что в целом в структуре расходования средств независимо от вида финансирования наибольший удельный вес имели статьи, связанные с оплатой труда.

Более подробно рассмотрены отдельные аспекты финансирования на примере амбулаторного объединения № 218. Так в структуре использования финансовых средств выделены три источника финансовых средств каждого амбулаторного центра: бюджетные средства, средства ОМС и средства от платных медицинских услуг. На основе имеющейся информации выявлено, что при анализе структуры доходов, полученных при оказании первичной медико-санитарной помощи больным, доля средств, поступающих из бюджета, существенно увеличилась в ходе внедрения трехуровневой системы первичной медико-санитарной помощи. Одновременно наметилась тенденция к росту доходов, получаемых от платных медицинских услуг.

Таблица 5.4

Структура изучения объемов финансирования амбулаторного центра,
входящего в сеть ЛПУ СВАО г. Москвы, за 2013 г.

Виды источников финансирования	Фактические поступления за год (%)			
	ДЦ № 5	ГП № 12	ГП № 107	ГП № 218
1	2	3	4	5
1. Средства бюджета	38,1	32,8	27,3	26,77
в том числе:				
-субсидии на выполнение государственного задания	0,00			
- целевые субсидии	38,1	32,8	27,3	26,8
- бюджетные инвестиции	0,0			
2. Поступления от оказания учреждением услуг, относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности, предоставление которых осуществляется на платной основе, а также поступлений от иной приносящей доход деятельности:	0,5	1,4	0,8	0,6
в том числе:				
- платные медицинские услуги	0,1	0,5	0,3	0,1
- от реализации договоров ДМС	0,0			
- другая хозяйственная деятельность, приносящая доход – всего:	0,4	0,9		0,4
в том числе:				
- аренда (помещений, оборудования и др.)	0,0	0,2		
- хозрасчетная деятельность	0,3			0,4
3. Средства целевого назначения и безвозмездные поступления – всего:	61,4	65,8	71,9	72,7
в том числе:				
- средства государственных внебюджетных фондов (ОМС)	61,4	63,5		72,7
- финансовая помощь, благотворительные взносы, гранты, безвозмездная помощь	0,0			
- средства, получаемые от предприятий, учреждений и физических лиц на содержание ЛПУ	0,0		1,5	
прочие средства МГФОМС (иногородние)		0,8		
прочие средства по ДД за декабрь 2012		0,1		
прочие средства субвенция	0,0	1,4		
прочие средства перечисленные при реорганизации от СП № 20		0,1		
Итого	100	100	100	100

Результаты изучения объемов финансирования амбулаторно-поликлинического объединения (на примере городской поликлиники № 218)

в процессе перехода на трехуровневую систему показали, что в 2012 году фактический объем бюджетных средств увеличился по сравнению с 2010 годом в 13,7 раза, фактический объем средств ОМС – в 2,1 раза. Так же фактический объем платных медицинских услуг увеличился в 8,8 раза, но по-прежнему, занимает незначительную часть в структуре доходов городской поликлиники. Для полного отражения финансовой картины по источникам финансирования проведен анализ сопоставления фактических расходов с объемом финансирования данного амбулаторного центра за 2012 -2013 гг.

На основе приведенных данных в таблице 5.5 можно сказать, что наибольшая сумма доходов объединения приходится на долю ОМС, доля средств бюджетного финансирования снижается, поэтому необходимо рассмотреть структуру использования финансовых средств данного амбулаторного объединения.

Таблица 5.5

Структура объемов финансирования и фактических расходов
из различных источников АПО № 218

Источник финансирования	Финансирование, %		Фактические расходы, %		Разница, %	
	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.	2012 г.	2013 г.
Бюджет	43,7	26,8	45,1	25,9	1,4	-0,8
ОМС	55,2	72,7	54,2	73,4	-1,1	0,8
Платные медицинские услуги	1,0	0,6	0,7	0,6	-0,3	0,1
Итого	100	100	100	100		

Соотношение между финансированием за счет государственных источников финансирования и доходами от платных медицинских услуг в амбулаторном объединении было в пользу первых: удельный вес доходов от платных медицинских услуг мало менялся и составлял от 1,0 до 0,6%.

Эти результаты свидетельствуют о том, что для оказания амбулаторно-поликлинической помощи наряду с государственными источниками финан-

сирования, амбулаторные объединения вынуждены осуществлять платные медицинские услуги.

В таблице 5.6 рассмотрены основные статьи расходования средств амбулаторного объединения № 218 за счет финансирования по территориальной программе ОМС в 2013 году, к которым относятся:

- расходы, связанные с оплатой труда сотрудников, составили 64,9%, в том числе заработная плата врачей (доля составляет 30,6%), заработная плата среднего медицинского персонала – 26,7 %, заработная плата административно-управленческого персонала – 1,3%, заработная плата хозяйственно-обслуживающего персонала – 6,4%;

- начисления на оплату труда – 14,9 %;

- расходы на приобретение материальных запасов – 12,4%;

- транспортные услуги – 3,4 %

- прочие – 4,4%.

Изучая структуру использования финансового обеспечения деятельности данного объединения за счет средств от приносящей доход деятельности, в том числе от платных медицинских услуг, определено, что доля средств, выделяемых на заработную плату врачебного персонала, составила 21,2 %, на заработную плату среднего медицинского персонала – 11,1%, на приобретение материальных запасов – 30,7%.

Установлено, что в структуре расходования средств за счет бюджетного финансирования расходы по фонду оплаты труда составили 49,8%, в том числе 24,8 % на долю заработной платы врачей, 19,8% - на долю заработной платы среднего медицинского персонала, 4,8% - на долю хозяйственного персонала; начисления на оплату труда – 12%, на приобретение материальных запасов – 37%.

Структура использования финансовых средств АПО № 218 СВАО
г. Москвы по различным источникам финансирования за 2013г. (%)

Группы расходов	ОМС	Приносящая до- ход деятель- ность	Бюджет
1	2	3	4
Всего по фонду оплаты труда (КОСГУ 211)	64,9	32,7	49,8
в т.ч.:			
заработная плата врачей	30,6	21,2	24,2
заработная плата среднего медицин- ского персонала	26,7	11,1	19,8
заработная плата административно- управляющего персонала	1,3	0,4	1,0
заработная плата хозяйственно- обслуживающего персонала	6,4	0,1	4,8
Начисления на оплату труда (КОСГУ 213)	14,9	7,9	12,0
Приобретение материальных запасов (КОСГУ 340):	12,4	30,7	37,0
в т.ч. канцелярские принадлежности, материалы и предметы для техниче- ских и хозяйственных нужд	0,4	0,0	0,0
медицинские расходы	11,3	0,0	0,0
мягкий инвентарь	0,0	0,0	0,0
обмундирование	0,0	0,0	0,0
продукты питания	0,0	0,0	0,0
прочие расходные материалы	0,6	30,7	37,0
Командировки и служебные разъезды	0,0	0,0	0,0
Услуги связи (КОСГУ 221)	0,0	0,0	0,4
транспортные услуги (КОСГУ 222)	3,5	0,4	0,7
Оплата коммунальных услуг (КОСГУ 223) – всего:	1,0	0,0	0,5
оплата отопления помещений	0,4	0,0	0,0
оплата отопления и технических нужд	0,0	0,0	0,0
оплата потребления газа	0,0	0,4	0,1
оплата освещения помещений	0,5	0,0	0,1
оплата водоснабжения помещений	0,1	0,0	0,0
оплата аренды помещений	0,0	0,0	0,0
оплата льгот по коммунальным услу- гам	0,0	0,1	0,1
1	2	3	4

Услуги по содержанию имущества (КОСГУ 225)	3,0	0,0	0,0
Прочие расходы (КОСГУ 290)	0,1	0,1	0,0
в т.ч.: оплата услуг научно-исследовательских организаций	1,5	0,0	0,0
оплата текущего ремонта оборудования	1,4	0,1	0,0
оплата текущего ремонта зданий	0,0	0,0	0,0
прочие текущие расходы	0,0	0,0	0,0
Пособия по социальной помощи населению – всего:	0,0	28,2	0,0
Приобретение оборудования – всего:	0,3	0,0	0,0
в т.ч.: приобретение производственного оборудования	0,0	15,6	0,0
- медицинского оборудования	0,2	12,6	0,0
- предметов длительного пользования	0,1	0,0	0,0
Капитальный ремонт – всего:	0,0	0,0	0,0
в т.ч.: капитальный ремонт объектов производственного назначения	0,0	0,0	0,0
Итого	100,0	100,0	100,0

Для обоснования потребности в денежных средствах, используемых на оплату труда персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, в том числе объединений, особенно на примере амбулаторного объединения № 218 проведен анализ структуры фонда заработной платы с учетом планового числа штатных должностей и среднего размера должностных окладов за 2011-2013гг.

В таблицах 5.7, 5.8, 5.9 наглядно отображено, как меняются значения плановых и фактических показателей, и установлено, что план по фонду заработной платы в данном амбулаторном центре в 2013 году перевыполнен на 29,4%. Если сравнивать с показателями других амбулаторных центров, то в ДЦ № 5 плановые показатели превышают фактические на 28,2%, в городской поликлинике № 12 – на 39,4%. При этом фактические показатели структуры ФОТ врачебного персонала амбулаторного объединения № 218 превышены на 3,7%, хотя в 2012 году данный показатель был недовыполнен и составил 93,0%.

Таблица 5.7

Структура фонда заработной платы АПУ, в т.ч. отдельно по амбулаторному объединению № 218 за 2011 год

Категория персонала	Фонд заработной платы, руб.		Отклонение, руб.	Количество должностей		Отклонение, руб.	Средняя заработная плата, руб.		Отклонение, руб.
	по плану	фактически		по штату	фактически		по плану	фактически	
Врачебный персонал	98 408,30	114 364,66	15 956,36	248,25	193	-55,25	39 640,81	59 256,30	19 615,49
Средний медицинский персонал	111 090,30	111 670,54	580,24	472,75	268,75	-204	23 498,74	41 551,83	18 053,09
Младший медицинский персонал	19 189,30	10 834,80	-8 354,50	150,75	59,25	-91,5	12 729,22	18 286,58	5 557,36
Прочие	17 953,30	19 131,34	1 178,04	86,5	75,75	-10,75	20 755,26	25 255,89	4 500,63

Таблица 5.8

Структура фонда заработной платы АПУ, в т.ч. отдельно по амбулаторному объединению № 218 за 2012 год

Категория персонала	Фонд заработной платы, руб.		Отклонение, руб.	Количество должностей		Отклонение, руб.	Средняя заработная плата, руб.		Отклонение, руб.
	по плану	фактически		по штату	фактически		по плану	фактически	
Врачебный персонал	511 771,00	475 866,00	-35 905,00	820	610,5	-209,5	62 411,10	77 946,93	15 535,83
Средний медицинский персонал	442 916,00	449 415,00	6 499,00	1354,5	900,5	-454	32 699,59	49 907,27	17 207,68
Младший медицинский персонал	57 031,00	36 646,00	-20 385,00	409,25	195	-214,25	13 935,49	18 792,82	4 857,33
Прочие	52 137,00	52 931,00	794,00	200	170,75	-29,25	26 068,50	30 999,12	4 930,62

Таблица 5.9

Структура фонда заработной платы АПУ, в т.ч. отдельно по амбулаторному объединению № 218 за 2013 год

Категория персонала	Фонд заработной платы, руб.		Отклонение, руб.	Количество должностей		Отклонение, руб.	Средняя заработная плата, руб.		Отклонение, руб.
	по плану	фактически		по штату	фактически		по плану	фактически	
Врачебный персонал	571 718,28	590 344,90	18 626,62	820	611,75	-208,25	69 721,74	96 501,01	26 779,26
Средний медицинский персонал	503 743,24	494 280,48	-9 462,77	1354,5	854,75	-499,75	37 190,35	57 827,49	20 637,14
Младший медицинский персонал	80 425,23	46 058,09	-34 367,14	407,5	144	-263,5	19 736,25	31 984,79	12 248,53
Прочие	70 875,83	91 319,50	20 443,67	170,75	154,5	-16,25	41 508,54	59 106,47	17 597,93

Следует учитывать, что в связи с внедрением новой трехуровневой системы изменилась структура и количество персонала в амбулаторном центре, так количество фактически занятых должностей врачебного и среднего медицинского персонала увеличилось в 2013 г. по сравнению с 2011 г. в 3,2 раза, младшего медицинского персонала – в 2,4 раза, прочего – в 2 раза. Как следствие увеличения численности персонала, был увеличен и объем финансирования амбулаторных центров, кроме того, выросла средняя заработная плата по всем категориям персонала: средняя заработная плата врачебного персонала амбулаторного центра № 218 в 2013 году по сравнению с 2011 годом увеличилась на 62,9%, среднего медицинского персонала - на 39,2%, младшего медицинского персонала – на 74,9%. Сопоставляя с данными других амбулаторных объединений, наблюдались следующие изменения:

- в городской поликлинике № 12 средняя заработная плата врачебного персонала увеличилась на 42,9 %, среднего медицинского персонала – на 55,3%, младшего медицинского персонала – на 50,2%;

- в диагностическом центре № 5 средняя зарплата врачей увеличилась на 25%, среднего медперсонала – на 39,2%, младшего медицинского персонала – на 39%.

Структурные показатели фонда заработной платы среднего и младшего медицинского персонала варьировали, и после внедрения трехуровневой системы показатель оплаты труда среднего медицинского персонала городской поликлиники № 218 в 2012 году увеличился по сравнению с 2011 годом в 4 раза, а младшего медицинского персонала – в 3,4 раза соответственно (табл. 5.10, 5.11, 5.12).

Структура фонда заработной платы АПУ, в т.ч. отдельно по амбулаторному объединению № 218
за 2011 год

Категория персонала	По плану		Фактически		Отклонение		Выполнение плана
	сумма, руб.	удельный вес, %	сумма, руб.	удельный вес, %	абсолютное, руб.	удельного веса, %	
Врачебный персонал	98 408,3	39,90	114 364,7	44,67	15 956,4	4,77	116,21
Средний медицинский персонал	111 090,3	45,04	111 670,5	43,62	580,2	-1,42	100,52
Младший медицинский персонал	19 189,3	7,78	10 834,8	4,23	-8 354,5	-3,55	56,46
Прочие	17 953,3	7,28	19 131,3	7,47	1 178,0	0,19	106,56

Таблица 5.11

Структура фонда заработной платы АПУ, в т.ч. отдельно по амбулаторному объединению № 218 за 2012 год

Категория персонала	По плану		Фактически		Отклонение		Выполнение плана
	сумма, руб.	удельный вес, %	сумма, руб.	удельный вес, %	абсолютное, руб.	удельного веса, %	
Врачебный персонал	511 771,0	48,11	475 866,0	46,89	-35 905,0	-1,22	92,98
Средний медицинский персонал	442 916,0	41,63	449 415,0	44,28	6 499,0	2,65	101,47
Младший медицинский персонал	57 031,0	5,36	36 646,0	3,61	-20 385,0	-1,75	64,26
Прочие	52 137,0	4,90	52 931,0	5,22	794,0	0,31	101,52

Таблица 5.12

Структура фонда заработной платы АПУ, в т.ч. отдельно по амбулаторному объединению № 218
за 2013 год

Категория персонала	По плану		Фактически		Отклонение		Выполнение плана
	сумма, руб.	удельный вес, %	сумма, руб.	удельный вес, %	абсолютное, руб.	удельного веса, %	
Врачебный персонал	571 718,3	46,60	590 344,9	48,31	18 626,6	-1,71	103,66
Средний медицинский персонал	503 743,2	41,06	494 280,5	40,45	-9 462,8	0,61	98,50
Младший медицинский персонал	80 425,2	6,56	46 058,1	3,77	-34 367,1	2,79	57,49
Прочие	70 875,8	5,78	91 319,5	7,47	20 443,7	-1,70	129,35

В структуре фонда заработной платы доля выделяемых средств на выплату зарплаты врачам данного объединения с 2011 по 2013 гг. фактически изменилась с 44,7 до 48,3%, среднему медицинскому персоналу - с 43,6 до 40,5%, младшему медицинскому персоналу – с 4,2 до 3,8%. На основе имеющейся информации, в городской поликлинике № 12 наблюдалась та же тенденция, так в структуре фонда оплаты труда доля заработной платы лечебного персонала фактически колебалась от 45,3 до 47,6%, среднего медицинского персонала – от 37,1 до 40,5%, младшего медицинского персонала – от 4,5 до 5,2%. В диагностическом центре № 5 значение доли заработной платы врачей варьировала от 44,1 до 54,1 %, среднего медицинского персонала – от 36,8 до 44,2%, младшего медицинского персонала – от 2,3 до 5,3%.

Сравнительный анализ плановых и фактических показателей фонда заработной платы показал, что увеличилось финансирование на оплату труда всем категориям персонала. При исчислении абсолютного отклонения значимыми факторами, влияющими на величину отклонения, явились количество штатных должностей и уровень средней заработной платы. В первую очередь, проведена оценка изменений общего размера основного оклада по категориям персонала амбулаторного объединения № 218 (табл. 5.13, 5.14, 5.15).

Таблица 5.13

Структура основного оклада по категориям персонала АПУ, в т.ч. отдельно по амбулаторному объединению № 218
за 2011 год

Категория персонала	Всего должностной оклад, руб.		Отклонение, руб.	Количество должностей		Отклонение, руб.	Средний месячный должностной оклад, тыс. руб.		Отклонение, руб.
	по плану	фактически		по штату	фактически		по плану	фактически	
Врачебный персонал	58 949,80	45 830,05	13 119,75	248,25	193	55,25	23 746,14	23 746,14	0,00
Средний медицинский персонал	80 167,30	45 573,69	34 593,61	472,75	268,75	204	16 957,65	16 957,65	0,00
Младший медицинский персонал	11 535,10	4 533,70	7 001,40	150,75	59,25	91,5	7 651,81	7 651,81	0,01
Прочие	13 965,10	12 229,55	1 735,55	86,5	75,75	10,75	16 144,62	16 144,62	0,00

Таблица 5.14

Структура основного оклада по категориям персонала АПУ, в т.ч. отдельно по амбулаторному объединению № 218
за 2012 год

Категория персонала	Всего должностной оклад, руб.		Отклонение, руб.	Количество должностей		Отклонение, руб.	Средний месячный должностной оклад, руб.		Отклонение, руб.
	по плану	фактически		по штату	фактически		по плану	фактически	
Врачебный персонал	210 772,50	156922,7	53 849,80	820	610,5	209,5	25 703,96	25 703,96	0,00
Средний медицинский персонал	254 985,60	169519,77	85 465,83	1354,5	900,5	454	18 825,07	18 825,07	0,00
Младший медицинский персонал	36 000,80	17153,71	18 847,09	409,25	195	214,25	8 796,77	8 796,77	0,00
Прочие	35 901,50	30650,91	5 250,59	200	170,75	29,25	17 950,75	17 950,75	0,00

Таблица 5.15

Структура основного оклада по категориям персонала АПУ, в т.ч. отдельно отдельно по амбулаторному объединению
№ 218 за 2013 год

Категория персонала	Всего должностной оклад, руб.		Отклонение, руб.	Количество должностей		Отклонение, руб.	Средний месячный должностной оклад, руб.		Отклонение, руб.
	по плану	фактически		по штату	фактически		по плану	фактически	
Врачебный персонал	217 144,00	161997,37	55 146,63	820	611,75	208,25	26 480,98	26 480,98	0,00
Средний медицинский персонал	257 561,20	162532,62	95 028,58	1354,5	854,75	499,75	19 015,22	19 015,22	0,00
Младший медицинский персонал	46 465,50	16419,71	30 045,79	407,5	144	263,5	11 402,58	11 402,58	0,00
Прочие	32 163,10	29102,19	3 060,91	170,75	154,5	16,25	18 836,37	18 836,37	0,00

На основании данных таблиц видно, что для врачебного персонала основной средний месячный оклад увеличился в 2013 году на 11,5% по сравнению с 2011 г., для среднего и младшего медицинского персонала – соответственно на 12,1% и на 49,0% по сравнению с 2011 г., по прочему персоналу – на 16%.

В ходе проведения исследования установлено, что отклонение фонда заработной платы по врачебному персоналу объединения № 218 в 2013 году составило 18626,7 руб., что на 16,7% больше, чем в 2011 году, соответственно по среднему медицинскому персоналу уменьшилось на 16,3%, а по младшему медицинскому персоналу увеличилось в 4,1 раза.

Таким образом, можно сделать следующие выводы о полноте и эффективности расходования фонда зарплаты:

- наблюдаемый абсолютный прирост фонда оплаты труда стал следствием увеличения размера государственного финансирования амбулаторных объединений;

- значительное влияние на размер среднего основного оклада оказало изменение структуры персонала в связи с внедрением новой трехуровневой системы.

Полученные результаты дают основание полагать, что при обеспечении АПУ государственными источниками финансирования в условиях внедрения трехуровневой системы следует в полной мере учитывать фактическую потребность населения в первичной медико-санитарной помощи.

В условиях перехода на новую систему финансирования проведенный анализ показал, что имеющая потребность в средствах не покрывается полностью за счет государственных источников финансирования и даже за счет доходов от приносящей доход деятельности, в т. ч. от платных медицинских услуг, поэтому можно говорить, что для повышения эффективности деятельности амбулаторных объединений следует проводить мониторинг использования бюджетных средств и выполнения плановых объемов платных меди-

цинских услуг. Конечно, недопустимо, чтобы при росте объемных показателей, соответственно, уменьшилось финансирование за счет средств бюджета и ОМС.

В целях дальнейшего совершенствования деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях перехода на новую трехуровневую систему в столичном регионе необходимо:

1) шире использовать проведение хронометражных наблюдений с целью совершенствования планирования деятельности амбулаторных объединений и повышения качества оказания амбулаторно-поликлинической помощи;

2) сбалансировать стоимостные показатели с учетом реальной структуры финансирования и расходования средств амбулаторных объединений на оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

3) проводить оценку фактических объемных и стоимостных показателей по профилям в разрезе отдельных специальностей.

ГЛАВА 6. СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СВАО Г. МОСКВЫ

На фоне ограниченных экономических возможностей здравоохранения степень удовлетворенности пациентов уровнем медицинского обслуживания становится одним из критериев оценки деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. В силу этого при принятии решений необходимо оперативно получать научно обоснованную информацию о социальном эффекте от осуществляемых мероприятий, особенно в данный период реформирования амбулаторно-поликлинической службы в столичном регионе.

В этой связи, учитывая актуальность данной проблематики, было проведено социологическое изучение мнения населения с целью выявления факторов, способствующих повышению доступности и качества медицинской помощи в АПУ, оказывающих амбулаторную помощь взрослому населению Северо-Восточного административного округа города Москвы.

Целью настоящего исследования была оценка эффективности проводимых мероприятий, направленных на совершенствование организации лечебного процесса в амбулаторных условиях и повышение информированности населения о проводимых преобразованиях в здравоохранении.

В анкетировании участвовали респонденты различных возрастных групп населения. По результатам проведенного Центром медицинской инспекции опроса все респонденты были удовлетворены организацией записи на прием к врачам-специалистам (показатель удовлетворенности – 100%) в 11 из 46 амбулаторных центров, в том числе и в амбулаторном объединении № 218 СВАО г. Москвы. Основную группу респондентов традиционно составили женщины, примерно 65-70%, а по возрасту – лица 45-60 лет и пациенты старше 60 лет (30,7% и 29,6% соответственно). Более половины респон-

дентов, давших ответ на вопрос о своем ежемесячном доходе, указала уровень в пределах 10-25 тыс. рублей. Работающих граждан среди опрошенных было в среднем 57%, доля пенсионеров в среднем составляла 86%.

Показатель удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи по результатам проведенного анкетирования составил по амбулаторным объединениям СВАО г. Москвы в 2012 г. – 88,6%, в 1 квартале 2013 г. – 94,2%, во 2-ом квартале – 92,6%, в 3-ем квартале – 95,9%, в 4 квартале – 96,3%, в 1 квартале 2014 г. – 96,1%.

При оценке уровня квалификации врачебного персонала показатель удовлетворенности пациентов по терапевтическому профилю составил 90,0%, по кардиологическому профилю – 93,7%, по неврологическому профилю – 92,1%, по эндокринологическому профилю – 94,5%, по оториноларингологическому – 95,6%, по офтальмологическому профилю – 95,8%. Неудовлетворительной оценки по соответствующим профилям не наблюдалось.

При проведении данного опроса наблюдалось повышение рейтинга амбулаторных объединений СВАО г. Москвы, особенно высокой оценки удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в среднем с учетом результатов опроса, полученных в обособленных структурных подразделениях, и выраженной положительной динамики заслужил амбулаторный центр № 218.

На протяжении всего периода проведения исследования значимых изменений посещаемости поликлиник не отмечено. Большинство опрошенных москвичей (69%) обращалось за амбулаторно - поликлинической помощью в Москве. Треть москвичей (31%) за последний год в поликлиники и медцентры не обращалась.

Из тех москвичей, которые обращались за последний год в поликлиники и медцентры, большинство (77%) обращалось в государственные медицинские учреждения. 23% респондентов обращались в коммерческие медицинские учреждения.

По соотношению позитивных и негативных оценок среди посетителей преимущественно государственных поликлиник отмечены:

- **рост** уровня удовлетворенности работой поликлиник **по параметрам:**

- *состояние помещений;*
- *удобство использования электронной записи на прием к врачу;*
- *отношение медперсонала к посетителям;*
- *укомплектованность поликлиник врачами;*
- *время ожидания после записи на прием к врачу;*
- *доступность специальных диагностических исследований;*

- **отсутствие изменений** по параметрам:

- *уровень зарплат врачей и медсестер;*
- *уровень квалификации врачей;*
- *обеспечение льготными лекарствами;*
- *результаты оказания медицинской помощи.*

Внутренним опросом было охвачено 237 пациентов старше 18 лет. Среди респондентов изучаемой группы преобладали лица женского пола (71,3%), мужчины составляли 28,7% (рис. 6.1).

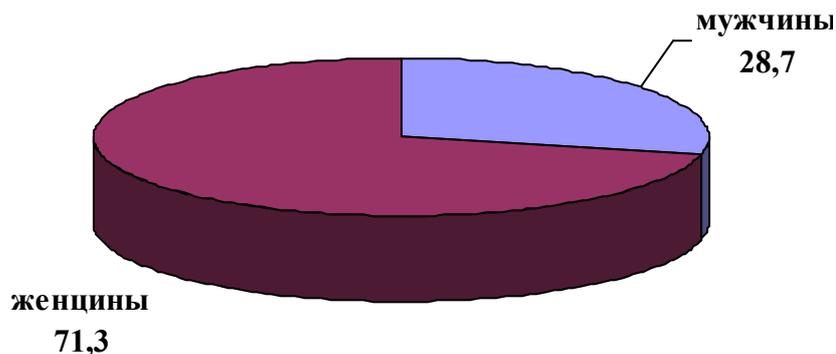


Рис. 6.1. Распределение респондентов по полу (в %)

В анкетировании участвовало 29,9% опрошенных в возрасте от 45 до 60 лет, 24,4% - лица в возрасте 60 лет и старше, в возрасте от 35 до 45 лет -

20,7%, от 25 до 35 лет - 19,0% и лица более молодого возраста составляли 6,3% респондентов (рис. 6.2).

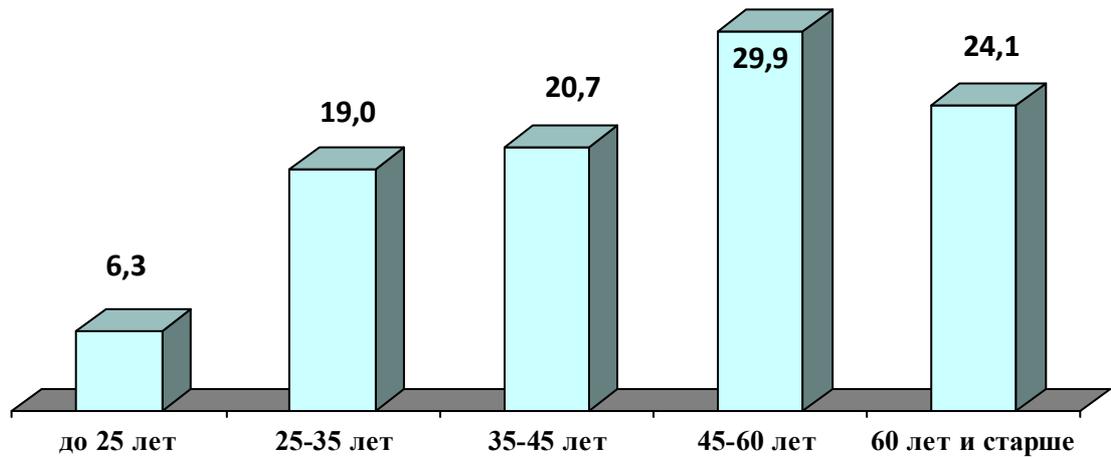


Рис. 6.2. Распределение респондентов по возрасту (в %)

В рамках распределения респондентов по социальной категории более половины опрошенных (52,1%) составило работающее население. Среди незанятого населения (47,9%) большая часть приходилась на лиц пенсионного возраста - 29,2%, инвалиды составили 8,5%, учащихся - 6,4%, многодетные родители - 1,7%, одинокие родители - 1,3% и 0,8% опрошенных - неработающие (рис. 6.3).

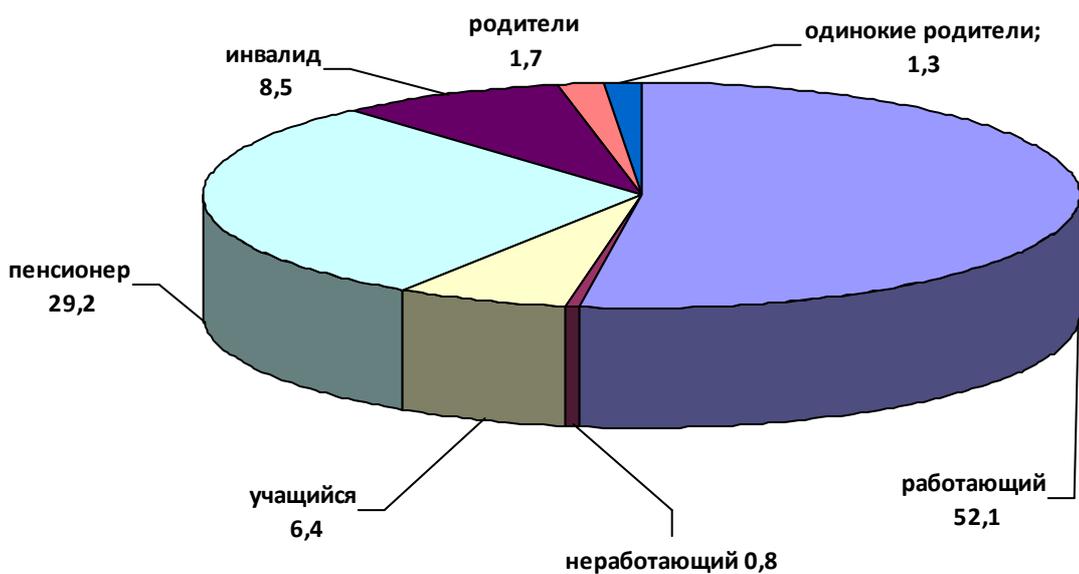


Рис. 6.3. Распределение респондентов по социальной категории (в %)

Респонденты, получающие медицинскую помощь на базе ГБУЗ «Диагностический центр № 5 ДЗМ», составили 28,3%, ГБУЗ «Городская поликлиника № 12» - 20,6%, ГБУЗ «Городская поликлиника № 107» - 25,7%, ГБУЗ «Городская поликлиника № 218» - 25,4%.

Таким образом, распределение респондентов по половозрастному составу, социальной категории и по учреждениям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, равномерное и позволяет говорить об объективности полученных данных в ходе социологического опроса.

Анализ проводился по каждому вопросу анкеты. Так, при проведении анкетирования на вопрос: «Знаете ли Вы о реорганизации, проведенной в сфере медицинского обслуживания населения г. Москвы в 2012-2013 гг.?», – более половины респондентов (62,0%) ответили утвердительно, 24,1% опрошенных слышали, но не понимают сути, 13,9% - не знали о проведении реорганизации (табл. 6.1). Таким образом, информационную работу среди населения по ходу реформирования системы амбулаторно-поликлинической помощи в СВАО можно оценить положительно.

Таблица 6.1

Знают ли опрошенные о реорганизации, проведенной в сфере медицинского обслуживания населения г. Москвы в 2012-2013 гг.

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов						Всего ответили на вопрос	
	Знают		Слышали, но не понимают суть		Не знают			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	36	53,7	17	25,4	14	20,9	67	100,0
Городская поли- клиника № 12	27	55,1	14	28,6	8	16,3	49	100,0
Городская поли- клиника № 107	37	60,7	16	26,2	8	13,1	61	100,0
Городская поли- клиника № 218	47	78,3	10	16,7	3	5,0	60	100,0
Итого	147	62,0	57	24,1	33	13,9	237	100,0

Анализ ответов об оценке респондентами результатов реорганизации показал, что менее половины респондентов (44,9%) отмечало повышение уровня медицинского обслуживания, 36,9% респондентов считали, что уровень медицинского обслуживания остался на прежнем уровне, 18,2% опрошенных ответили, что уровень снизился (табл. 6.2).

Таблица 6.2

Оценка респондентами результатов реорганизации

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов						Всего ответили на вопрос	
	Уровень ме- дицинского обслужива- ния повы- сился		Уровень ме- дицинского обслужива- ния пони- зился		Уровень ме- дицинского обслуживания остался на прежнем уровне			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностиче- ский центр № 5	9	13,6	19	28,8	38	57,6	66	100,0
Городская по- ликлиника № 12	25	51,0	8	16,3	16	32,7	49	100,0
Городская по- ликлиника № 107	33	54,1	13	21,3	15	24,6	61	100,0
Городская по- ликлиника № 218	39	65,0	3	5,0	18	30,0	60	100,0
Итого	106	44,9	43	18,2	87	36,9	236	100,0

Изучение оценки участников опроса относительно целесообразности подразделения поликлиник на уровни выявило, что 54% пациентов отнеслись положительно, у 34,9% сложилось мнение, что ничего не изменилось и отрицательную оценку дали 11,1% опрошенных (табл. 6.3).

Таким образом, в целом, отношение респондентов к проведенной реорганизации положительное и нейтральное.

Следует отметить, что 20,7% респондентов обращались в поликлинику регулярно, от 1 до 4 раз в месяц, 9,6% респондентов – очень часто, не менее 4 раз в месяц, 38,8% респондентов - примерно 3-4 раза в год, 19,4% опрошенных – до 2 раз в год, 11,4% - крайне редко.

Таблица 6.3

Как опрошенные оценивают целесообразность подразделения
поликлиник на уровни

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов						Всего ответили на вопрос	
	Положительно		Ничего не измени- лось		Отрицательно			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	23	34,8	34	51,6	9	13,6	66	100,0
Городская поликлиника № 12	32	65,3	14	28,6	3	6,1	49	100,0
Городская поликлиника № 107	34	56,7	17	28,3	9	15,0	60	100,0
Городская поликлиника № 218	38	63,4	17	28,3	5	8,3	60	100,0
Итого	127	54,0	82	34,9	26	11,1	235	100,0

Организацию медицинской помощи в филиалах амбулаторных центров оценили как "очень хорошо" - 30,9% пациентов, "хорошо" - 45,4% респондентов, как "удовлетворительно" - 19,1%, лишь 4,2 % респондентов - как "неудовлетворительно" и 0,4 % - как "плохо". Порядка 21,2% опрошенных были недовольны тем, что для консультации специалиста необходимо сначала обратиться к врачу терапевту-участковому, но 68,8% респондентов устраивала данная система организации приема и они получали свободный доступ к специалистам, у которых состоят под диспансерным наблюдением (табл. 6.4).

Таблица 6.4

Состоят ли опрошенные на диспансерном наблюдении по хроническому заболеванию у врача в поликлинике (филиале) по месту жительства

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов						Всего ответили на вопрос	
	Состоят на диспансерном учете		Не состоят на диспансерном учете		Нуждаются, но им не было предложено			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	14	21,2	48	72,7	4	6,1	66	100,0
Городская поликлиника № 12	24	49,0	25	51,0	-	-	49	100,0
Городская поликлиника № 107	23	37,7	38	62,3	-	-	61	100,0
Городская поликлиника № 218	23	38,3	37	61,7	-	-	60	100,0
Итого	84	35,6	148	62,7	4	1,7	236	100,0

Только 7,2% опрошенных сообщили, что имеют место проблемы с ожиданием консультации врача специалиста более 14 дней, 35,9% - получают медицинскую помощь в день обращения или на следующий день, 42,2% - в течение 7 дней, 13,9% - в сроки от 7 до 10 дней.

47,9% опрошенных отметили, что прием врача осуществляется строго по времени, указанном в талоне предварительной записи, 32,5% сообщают о том, что ожидают приема врача до 30 минут, 16,2% респондентов иногда приходилось ждать приема более 30 минут и только 3,4% респондентов отметили, что прием ведется без соблюдения предварительной записи. 92% респондентов отметили, что врач соблюдает порядок направления на консультации других специалистов и диагностические исследования и выдает направления на приеме.

На вопрос: "Выдает ли Ваш лечащий врач на приеме направления на дообследования и консультации других специалистов, в том числе в поликлинику 2-ого уровня (амбулаторный центр)?" - более половины респондентов (57,4%) ответили, что выдает всегда, в том числе по просьбе пациента, 34,6% опрошенных - выдает, но только когда считает обоснованным, 4,2% - выдает, но только после настояния или жалобы, лишь 3,8% отметили, что не выдает (табл. 6.5).

Удельный вес пациентов, полностью удовлетворенных квалификацией врачей в поликлинике по месту жительства, составил 70%. Отметили, что больше удовлетворены, чем нет квалификацией врачей в поликлинике 24,9% опрошенных. Доля респондентов, не удовлетворенных квалификацией, была невелика (5,1% к числу всех опрошенных).

Наибольшее число пациентов из числа опрошенных по объему предоставляемых в поликлиниках услуг выявлена в ГБУЗ «ГП №218 ДЗМ» -95% и ГБУЗ «ГП №12 ДЗМ» - 85,7%. В среднем по учреждениям СВАО этот показатель составил 77,4%, считают объем услуг недостаточным – 22,6% опрошенных.

Таблица 6.5

Ответы респондентов на вопрос "Выдает ли Ваш лечащий врач на приеме направления на дообследование и консультации других специалистов, в том числе в поликлинику 2-го уровня (амбулаторный центр)?"

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов								Всего ответили на вопрос	
	Да, выдает всегда, в том числе по моей просьбе		Да, выдает, но только когда считает обоснованным		Да, выдает, но только после настояния или жалобы		Не выдает			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	33	49,3	19	28,4	7	10,4	8	11,9	67	100,0
Городская поликлиника № 12	30	61,2	17	34,7	2	4,1	-	-	49	100,0
Городская поликлиника № 107	36	59,1	23	37,7	1	1,6	1	1,6	61	100,0
Городская поликлиника № 218	37	61,7	23	38,3	-	-	-	-	60	100,0
Итого	136	57,4	82	34,6	10	4,2	9	3,8	237	100,0

Анализ распределения оценки респондентами работы дежурного администратора в поликлинике показал, что 87,8% опрошенных отзывались положительно, 9,7% - отрицательно и 2,5% опрошенных не могли оценить, так как администратор отсутствовал в поликлинике (табл. 6.6).

Таблица 6.6

Ответы респондентов на вопрос "Как Вы оцениваете работу дежурного администратора в вашей поликлинике?"

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов						Всего ответили на вопрос	
	Положительно		Отрицательно		Не могут оценить, т.к. администратор отсутствует			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	55	82,1	8	11,9	4	6,0	67	100,0
Городская поликлиника № 12	42	85,7	7	14,3	-	-	49	100,0
Городская поликлиника № 107	56	91,8	4	6,6	1	1,6	61	100,0
Городская поликлиника № 218	55	91,6	4	6,7	1	1,7	60	100,0
Итого	208	87,8	23	9,7	6	2,5	237	100,0

Одной из целей проведения данного вида анкетирования был сравнительный анализ деятельности амбулаторных объединений и филиалов при организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению СВАО г. Москвы.

75,7% респондентов в 2013 году получали медицинскую помощь в амбулаторном центре, на 2 уровне первичной медико-санитарной помощи. Из числа пациентов, получавших медицинскую помощь в амбулаторном центре 43% оценили организацию работы как "хорошо", 37,6% опрошенных - "очень хорошо", 18,1% респондентов - "удовлетворительно", 0,9% - как "неудовлетворительно", 0,4%-как "очень плохо" (рис. 6.4).

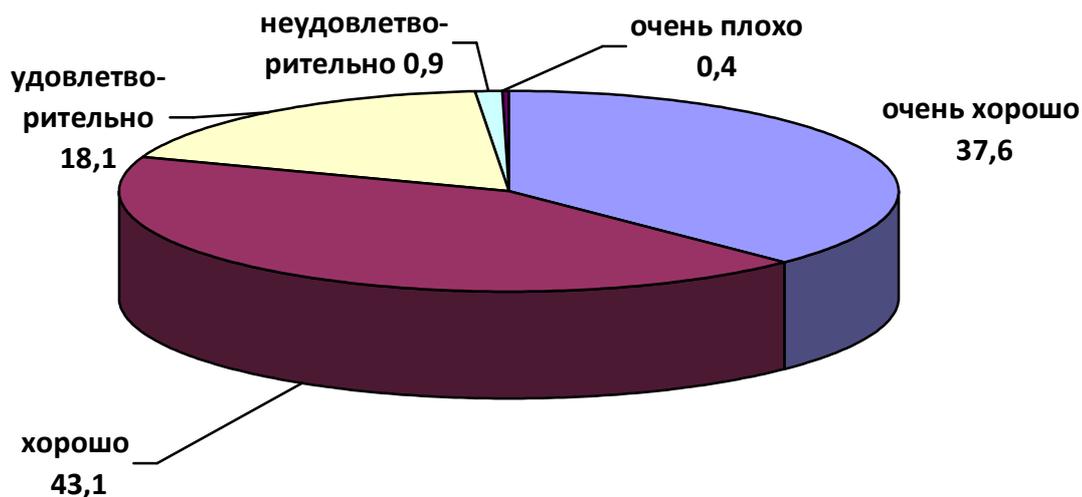


Рис. 6.4. Оценка организации медицинской помощи на 2-м уровне (в%)

Характерно, что подавляющее большинство пациентов (62,9%) ожидали консультации врача-специалиста 2 уровня не более 7 дней, 26,1% получили медицинскую помощь в день обращения или на следующий день (табл. 6.7). Оценили объем медицинских услуг, оказанных на амбулаторном уровне как достаточный 69,3% респондентов. Указали, что прием в амбулаторном центре по записи соблюдался 92,4% опрошенных.

Таблица 6.7

Ответы респондентов на вопрос "Как долго Вы ожидали консультации специалиста/исследования?"

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов										Всего ответили на вопрос	
	В день обращения или на следующий день		Несколько дней (не более 7 дней)		Около 2 недель		Более 2 недель		Не получили помощи до сих пор			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	14	24,6	27	47,3	12	21,1	2	3,5	2	3,5	57	100,0
Городская поликлиника № 12	18	37,5	26	54,2	4	8,3	-	-	-	-	48	100,0
Городская поликлиника № 107	18	29,5	40	65,6	2	3,3	1	1,6	-	-	61	100,0
Городская поликлиника № 218	9	15,0	49	81,7	2	3,3	-	-	-	-	60	100,0
Итого	59	26,1	142	62,9	20	8,8	3	1,3	2	0,9	226	100,0

Анализ удовлетворенности пациентов соблюдением в амбулаторном центре времени приема у врача по записи выявил, что более половины опрошенных (51,3%) удовлетворены, 41,1% - больше удовлетворены, чем нет, и только 7,6% остались неудовлетворенными (табл. 6.8)

Таблица 6.8

Ответы респондентов на вопрос "Соблюдается ли в поликлинике 2-го уровня время приема у врача по записи?"

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов						Всего ответили на вопрос	
	Удовлетворены		Больше удовлетворены, чем нет		Не удовлетворены			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	21	37,5	28	50,0	7	12,5	56	100,0
Городская поликлиника № 12	22	45,8	20	41,7	6	12,5	48	100,0
Городская поликлиника № 107	35	58,3	22	36,7	3	5,0	60	100,0
Городская поликлиника № 218	37	61,6	22	36,7	1	1,7	60	100,0
Итого	115	51,3	92	41,1	17	7,6	224	100,0

Одним из важных вопросов при анкетировании, характеризующих доступность информации об организации медицинской помощи и определяющим целесообразность использования интернет-ресурсов, с целью информирования населения был: "Пользуются ли опрошенные интернет-сайтом учреждений здравоохранения?". На данный вопрос 37,1% респондентов ответили, что пользовались, в том числе с целью записи на прием к врачу, 32,9% опро-

шенных – знают о существовании сайтов медицинских организаций, но не пользовались, 21,1% опрошенных пользовались с целью получения информации о работе поликлиники и только 8,9% - не знали об их существовании (рис. 6.5).

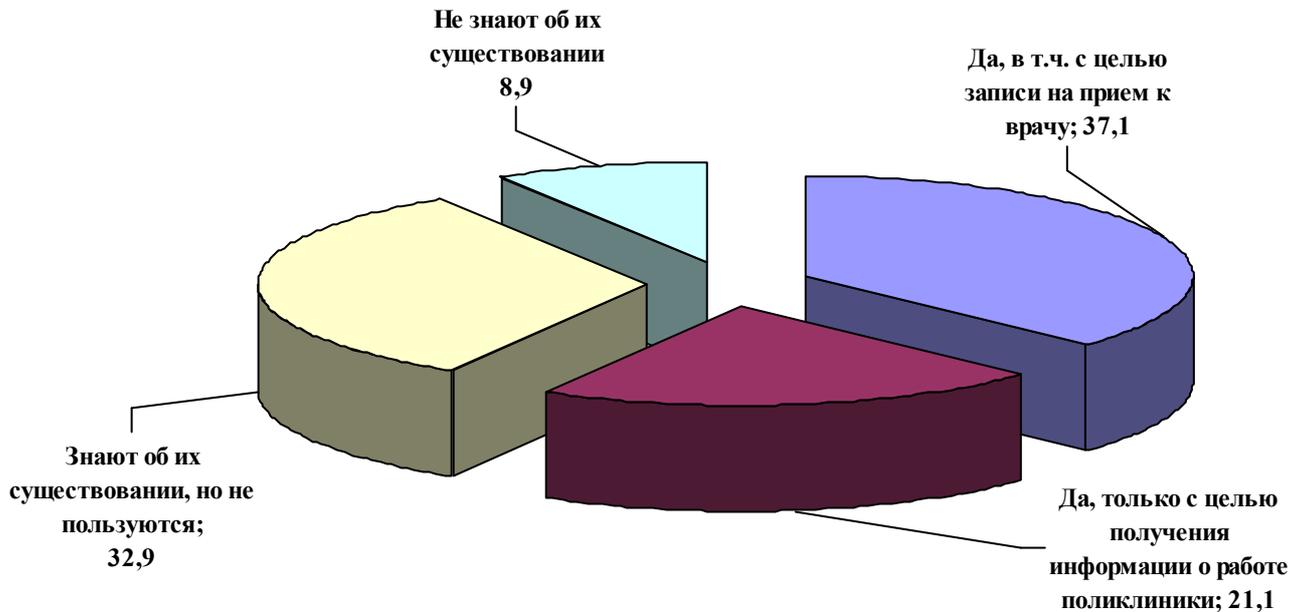


Рис. 6.5. Пользуются ли опрошенные интернет-сайтом учреждений здравоохранения г. Москвы (в%)

При ответе на вопрос: "Пользуются ли опрошенные информационными буклетами, находящимися в регистратуре их поликлиники?"- 49,3% респондентов считали, что пользовались, в них имеется полезная информация, 22,8% - знали об существовании, но не пользовались, 20,7% - не знали об их существовании и только 7,2% считали, что в них нет достаточно нужной информации, но пользовались (табл. 6.9).

Таблица 6.9

Пользуются ли опрошенные информационными буклетами, находящимися
в регистратуре их поликлиники

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов								Всего ответили на вопрос	
	Да, в них имеется полезная информация		Да, но в них недостаточно нужной мне информации		Знают об их существовании, но не пользуются		Не знают об их существовании			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	23	34,3	11	16,4	18	26,9	15	22,4	67	100,0
Городская поликлиника № 12	16	32,7	1	2,0	13	26,5	19	38,8	49	100,0
Городская поликлиника № 107	40	65,5	4	6,6	9	14,8	8	13,1	61	100,0
Городская поликлиника № 218	38	63,3	1	1,7	14	23,3	7	11,7	60	100,0
Итого	117	49,3	17	7,2	54	22,8	49	20,7	237	100,0

Среди вопросов при анкетировании изучалось мнение пациентов о том, как они оценивали организацию встреч руководства поликлиники с населением, при этом более половины респондентов (55,5%) ответили положительно, 36% - были не информированы об организации таких встреч и только 8,5% опрошенных выразили негативную оценку (рис. 6.6).

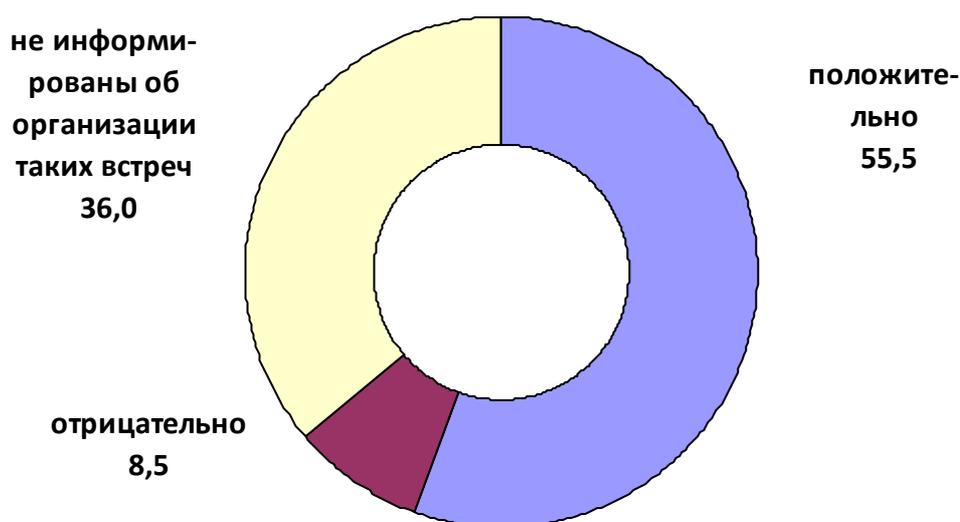


Рис. 6.6. Распределение респондентов при ответе на вопрос "Как Вы оцениваете организацию встреч руководства Вашей поликлиники с населением?" (в %)

Как показали результаты опроса, при оценке организации записи на прием к врачу с использованием "Электронной регистратуры" большинство опрошенных (73,7%) отмечали, что записаться на прием стало легче и быстрее, 19,9% - считали, что ничего не изменилось, 6,4% - стало сложнее (табл. 6.10).

Таблица 6.10

Как респонденты оценивают организацию записи на прием к врачу с использованием "Электронной регистратуры"

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов						Всего ответили на вопрос	
	Записаться на прием стало легче и быстрее		Ничего не изменилось		Записаться на прием стало сложнее			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	40	59,7	24	35,8	3	4,5	67	100,0
Городская поли- клиника № 12	37	75,5	8	16,3	4	8,2	49	100,0
Городская поли- клиника № 107	46	76,7	8	13,3	6	10,0	60	100,0
Городская поли- клиника № 218	51	85,0	7	11,7	2	3,3	60	100,0
Итого	174	73,7	47	19,9	15	6,4	236	100,0

На одном из этапов исследования проведена оценка отношения к опрошенным медицинского персонала АПУ по балльной шкале (от 1 до 5 баллов). Выявлено, что 45,6% респондентов оценили отношение на 4 балла, 43% опрошенных - на 5 баллов, 11% - на 3 балла и только 0,4% - на 2 балла (табл. 6.11).

Таблица 6.11

Оценка отношения к опрошенным медицинскому персоналу
данного лечебного учреждения

Учреждение 2 уровня	Варианты ответов										Всего ответили на вопрос	
	1 балл		2 балла		3 балла		4 балла		5 баллов			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Диагностический центр № 5	-	-	-	-	9	13,4	46	68,7	12	17,9	67	100,0
Городская поликлиника № 12	-	-	1	2,0	8	16,3	23	47,0	17	34,7	49	100,0
Городская поликлиника № 107	-	-	-	-	8	13,1	18	29,5	35	57,4	61	100,0
Городская поликлиника № 218	-	-	-	-	1	1,7	21	35,0	38	63,3	60	100,0
Итого	-	-	1	0,4	26	11,0	108	45,6	102	43,0	237	100,0

Таким образом, уровень удовлетворенности респондентов результатами внедрения трехуровневой системы был изучен в отношении АПУ первого и второго уровня, по многим характеристикам отмечались положительные стороны, при этом наблюдался разброс мнений о доступности и организации медицинской помощи, что можно объяснить различиями в индивидуальных особенностях, обусловленных возрастным составом, социальным статусом, степенью тяжести заболеваний, что отражается на различных потребностях и ожиданиях пациентов. Это подчеркивает, что удовлетворенность организацией оказанной первичной медико-санитарной помощи с позиции потребителя является комплексным показателем, отражающим не только этапность медицинской результативности, но и свое мнение в отношении организационных, профессиональных, социальных аспектов деятельности АПУ.

Кроме того, приведенные данные могут также свидетельствовать о сохранении стереотипа мышления пациентов о том, что амбулаторно-поликлиническая помощь еще оказывается эффективно и в установленные сроки.

Изучение мнений пациентов и знания об их нуждах помогают руководству АПУ установить приоритеты, оценить возможности в изменении существующей ситуации, способствует разработке планов по улучшению, выбору соответствующих конкретных корректирующих мероприятий в обеспечении должного уровня качества процесса организации медицинской помощи, максимально удовлетворяющего потребителя.

Анализ результатов проведенного социологического исследования позволил выявить проблемы, касающиеся деятельности АПУ, и определить основные направления дальнейшего развития и совершенствования работы амбулаторных объединений СВАО г. Москвы.

В целом, исследование, проведенное с использованием социологического метода, является эффективным средством обратной связи между медицинским персоналом и пациентами, а их результаты служат основой для раз-

работки конкретных управленческих решений, способствующих повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи для населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сохранение и укрепление здоровья населения относится к числу приоритетных направлений государственной политики в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации, где особое место отводится системе здравоохранения, основной задачей которого на сегодняшний день является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи.

На протяжении более чем 20 последних лет отечественное здравоохранение находилось в состоянии реформирования. В течение этих лет происходила отладка отдельных звеньев и проблемных участков системы здравоохранения. Одно из них, без сомнения, важнейшее - наиболее массовая и общедоступная амбулаторно-поликлиническая помощь населению, от качества которой во многом зависит работа больничных учреждений, потребность в койках, эффективность использования больничных коек. Созданная накануне войны государственная система амбулаторно-поликлинической помощи с некоторыми изменениями практически просуществовала до наших дней.

Несмотря на то, что в России сложилась уникальная, по сравнению с другими странами, система оказания амбулаторно-поликлинической помощи, с годами в ней накопились проблемы, связанные с материально-техническим состоянием учреждений, уровнем подготовки медицинских кадров, качеством и культурой оказания медицинской помощи, резким падением престижа всей службы, особенно участкового врача и т.п., которые в той или иной мере решались. На сегодняшний день ключевыми проблемами системы здравоохранения г. Москвы, как и всей отрасли в целом, являются:

- устаревшая материально-техническая база и изношенность зданий медицинских учреждений;
- несоответствие большей части медицинских учреждений стандартам оснащения медицинским оборудованием;
- отсутствие должной преемственности между участковой терапевтической службой и врачами-специалистами;

- дефицит медицинских кадров первичного звена здравоохранения;
- низкая эффективность работы амбулаторного звена, недостаточная преемственность в работе амбулаторных и стационарных учреждений;
- фрагментарность информационного пространства и низкий уровень информационной открытости системы здравоохранения для ее участников;
- недостаточное урегулирование организационно-финансовых вопросов оказания медицинской помощи иногородним гражданам и лицам без гражданства;
- низкий уровень удовлетворенности граждан медицинской помощью.

Таким образом, в здравоохранении сложилась ситуация требовавшая реформирования организации предоставляемой населению медицинской помощи с целью повышения ее доступности и качества, эффективности использования ресурсов (материальных, финансовых, кадровых, информационных). Построение современной многоуровневой системы здравоохранения в настоящее время стало стратегическим направлением реформирования отрасли.

В 2011 г. в Москве было начато беспрецедентное по масштабу и финансовому обеспечению реформирование столичного здравоохранения, основной целью которого являлось обеспечение населения высококачественной и доступной медицинской помощью. На государственном уровне определены основные мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, индикаторы их реализации, которые включены в региональную программу модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации. Данные мероприятия включали следующие направления:

- обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь;
- предоставление амбулаторной медицинской помощи, в том числе врачами-специалистами, в соответствии со стандартами ее оказания, включая обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий;

- введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

Как отметила министр здравоохранения Вероника Скворцова, суть программы модернизации заключается в том, чтобы в течение двух лет каждый регион смог выстроить трехуровневую систему здравоохранения, фактически заново разработав стратегию движения больных в зависимости от профиля, остроты и тяжести заболевания. Правильное территориальное размещение ЛПУ разного уровня, их обновление и оснащение, а также выстраивание правильных связей между ними - это и есть важнейшая задача модернизации.

Многоуровневая система медицинской помощи в экономически развитых странах – это способ обслуживания населения в общественном секторе здравоохранения с использованием технологически ранжированной на уровне и методологически распределенной на последовательные периоды стандартизированной схемы лечения пациентов. Их применение позволяет на каждом из этапов обеспечить минимально необходимый объем медицинской, оздоровительной или реабилитационной помощи и при этом исключить использование лечебных ресурсов избыточного или недостаточного уровня. Формирование трехуровневой системы организации амбулаторно-поликлинической помощи в отечественном здравоохранении позволит приблизить к населению высокотехнологичные методы диагностики и лечения, усилить развитие системы профилактики социально-значимых заболеваний и расширить возможности реабилитации. Несомненно, становление трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической помощи будет корректироваться в соответствии с замечаниями и предложениями заинтересованных сторон. В этой связи актуальным становится проведение исследований по оценке эффективности реализации мероприятий новой организационной формы оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению на осно-

ве использования индикаторов их реализации, установленных нормативными правовыми документами.

Для оценки результатов реализации Государственной программы города Москвы предлагается использовать в качестве определяющих следующие индикаторы, которые являются основными для системы здравоохранения: смертность населения; удовлетворенность населения медицинской помощью; ожидаемая средняя продолжительность жизни; рождаемость, естественный прирост населения (для оценки медико-демографического благополучия субъекта Российской Федерации); смертность населения трудоспособного возраста.

В то же время, чтобы оценить эффективность внедрения трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 10.09.2012 г. № 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи» предложено использовать показатели оценки деятельности городской поликлиники, заболеваемости и смертности и иные показатели, характеризующие здоровье прикрепленного населения. В их числе показатели объема лечебно-профилактической работы в городской поликлинике - обеспеченность населения первичной медико-санитарной помощью, динамика посещений поликлиники и их структура; объемы и структура помощи на дому; показатели профилактической работы, обеспеченности населения медицинскими кадрами и др.

Следует отметить, что проведенный анализ нормативных правовых актов позволяет сделать вывод о высокой степени разработанности и детализации трехуровневой модели оказания первичной медико-санитарной помощи на правовом уровне. В то же время необходимо отметить наличие немалого количества опечаток и ошибок в текстах НПА, что свидетельствует о низком уровне юридической техники.

Нормативная база, разработанная на окружном уровне, не противоре-

чит федеральному и региональному законодательству, а также подзаконным ведомственным актам. Как правило, нормативные правовые акты органов местного самоуправления повторяют содержание актов высшей юридической силы, что говорит либо об отсутствии специфики, требующей дополнительной регламентации, либо о низком уровне правотворчества.

Среди пробелов правового регулирования, как на региональном, так и на местном уровне можно отметить отсутствие конкретного алгоритма действий для ситуаций, когда гражданин желает воспользоваться своим правом на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации. В любом случае качество и доступность медицинской помощи должны оцениваться не по разработанности нормативной правовой базы, а по удовлетворенности потребностей получателей медицинских услуг.

В настоящем исследовании представлены результаты функционирования трехуровневой системы в 2013 г. - переходном от начального этапа формирования трехуровневой системы к основному в сравнении с предшествующим периодом – 2009 – 2012 гг. В этой связи нами использованы в качестве индикаторов динамика объемных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений округа, штатного обеспечения, диспансерной работы, удовлетворенности пациентов и др.

Для эффективной реализации Программы модернизации здравоохранения помимо потребности в значительных финансовых и технических ресурсах, необходимы новые кадры, научная концепция и стратегия дальнейших реформ, громадная организационная работа на федеральном, региональном и местном уровнях, современное информационное обеспечение здравоохранения и мониторинг продвижения к поставленным целям. Одной из главных задач проводимых преобразований - обеспечение кадрами первичного медико-санитарного звена.

Анализ статистических данных свидетельствует, что за пятилетний период – 2009–2013 гг. укомплектованность штатов АПУ округа врачом

персоналом снизилась с 86,4% до 79,9% к 2012 г. и несколько возросла в 2013 г. - до 82,0% так и не достигнув уровня 2009 г. Наблюдается тенденция последовательного ежегодного снижения укомплектованности штатов врачей-терапевтов участковых за этот же период - с 95,5% до 85,2%.

Сохраняется недоукомплектованность штатов амбулаторно-поликлинических учреждений средним медицинским персоналом: в 2012 и 2013 гг. составив лишь 71,0% и 74,0% соответственно, что ниже, чем в предыдущих периодах, когда уровень укомплектованности держался в пределах 83,7 - 81,8%.

Отчетливых тенденций в отношении уровня укомплектованности штатов врачей-специалистов за изучаемый период не выявлено – по отдельным специальностям наблюдается снижение, по другим – повышение, т.е. дисбаланс с кадровым наполнением штатов врачебного персонала. По большинству врачебных специальностей сохраняется недостаточный уровень кадрового обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений округа, что не может не сказываться негативным образом на уровне доступности медицинской помощи для населения.

Если за пятилетний период наблюдались колебания показателей обеспеченности населения врачами, то, как видно из таблицы, за последние три года отмечалась отчетливая тенденция снижения уровня обеспеченности населения врачами, как по занятым должностям, так и по числу физических лиц, темпы снижения составили 14,1% и 13,1%.

Таким образом, в амбулаторных учреждениях сохраняется кадровый дефицит как в отношении врачебного, так и среднего медицинского персонала, особенно ощутимое снижение кадровой обеспеченности населения отмечается за последние три года, наблюдается также кадровый дисбаланс в штатах врачей-специалистов.

Процессом обучения охвачены как врачи, так и средний медицинский персонал. Однако квалификационную категорию в 2009-2011 гг. имели более половины врачебного персонала и менее половины – в последующие годы.

При этом, если в 2009-2011 гг. высшую категорию имели 37,9-40,0% врачей, то за последние два года их стало менее трети, уменьшилось число врачей с первой категорией с 12% до 8,3%, но почти вдвое больше стало врачей со второй квалификационной категорией, что может свидетельствовать об обновлении (омоложении) кадров. Уровень профессиональной квалификации средних медицинских работников также имел тенденцию к снижению.

Обеспеченность населения врачами-терапевтами участковыми снизилась с 3,9 в 2010 г. до 3,4 на 10 тыс. населения в 2012 и 2013 гг., т.е. на 12,8%, почти настолько же (12,6%) возросла и численность взрослого населения округа за этот период.

Практически каждый четвертый участковый терапевт ежегодно проходит обучение, преимущественно повышение квалификации, переподготовку ежегодно проходит, в среднем, 6% терапевтов, хотя в 2009 г. таковых было вдвое больше – 11,5%. Опыт работы у большинства участковых терапевтов (52,0 – 55,9%) составляет 10 лет и более, у трети – 5-9 лет, доля врачей со стажем работы от одного до четырех лет в 2009 г. составляла 15,2%, в последующие два года она уменьшилась до 11,4 – 11,3% и в 2012 – 2013 гг. возросла до 12,8 – 12,9% соответственно. Таким образом, подавляющее большинство врачей-терапевтов участковых (87%), обеспечивающих лечебно-профилактическую помощь взрослому населению на первом уровне трех-уровневой системы оказания амбулаторной медицинской помощи, являются опытными и квалифицированными работниками.

Анализ объемов деятельности АПУ округа за пятилетний период по числу врачебных посещений выявил их колебания в различные временные периоды. В структуре врачебных посещений подавляющее большинство составляли посещения по поводу заболевания, доля которых колебалась в изучаемом периоде от 85,3% до 92,0%, однако доля профилактических снизилась – с 14,2% в 2009 г. до 8,0% в 2012 г.

Ситуация кардинально изменилась в 2013 г., когда удельный вес посещений с профилактической целью возрос почти вдвое, составив 14,7% и пре-

высив уровень 2009 г. Наблюдалось колебание объемов врачебных посещений по поводу заболеваний: В целом за пятилетний период объем посещений в связи с заболеванием снизился на 2,1%, хотя отчетливой тенденции по этому виду посещений выявить не удалось.

Как следует из анализа объемов посещений с профилактической целью, основным звеном, обеспечивающим организацию и проведение профилактической работы, является врач-терапевт участковый. На наш взгляд, четкий учет данного вида деятельности по врачам других специальностей не налажен.

В структуре посещений больных на дому в подавляющем большинстве случаев (более 80%) являются вызовы врача поликлиники по поводу заболевания. Однако в последние годы получают развитие активные посещения больных, патронажные посещения, а с открытием отделений неотложной медицинской помощи для взрослого населения в АПУ первого уровня - и посещения в связи с неотложным состоянием.

Проведенный анализ всех видов посещений пациентов на дому показал возрастание объемов активных посещений за 5-летний период с 122 287 в 2009 г. до 210 223, т.е. почти вдвое (1,7 раза), как и патронажных, число которых в 2013 г. возросло в 7,1 раза – с 5992 до 42 696. Организация отделений неотложной медицинской помощи и увеличение объемов этого вида помощи взрослому населению с 29 128 в 2010 г. до 97 853 посещений – в 2013 г. (в 3,4 раза), а в расчете на одного жителя – с 0,03 до 0,09 демонстрируют востребованность данного вида помощи взрослым населением округа. Таким образом, в качестве положительного момента следует отметить существенный рост доли активных и патронажных посещений в структуре посещений пациентов на дому.

В целом, за 2011-2013 гг. кратность всех врачебных посещений возросла с 11,0 до 11,7 на одного жителя - на 6,4%.

В связи с выходом нормативно-методических документов последних лет, регламентирующих порядок проведения диспансеризации и профилак-

тических медицинских осмотров, следует отметить существенное повышение объемов профилактической деятельности первичного звена оказания медицинской помощи. Объемы профилактических медицинских осмотров возросли с 2009 г. к 2011 г. почти вдвое (1,9) и после некоторого снижения в 2012 г. вновь повысились до 6119 человек в год, что выше уровня 2009 г. почти вдвое (1,9).

В 2013 г. количество граждан определенных возрастных категорий, прошедших диспансеризацию, составило 243 143 человек, что в семь и более раз превысило уровни предыдущих лет. Распределение граждан, прошедших профосмотры и диспансеризацию по группам здоровья, свидетельствуют о тенденции к снижению удельного веса здорового населения (1 группа здоровья) – с 32,6% – 33,1% до 22,4%, а также лиц, имеющих хронические заболевания (3 группа) – с 58,3% до 51,2%, повышению доли граждан, имеющих факторы риска развития хронических заболеваний (2 группа), с 9,1% до 26,4%. Согласно разработанной маршрутизации пациенты с установленными 1 или 2 группами здоровья направляются в центр здоровья для разработки оздоровительных программ, участия в работе школ здоровья. Пациенты с установленной 3 группой здоровья подлежат диспансерному наблюдению участковыми терапевтами или врачами-специалистами по профилю заболевания.

Анализ деятельности центров здоровья за 2012 и 2013 гг. свидетельствует об увеличении количества граждан, прошедших комплексное обследование в центрах здоровья, с 37570 до 55428 – на 47,5%. Возросло число лиц, обученных основам здорового образа жизни на 83,5% - с 41 183 до 75 582, повысилось количество пациентов, обученных в «школах», в целом, на 3,0% за два года, но в школе для больных сахарным диабетом их число возросло на 38,4% - с 1777 до 2460, для больных бронхиальной астмой – на 17,2% - с 1728 до 2026, для больных с артериальной гипертонией – на 4,8% - с 12495 до 13101.

Представляет интерес количество граждан, заболевания у которых были впервые выявлены при медицинских осмотрах, диспансеризации. Удельный вес данного контингента в общем количестве впервые выявленных больных незначительный и колеблется в 2009–2012 гг. – от 0,16 до 0,25%, однако в 2013 г. возрастает до 1,8%, т.е. почти вдвое по сравнению с 2009 г., что свидетельствует о повышении качества проведения профилактических медицинских осмотров и диспансерной работы. Повышение вклада профилактических мероприятий в улучшение первичной диагностики, скорее всего, является результатом использования новых организационных технологий и диагностических возможностей, обусловленных улучшением материально-технического оснащения АПУ по программе модернизации здравоохранения.

Существенно возрастает и удельный вес пациентов, вновь взятых под наблюдение – с 38,6% до 58,1% - в 1,5 раза, что также может свидетельствовать о повышении качества диспансерного наблюдения. Возрастают и показатели полноты охвата диспансеризацией зарегистрированных больных - с 18,1% до 21,4%, а также показатели охвата взрослого населения диспансерным наблюдением – с 243,2 до 275,1 на 1000 населения. Все эти показатели свидетельствуют о смещении акцентов в оказании амбулаторно-поликлинической помощи в сторону усиления профилактики заболеваний и внушают определенный оптимизм.

Анализ динамики объемов диагностических исследований, проводимых в АПУ взрослому населению, свидетельствует о существенном их росте. Число рентгенологических исследований в расчете на 100 посещений увеличилось в 2,6 раза: с 4,3 в 2009 г. до 11,0 – в 2013 г., при этом компьютерные томографии до 2012 г. не проводились совсем, а в 2013 г. они составили 13,2 на 100 посещений.

Объемы ультразвуковых исследований (УЗИ) возросли с 11,3 в 2009 г. до 13,2 – в 2013 г. (на 16,8%), из них УЗИ сердечно-сосудистой системы – с 3,4 до 4,2 (на 23,5%), в том числе доплеровское исследование сосудов - с 2,8 до 3,3 (на 17,8%), а эхокардиография – с 0,6 до 1,1 (почти вдвое – 1,8), в 6 раз

(5,8) возросли объемы УЗИ мочеполовой системы, на 24,1% - функциональная диагностика.

Обращает на себя внимание отсутствие проведения магнитно-резонансных томографий (МРТ) в 2009–2012 гг., но уже в 2013 г. их количество составило 854 МРТ. Таким образом, существенное увеличение объемов и спектра диагностических исследований, повышения их доступности расширяют возможности выявления заболеваний, в том числе скрытой патологии, что способствуют повышению качества оказания первичной медико-санитарной помощи, улучшению состояния здоровья населения.

Одной из основных составляющих системы информационного обеспечения здравоохранения являются государственная статистическая документация, разработка которой предполагает единые методики формирования и использования показателей для каждого уровня управления здравоохранением.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (далее – Программа) введены изменения планово-нормативного показателя объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. Установлено, что в амбулаторных условиях единицами объема медицинской помощи являются: посещение с профилактической целью; посещение в связи с оказанием паллиативной помощи; в связи с оказанием неотложной помощи; а также обращение в связи с заболеванием. В информационных материалах Минздрава указано, что медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, которые включают посещение центра здоровья; в связи с диспансеризацией определенных групп населения; диспансерным наблюдением; профилактическим осмотром, посещения средних медицинских работников, ведущих самостоятельный прием, посещений с иными целями, к которым отнесены разовые посещения по поводу заболевания, связанные с диагностическим обследованием направлением на консуль-

тацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов.

Надо сказать, что подобная дифференциация единиц объема медицинской помощи и видов посещений, подлежащих отдельному учету, введена впервые и возможность ведения такого учета в рамках действующей в ЛПУ учетно-отчетной документации вызывает определенные сомнения.

Трудности практического использования в статистике новых требований учета заключаются, прежде всего, в отсутствии надлежащего методического обеспечения, содержащих правила сбора и учета новой информации, соответствующих форм учетно-отчетной документации, а также четких дефиниций каждого из учитываемых параметров для исключения их неоднозначного толкования, что снижает достоверность первичной информации. Кроме того, определяется необходимость разработки унифицированных форм учетных и отчетных документов для дифференцированной оценки объемов и структуры деятельности подразделений по уровням оказания амбулаторной помощи с целью контроля объемов лечебной и профилактической работы подразделений 1-го уровня, потребности в услугах второго и третьего уровней.

Результаты экономической оценки внедрения трехуровневой системы в деятельность АПУ, обслуживающих взрослое население Северо-Восточного административного округа выявили существенные диспропорции в плановой и фактической нагрузке на одну врачебную должность по ряду «узких» специалистов. Значительное превышение фактической нагрузки над плановой наблюдалось у эндокринологов, гематологов, кардиологов и неврологов, что может свидетельствовать о недостаточной доступности и качестве оказания медицинской помощи взрослому населению. Выявленные диспропорции свидетельствуют о необходимости разработки нормативов по труду, адаптированных к новым условиям функционирования медицинской организации.

В структуре финансирования по уровням новой системы амбулаторно-поликлинической службы за счет государственных источников

финансирования больше всего средств расходуется на организацию деятельности городских поликлиник, являющихся филиалами амбулаторных объединений, то есть первого уровня. Одновременно наблюдалась тенденция повышения финансирования за счет средств ОМС по сравнению с бюджетным финансированием.

Основным источником финансового обеспечения амбулаторно-поликлинических объединений, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в Северо-восточном административном округе в 2013 году, явилось финансирование из государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования, которое составило 53,7% от общей суммы финансирования, за счет средств бюджета – 30,7%. В сравнении с аналогичными показателями 2012 года наблюдалось снижение доли финансовых средств в общей структуре финансирования за счет средств бюджета, существенно увеличилась доля доходов, поступающих от Федерального фонда ОМС и территориального фонда ОМС г. Москвы, при этом наблюдался незначительный рост доходов от платных медицинских услуг.

В структуре расходования средств амбулаторных центров за счет бюджета наибольший удельный вес заняли следующие статьи: заработная плата врачебного персонала, заработная плата среднего медицинского персонала, начисления на оплату труда; наименьший удельный вес составили медицинские расходы, командировки и служебные разъезды, транспортные услуги, коммунальные услуги, расходы на приобретение медицинского оборудования. Изучение динамики изменения показателей использования финансового обеспечения амбулаторных объединений СВАО г. Москвы показало, что в целом в структуре расходования средств, независимо от вида финансирования, наибольший удельный вес имели статьи, связанные с оплатой труда. Наибольшая сумма доходов амбулаторного объединения приходится на долю ОМС, доля средств бюджетного финансирования снижается. Соотношение между финансированием за счет государственных источников финансирования и доходами от платных медицинских услуг в амбулаторном объединении

было в пользу первых: удельный вес доходов от платных медицинских услуг мало менялся и составлял от 1,0 до 0,6%. Эти данные свидетельствуют о том, что для оказания амбулаторно-поликлинической помощи наряду с государственными источниками финансирования, амбулаторные объединения вынуждены осуществлять платные медицинские услуги.

Основные статьи расходования средств амбулаторного объединения за счет финансирования по территориальной программе ОМС в 2013 году включали:

- расходы, связанные с оплатой труда сотрудников, составили 64,9%, в том числе заработная плата врачей (доля составляет 30,6%), заработная плата среднего медицинского персонала – 26,7 %, заработная плата административно-управленческого персонала – 1,3%, заработная плата хозяйственно-обслуживающего персонала – 6,4%;

- начисления на оплату труда – 14,9 %;

- расходы на приобретение материальных запасов – 12,4%;

- транспортные услуги – 3,4 %

- прочие – 4,4%.

В целом, в структуре использования финансового обеспечения деятельности амбулаторного объединения за счет средств от приносящей доход деятельности, в том числе от платных медицинских услуг, определено, что доля средств, выделяемых на заработную плату врачебного персонала, составила 21,2 %, на заработную плату среднего медицинского персонала – 11,1%, на приобретение материальных запасов – 30,7%.

В структуре расходования средств за счет бюджетного финансирования расходы по фонду оплаты труда составили 49,8%, в том числе 24,8 % на долю заработной платы врачей, 19,8% - на долю заработной платы среднего медицинского персонала, 4,8% - на долю хозяйственного персонала; начисления на оплату труда – 12%, на приобретение материальных запасов – 37%.

Для обоснования потребности в денежных средствах, используемых на оплату труда персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, в том

числе объединений, особенно на примере амбулаторного объединения № 218 проведен анализ структуры фонда заработной платы с учетом планового числа штатных должностей и среднего размера должностных окладов за 2011-2013гг.

Сравнительный анализ плановых и фактических показателей фонда заработной платы показал, что увеличилось финансирование на оплату труда всем категориям персонала. При исчислении абсолютного отклонения значимыми факторами, влияющими на величину отклонения, явились количество штатных должностей и уровень средней заработной платы. В первую очередь, проведена оценка изменений общего размера основного оклада по категориям персонала амбулаторного объединения № 218. Для врачебного персонала основной средний месячный оклад увеличился в 2013 году на 11,5% по сравнению с 2011 г., для среднего и младшего медицинского персонала – соответственно на 12,1% и на 49,0% по сравнению с 2011 г., по прочему персоналу – на 16%.

Таким образом, можно сделать следующие выводы о полноте и эффективности расходования фонда зарплаты:

- наблюдаемый абсолютный прирост фонда оплаты труда стал следствием увеличения размера государственного финансирования амбулаторных объединений;

- значительное влияние на размер среднего основного оклада оказало изменение структуры персонала в связи с внедрением новой трехуровневой системы.

Полученные результаты дают основание полагать, что при обеспечении АПУ государственными источниками финансирования в условиях внедрения трехуровневой системы следует в полной мере учитывать фактическую потребность населения в первичной медико-санитарной помощи.

В условиях перехода на новую систему финансирования проведенный анализ показал, что имеющая потребность в средствах не покрывается полностью за счет государственных источников финансирования и даже за счет

доходов от приносящей доход деятельности, в т.ч. от платных медицинских услуг, поэтому можно говорить, что для повышения эффективности деятельности амбулаторных объединений следует проводить мониторинг использования бюджетных средств и выполнения плановых объемов платных медицинских услуг.

Результаты проведенного анализа свидетельствуют, что в условиях перехода на новую систему финансирования имеющаяся потребность в средствах не покрывается полностью за счет государственных источников финансирования и даже за счет доходов от платных медицинских услуг, в этой связи для повышения эффективности деятельности амбулаторных объединений следует проводить мониторинг использования бюджетных средств и выполнения плановых объемов платных медицинских услуг. Конечно, недопустимо, чтобы при росте объемных показателей, соответственно, уменьшилось финансирование за счет средств бюджета и ОМС.

В целях дальнейшего совершенствования деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях перехода на новую трехуровневую систему в столичном регионе необходимо:

- 1) шире использовать проведение хронометражных наблюдений с целью совершенствования планирования деятельности амбулаторных объединений и повышения качества оказания амбулаторно-поликлинической помощи;

- 2) сбалансировать стоимостные показатели с учетом реальной структуры финансирования и расходования средств амбулаторных объединений на оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

- 3) проводить оценку фактических объемных и стоимостных показателей по профилям в разрезе отдельных специальностей.

Социологическое изучение результатов внедрения трехуровневой системы в деятельность амбулаторно-поликлинических объединений СВАО г. Москвы показала значительный разброс мнений пациентов о доступности и качестве организации медицинской помощи, что отражает индивидуальные

особенности, обусловленные возрастным составом, социальным статусом, степенью тяжести заболеваний, что отражается на различных потребностях и ожиданиях пациентов. Тем не менее, более половины респондентов высказали положительное отношение к произошедшим переменам, чуть более трети не заметили перемен, негативное отношение выразили 11%.

Таким образом, углубленное изучение процесса практической реализации мероприятий Программы модернизации столичного здравоохранения позволило выявить имеющиеся проблемы и рекомендовать возможные пути их решения.

ВЫВОДЫ

1. Анализ источников литературы и объективная реальность свидетельствуют, что в отечественном здравоохранении сложилась ситуация требующая продолжения реформирования организации предоставляемой населению медицинской помощи с целью повышения ее доступности и качества, эффективности использования ресурсов (материальных, финансовых, кадровых, информационных). В настоящее время стратегическим направлением реформирования отрасли стало построение современной многоуровневой системы здравоохранения.

2. Анализ законодательной и нормативной правовой базы позволяет сделать вывод о высокой степени разработанности и детализации трехуровневой модели оказания первичной медико-санитарной помощи на правовом уровне. В то же время необходимо отметить наличие немалого количества опечаток и ошибок в текстах НПА, что свидетельствует о низком уровне юридической техники. Среди пробелов правового регулирования как на региональном, так и на местном уровне можно отметить отсутствие конкретного алгоритма действий для ситуаций, когда гражданин желает воспользоваться своим правом на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации, что является одним из критериев доступности медицинской помощи.

3. Анализ кадровой ситуации в амбулаторно-поликлинических учреждениях СВАО г. Москвы в динамике за пятилетний период выявил, что показатели уровня укомплектованности штатов АПУ округа врачебным персоналом имели тенденцию к снижению с 86,4% в 2009 г. до 79,9% к 2012 г. и некоторый рост наблюдался лишь в 2013 г. - до 82,0%, что ниже уровня 2009 г. Наблюдается устойчивая тенденция ежегодного снижения укомплектованности штатов врачей-терапевтов участковых за этот же период - с 95,5% до 85,2%. По большинству врачебных специальностей также сохраняется недо-

статочный уровень кадрового обеспечения, что не может не сказываться негативным образом на уровне доступности медицинской помощи для населения. Сохраняется низкая укомплектованность штатов амбулаторно-поликлинических учреждений средним медицинским персоналом: в 2012 и 2013 гг. она составляла лишь 71,0% и 74,0% соответственно, что ниже, чем в предыдущих периодах, когда уровень укомплектованности держался в пределах 83,7 - 81,8%. Таким образом, в амбулаторных учреждениях сохраняется кадровый дефицит как в отношении врачебного, так и среднего медицинского персонала, наблюдается также кадровый дисбаланс в штатах врачей-специалистов, что существенно затрудняет реализацию главной цели проводимой реформы – повышение качества и доступности медицинской помощи.

4. Уровень профессиональной квалификации врачебного персонала и средних медицинских работников имеет тенденцию к снижению: наблюдалось увеличение удельного веса работников со второй квалификационной категорией и снижение – с высшей и первой, что может свидетельствовать об обновлении (омоложении) врачебных кадров. В то же время подавляющее большинство врачей-терапевтов участковых (87%), являются опытными и квалифицированными работниками, со стажем профессиональной деятельности в большинстве своем более пяти лет.

5. В структуре врачебных посещений подавляющее большинство составляли посещения по поводу заболевания, доля которых колебалась в изучаемом периоде от 85,3% до 92,0%. В целом, за пятилетний период объем посещений в связи с заболеванием снизился на 2,1%, хотя устойчивой тенденции по этому виду посещений выявить не удалось. Объемы посещений с профилактической целью последовательно снижались, однако в 2013 г. их резкий рост по отношению к 2012 г. – на 91,0% (почти вдвое - 1,9). Данный факт обусловлен изменением правил учета объемов медицинской помощи в амбулаторных учреждениях в 2013 г. в соответствии с требованиями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и

2015 годов, в частности, «переводом» посещений в связи с диспансеризацией из лечебно-диагностических (по поводу заболевания), как было в предыдущие годы, в профилактические.

6. Основной объем профилактических посещений выполняет врач-терапевт участковый, на которого в последние три года приходится наибольшая доля посещений данного вида и их объем имеет тенденцию к росту, в отличие от врачей других специальностей.

7. В структуре посещений больных на дому подавляющее большинство (более 80%) составляют вызовы врача поликлиники по поводу заболевания. Однако в последние годы получают развитие активные посещения больных, патронажные посещения, а с открытием отделений неотложной медицинской помощи для взрослого населения в АПУ первого уровня - и посещения в связи с неотложным состоянием. Существенный рост доли активных и патронажных посещений в структуре посещений пациентов на дому является позитивной тенденцией. В целом, кратность врачебных посещений за 2011-2013 гг. возросла с 11,0 до 11,7 на одного жителя - на 6,4%.

8. Объемы профилактических медицинских осмотров возросли за пятилетний период почти вдвое (1,9). Число граждан определенных возрастных категорий, прошедших диспансеризацию в 2013 г., составило 243 143 человек, что в семь и более раз превысило уровни предыдущих лет. Распределение граждан, прошедших профосмотры и диспансеризацию по группам здоровья, свидетельствуют о тенденции к снижению удельного веса здорового населения (1 группа здоровья) – с 32,6% – 33,1% до 22,4%, а также лиц, имеющих хронические заболевания (3 группа), – с 58,3% до 51,2%, повышению доли выявляемости лиц, имеющих факторы риска развития хронических заболеваний (2 группа), с 9,1% до 26,4% (почти втрое).

9. Анализ деятельности центров здоровья за 2012 и 2013 гг. свидетельствует об увеличении количества граждан, прошедших комплексное обследование в этих организациях, на 47,5%. Возросло число лиц, обученных ос-

новам здорового образа жизни на 83,5%, повысилось количество пациентов, обученных в «школах», в целом, на 3,0% за два года.

10. Наблюдается увеличение числа пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни при обращении в АПУ за последние два года (на 2,1%), а также граждан, заболевания у которых были впервые выявлены при медицинских осмотрах, диспансеризации – почти вдвое по сравнению с 2009 г., что свидетельствует о повышении качества профилактической работы. Повышение вклада профилактических мероприятий в улучшение первичной диагностики, скорее всего, является результатом использования новых организационных технологий и диагностических возможностей, обусловленных улучшением материально-технического оснащения АПУ по программе модернизации здравоохранения. Возрастают и показатели полноты охвата диспансеризацией зарегистрированных больных - с 18,1% до 21,4%, а также показатели охвата взрослого населения диспансерным наблюдением – с 243,2 до 275,1 на 1000 населения. Все эти показатели свидетельствуют о смещении акцентов в оказании амбулаторно-поликлинической помощи в сторону усиления профилактики заболеваний и внушают определенный оптимизм.

11. Наблюдается ощутимый рост объемов диагностических исследований, проводимых в АПУ округа взрослому населению: число рентгенологических исследований в расчете на 100 посещений увеличилось в 2,6 раза за 5 лет, в том числе с 2013 г. появились компьютерные томографии, которых ранее не было в АПУ, повысились объемы и спектр ультразвуковых исследований, стали проводиться магнитно-резонансные томографии - уже в 2013 г. проведено 854 МРТ. Все это отражает повышение доступности диагностических исследований, существенное увеличение их объемов и спектра, что расширяет возможности выявления заболеваний, в том числе скрытой патологии, и способствует повышению качества оказания первичной медико-санитарной помощи, улучшению состояния здоровья населения.

12. В структуре финансового обеспечения АПУ наблюдалась тенденция повышения финансирования за счет средств ОМС по сравнению с бюд-

жетным финансированием. Одновременно выявлено, что больше всего средств за счет государственных источников финансирования расходуется на организацию деятельности городских поликлиник, то есть первого уровня.

13. Уровень средней стоимости посещения в большей степени зависел от объема финансирования и в меньшей степени от объема услуг, поэтому необходимо сбалансировать стоимостные показатели с учетом реальной структуры финансирования и расходования средств амбулаторных объединений. В результате изменилась и структура расходов АПУ: во всех учреждениях увеличилась доля расходов на оплату труда персонала и снизились расходы на коммунальные услуги.

14. Вследствие увеличения размера государственного финансирования амбулаторных объединений наблюдался абсолютный прирост фонда оплаты труда, при этом значительное влияние на размер среднего основного оклада оказало изменение структуры персонала в связи с внедрением новой трехуровневой системы.

15. Социологическая оценка результатов внедрения трехуровневой системы в деятельность амбулаторно-поликлинических объединений СВАО г. Москвы показала, что изменения, произошедшие в организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению, не выявили негативного отношения к переменам более чем у половины (54,0%) респондентов, оценивших целесообразность подразделения поликлиник на уровни, отрицательное отношение выразили 11,1% респондентов и 34,9% не заметили изменений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

С целью повышения эффективности выполнения программы модернизации столичного здравоохранения необходимо:

1. Дальнейшее совершенствование нормативной правовой базы, обеспечивающей реализацию планируемых мероприятий, для чего Министерству здравоохранения РФ рекомендуется:

1.1. разработать и утвердить конкретный алгоритм действий для ситуаций, когда гражданин желает воспользоваться своим правом на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации:

1.2. разработать и утвердить четкие правила сбора и формирования сведений об объемах первичной медико-санитарной помощи в соответствии с требованиями ТПГГ и разъяснением приведенной в программе терминологии для исключения произвольной ее трактовки;

1.3 при разработке Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению РФ учитывать увеличение объемов медицинской помощи, оказываемой ЛПУ, обусловленное значительным расширением профилактической деятельности:

1.4 разработать и утвердить унифицированные формы учетных и отчетных документов, механизмы сбора и учета информации для дифференцированной оценки объемов и структуры деятельности подразделений по уровням оказания амбулаторной помощи с целью контроля объемов лечебной, диагностической и профилактической и других работ подразделений каждого уровня, оценке потребности в конкретных услугах второго и третьего уровней, что невозможно на основании действующей нормативной документации.

2. Изменения в показателях по амбулаторно-поликлинической помощи, представленные в новой Программе, требуют и соответствующей обеспеченности нормативами по труду.

3. В зависимости от имеющейся фактической потребности населения в первичной медико-санитарной помощи шире использовать проведение хронометражных наблюдений с целью совершенствования планирования деятельности АПУ и повышения качества оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

4. В условиях внедрения трехуровневой системы необходимо эффективно распределять финансовые ресурсы в здравоохранении с учетом использования инструментов государственного контроля и регулирования расходования средств АПУ.

5. Сохраняющийся кадровый дефицит медицинских работников амбулаторно-поликлинического звена создает предпосылки для снижения доступности и качества медицинской помощи и требует проведения активной планомерной кадровой политики.

6. Определяется целесообразность проведения постоянного социологического мониторинга, измеряющего отношение не только населения, но и медицинского персонала, и руководителей АПУ к происходящим изменениям в амбулаторно-поликлинической службе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаларова Л.С. Исследование медико-профилактических, организационно-технологических и социально-экономических аспектов деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010. – 47 с.
2. Алексеев В.А., Вартамян Ф.Е., Шурандина И.С. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения // Здравоохранение. – 2009. - № 11. – С. 57-67.
3. Баянова Н.А., Смирнова С.А. Проблемы кадровой политики в оказании амбулаторно-поликлинической помощи // Молодой ученый. – 2013. - № 8. - С. 133-134. www.ffb.ane.ru
4. Белостоцкий А.В., Волошина Л.В., Голобурдин С.М. и др. Социально-экономическая оценка организационных технологий в здравоохранении / Под ред. Р.У. Хабриева. – М., 2013. – 146 С.
5. Вахитов Ш.М., Блохина М.В., Мубарашкин Ф.Б., Запалдинов Р.С. Перспективы развития амбулаторно-поликлинической службы // Казанский медицинский журнал. – 2004. – Т. 85, № 1. – С. 64-67.
6. Вишневский В. Сбережение народа или депопуляция России? – М.: Изд. дом Государственного университета – Высшей школы экономики, 2010. – 82 с.
7. Вишнякова О.Н. Научное обоснование организационных технологий медицинской профилактики на уровне первичного звена здравоохранения. – М., 2008. – 24 с.
8. Гаджиев Р.С. Врач общей практики (семейный врач). – М.: Медицина, 2005. – 544 с.
9. Галкин Р.А., Павлов В.В., Кузнецов С.И. и др. Стационарозамещающие технологии: от «нового хозяйственного механизма» к обязательному медицинскому страхованию // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. 2000. Тематический вып. С. 38-40.

10. Голикова Т.А. О разработке и принятии региональных программ модернизации здравоохранения // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. - № 1(07). – С. 4-10.

11. Горбунков В.Я. Организационно-экономическое обоснование стационарозамещающих форм хирургической помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 48 с.

12. Горбунков В.Я. Организационно-экономическое обоснование стационарозамещающих форм хирургической помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 48 с.

13. Грачев А.Г. Научное обоснование реформирования ряда фельдшерско-акушерских пунктов в амбулатории семейного врача в современных условиях развития муниципального здравоохранения: Автореф. дис. ... кан. мед. наук. – М., 1998. – 24 с.

14. Гриднев О.В. К вопросу о реформировании амбулаторно-поликлинической службы в столичном здравоохранении // Медицинская реабилитация и курортология: Тез. Межд. конф., 13-14 июня 2013 г. в г. Марианские Лазны, Чехия проставить страницы. Сборник у О.В.Гриднева.

15. Гриднев О.В. К вопросу о совершенствовании деятельности амбулаторных центров в столичном регионе // Фундаментальные и прикладные исследования, разработка и применение высоких технологий в экономике, управлении проектами, педагогике, праве, культурологии, языкознании, природопользовании, биологии, зоологии, химии, политологии, психологии, медицине, филологии, философии, социологии, математике, технике, физике, информатике» 30-31 января 2014 г., г. С-Пб.: Сб. науч. ст. по итогам межд. научно-практич. конф. – СПб.: Изд-во «КультИнформПресс», 2014 - С. 55-56

16. Гриднев О.В. К вопросу о совершенствовании системы информационного обеспечения управления амбулаторно-поликлиническими учреждениями // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: Сб. науч. тр. - Нижний Новгород, 2013. - Вып. 6. - С. 71-73.

17.Гриднев О.В. Некоторые аспекты реализации программы модернизации здравоохранения в Москве // Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Мат. межд. научно-практ. конф., 8-9 апреля 2014 г. Москва // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2014. Вып. 1. С. 94-97.

18.Гриднев О.В. Нормативно-правовые аспекты модернизации здравоохранения в г. Москве // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: Сб. науч. тр. - Нижний Новгород, 2014. - Вып. VII. - С. 62-65.

19. Гриднев О.В. О совершенствовании амбулаторной помощи в Москве // Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Мат. межд. научно-практ. конф., 2013 г., Москва. // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2013. Вып. 1. С. 129-131.

20.Гриднев О.В. Основные направления реализации программы модернизации здравоохранения в Москве // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. - № – подана в марте 2014 в печати.

21.Гриднев О.В. Отдельные аспекты организации профилактической работы центров здоровья среди различных групп населения в Москве // Здравоохранение. – 2014. - № 1. – С. 36- 40.

22. Гриднев О.В. Отдельные организационно-экономические аспекты деятельности амбулаторного центра в столичном регионе // Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Мат. межд. научно-практ. конф., 8-9 апреля 2014 г. Москва // Бюлл. Нац. НИИ общественного здоровья РАМН. 2014. Вып. 2. С. 36-39.

23. Гриднев О.В. и др. Реформирование первичной медико-санитарной помощи в рамках программы модернизации здравоохранения в г. Москве // Заместитель главного врача. - 2014. - № 1. - С. 14-20.

24. Гриднев О.В. Абрамов А.Ю. Вопросы организации контроля эффективности работы трехуровневой системы первичной медико-санитарной

помощи населению города Москвы // Вестник Белгородского медицинского университета. – ГОД. – Т. , №. - С. 5-9. ГОД !!!

25. Гриднев О.В. Абрамов А.Ю. Основные направления повышения доступности первичной медико-санитарной помощи // Вестник Белгородского медицинского университета. - ГОД. - №. - С. 12-17. !!!

26. Гриднев О.В., Гаврисюк Е.В., Картавцева Л.Р., Ковалева В.В. Некоторые аспекты реализации программы модернизации здравоохранения в Москве // Заместитель главного врача. – 2014. - № 1(92). - С. 14-21.

27. Гриднев О.В., Головина С.М. Состояние некоторых реформаторских начинаний амбулаторно-поликлинической помощи в настоящее время // Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Мат. межд. научно-практ. конф. 8-9 апреля 2014 г., Москва // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2014. Вып 2. С. 40-42.

28. Гриднев О.В., Головина С.М. Этапы становления амбулаторно-поликлинической помощи в России и новые направления совершенствования // Здравоохранение. – 2014. - № 7. – С. Выйдет в № 7. Стр.

29. Гриднев О.В., Загоруйченко А.А. К вопросу о реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи населению в Москве // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. - № 4. – С. 36-37.

30. Гриднев О.В., Загоруйченко А.А. К вопросу о совершенствовании организации медицинской реабилитации в амбулаторных условиях в городе Москва // Медицинская реабилитация и курортология: Тез. межд. конф. 13-14 июня 2013 г. в г. Марианские Лазны, Чехия. проставить страницы. Сборник у О.В.Гриднева.

31. Гриднев О.В., Загоруйченко А.А.. Организационные аспекты межуровневого взаимодействия в поликлинической службе Москвы // Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Мат. межд. научно-практ. конф., 2013 г., Москва. // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2013. Вып. 1. С. 132-136.

32. Гриднев О.В., Загоруйченко А.А. Отдельные аспекты организации и финансового обеспечения деятельности амбулаторного объединения в Москве // Роль здравоохранения в охране общественного здоровья: Мат. межд. научно-практ. конф., 8-9 апреля 2014 г. Москва. // Бюлл. 2014. Вып. 1. С. 97-100.

33. Гриднев О.В., Загоруйченко А.А. Отдельные особенности совершенствования деятельности детских амбулаторно-поликлинических объединений в Москве. Подана в апреле 2014г. Казань, журнал «Практическая медицина».

34. Гринина О.В. Методика социально-гигиенического исследования семьи // Методические основы изучения здоровья населения. – М., 1998. – С.139-147.

35. Гришина Н.К. Совершенствование информационного обеспечения управления здравоохранением: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 47 с.

36. Гусева С.Д. Реформирование системы управления многопрофильной поликлиникой: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – х с.

37. Денисов И.Н., Иванов А.И. Врач общей практики (семейный врач) в системе первичной медико-санитарной помощи // Российский семейный врач. – 2000. - № 1. – С. 6-11.

38. Денисов И.Н., Кича Д.И., Белявский Б.Р., Фомина А.В. Организационно-методические основы общей врачебной (семейной) практики: Учебно-методические рекомендации – региональный подход. – Москва-Ханты-Мансийск, 2008. – 34 с.

39. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью (исполнительное резюме). – Женева: ВЦЗ, 2010. – 129 с. who.int

40. Дьячкова А.С. Особенности организации первичной специализированной помощи в мегаполисе // Организация лечебно-профилактической

помощи населению и вызовы глобализации: Мат. междунар. научно-практ. конф. Москва, 24 октября 2012. – М., 2012. – С. 208-211.

41. Дьячкова А.С. Развитие первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях России // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Мат. междунар. симпозиума // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. Тематич. вып. С. 62-64.

42. Дюкарева А.М. Технология научного обоснования проблемы «поликлиника»: оптимизация модели // Программы и методики комплексных социально-гигиенических исследований: Учебное пособие. Том 2. – Москва-Иваново, 2012. – С. 130-132.

43. Елманова Т.В., Кикиоть В.Н. Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне // ГлавВрач. – 2006. - N 7. – С. 10-12.

44. Жилыева Е.П., Заика Н.М. Модернизация: ее роль в развитии современного здравоохранения // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Мат. междунар. симпозиума // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. Тематич. вып. С. 73-75.

45. Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И. Дневные стационары (Стационары-замещающие формы организации оказания медицинской помощи населению): Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс, 2000. – 96 с.

46. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011 – 320 с.

47. Калининская А.А., Краснова М.М., Розова И.Н. и др. «Методические рекомендации по совершенствованию деятельности стационаров на дому, дневных стационаров в поликлинике, палат (отделений) дневного пребывания в больницах». Утв. Минздравом СССР 25.10.1988 г. // Степанов В.В. Организация работы дневного стационара: Сборник документов. – М.: МЦФЭР, 2001. – С. 58-69.

48. Кашин В.И., Кашина М.М., Кузнецова В.Н. Дневной стационар поликлиники как альтернатива больничной помощи // Бюлл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко: Мат. V научно-практ. конф. «Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения», 2000. С. 137-139.

49. Кича Д.И. Семейно-центрированный подход в социально-гигиенических исследованиях и организации медицинской помощи в 21 веке // Кучеренко В.З., Васильева Т.П., Денисов И.Н., Малышкина А.И. Программы и методики комплексных социально-гигиенических исследований: Учебное пособие. Том 1. – Москва – Иваново, 2012. – С. 155-170.

50. Кича Д.И., Фомина А.В. Концептуально-системный подход к реализации семейного принципа в первичной медико-социальной помощи // Кучеренко В.З., Васильева Т.П., Денисов И.Н., Малышкина А.И. Программы и методики комплексных социально-гигиенических исследований: Учебное пособие. Том 1. – Москва – Иваново, 2012. – С. 170-182.

51. Ключикова Е.А. Переход здравоохранения Калининградской области на подушевое одноканальное финансирование. Доклад министра здравоохранения Калининградской области на совещании федерального ФОМС 1 октября 2009 г.

52. Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. Проект Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г. Spruce.ru

53. Клюковкин К. С. Научное обоснование совершенствования организации, планирования и финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в крупном городе: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - СПб, 2009. – 46 с.

54. Ковалева В.В., Гриднев О.В. Исторические аспекты развития диспансеризации населения в России // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Мат. межд. симпозиума, ноябрь 2013 г., Москва //

Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2013. Тематич. вып. С. 108-110.

55. Козак В.С. К вопросу о реанимации амбулаторно-поликлинической помощи // Главный врач. – 2003. - № 6. – С. 38-40.

56. Конституция Российской Федерации // Собрание законодательства РФ. 26.01.2009. № 4. ст. 445.

57. Кораблев В.Н., Савкова В.М., Савков Д.С. Организационно-экономические и правовые аспекты модернизации здравоохранения в современных условиях. – Хабаровск, 2012. – 207 с.

58. Краткий исторический очерк развития амбулаторной помощи в России www.Grandars.ru

59. Кузенко П.И. Научное обоснование модели организации первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме на территориальном уровне (на примере г. Перми): Автореф. дис. – канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.

60. Кузенко П.И., Лебедева Т.М., Мелехова О.Б. и др. Совершенствование системы подготовки медицинских кадров – основа модернизации здравоохранения на муниципальном уровне // Повышение качества системы непрерывной подготовки специалистов в условиях модернизации здравоохранения: Мат. учебно-методической конф. – Пермь, 2012. – С. 45-50.

61. Кучеренко В.З., Васильева Т.П., Денисов И.Н., Малышкина А.И. Программы и методики комплексных социально-гигиенических исследований: Учебное пособие. Том 1. – Москва – Иваново: Издательство МИК, 2012. – 324 с.

62. Линденбратен А.Л., Гришина Н.К., Гриднев О.В. Принципы организации мониторинга основных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе оказания медицинской помощи. // Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: Мат. межд. научно-практ. конф. – М., 2012. - С. 222-226.

63. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
64. Лисицын Ю.П., Кравченко Н.А., Пузин С.Н. Общественное здоровье и здравоохранение (проблемы теории, истории, методологии предмета). Краткий курс: Пособие для студентов медицинских вузов и слушателей курсов усовершенствования. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2006. – 328 с.
65. Логинова Е.А., Дерябина В.Л., Копыт Н.Я. и др. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Т. 2. / Под ред. Ю.П. Лисицына. – М.: Медицина, 1987. – 464 с.
66. Магаев К.А. К вопросу о совершенствовании деятельности муниципальной поликлиники в современных условиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. - № 3. – С. 47-49.
67. Медик В.А. Первичная медико-санитарная помощь // Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 264-275.
68. Мекшун Е. Новая система медицинской помощи потребует доработки // Фармацевтический вестник. pharmvestnik.ru
69. Миргородская О.В. Научный анализ состояния и деятельности внебольничной помощи в РФ и основные направления ее совершенствования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. - 24 с.
70. Модернизация амбулаторно-поликлинического звена: юриц станет меньше, медуслуг – больше. moscowcityduma
71. Никогосян Г.А. Научно-организационные принципы и эффективность регионального диагностического центра: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1990. – 38 с.
72. Новожилов А.В. Научное обоснование выбора индикаторов мониторинга программ (на примере программ предупреждения распространения вируса иммунодефицита человека): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 27 с.

73. О ходе реорганизации программы модернизации амбулаторно-поликлинического звена в городе Москве. [moscowcityduma](http://moscowcityduma.ru)

74. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с.

75. Организация системы здравоохранения в странах СНГ // Вестник Росздравнадзора. – 2010. - № 6. – С. 34-39. (по материалам доклада «О состоянии здоровья населения, организации системы здравоохранения в странах СНГ», подготовленном Всеобщей конфедерации профсоюзов совместно с Международным статистическим комитетом СНГ 2009 г.).

76. «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 г.». Утверждены Постановлением ЦК КПСС, Совмина СССР от 19.11.1987 г.

77. «Основные направления государственного регулирования развития здравоохранения на 2000-2010 гг.».

78. Оценка организационной модели первичной помощи в Российской Федерации – Пилотный проект на основе обследования в двух районах Московской области. – ЕРБ ВОЗ, 2009. – 83 с.

79. Паскаль А.В. Актуальные проблемы охраны здоровья населения Саратовской области на муниципальном уровне // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. - № 3. – С. 50-52.

80. Первичная медико-санитарная помощь. Grandars.ru

81. Первичная медико-санитарная помощь. Взрослые: Методичка // Форум по медицинскому праву: медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская экспертиза. «Здравоохранение и социальная защита в г. Москве» medzona-forum.ru

82. Петраков Б.Д. Амбулаторно-поликлиническая помощь // Краткая медицинская энциклопедия. – М.: Издательство "Советская Энциклопедия", издание второе, 1989, Москва. – С. 34-35. www.golkom.ru

83. Печатников Л. Наше здравоохранение находится в катастрофическом положении: интервью с заместителем мэра Москвы // Медицинское страхование в РФ. – 2013. - № 3. – С. 69-73.

84. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2005 № 26-МЗ.

85. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.12.2008 № 10407-ТГ.

86. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 20-2/10/1-8234

87. Плавунов Н.Ф. Научное обоснование концепции и организационно-технологического обеспечения развития системы диагностической службы крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. - 23 с.

88. Плутницкая Г.Н. научные основы штатного обеспечения гарантированного объема амбулаторно-поликлинической помощи гражданам Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.

89. Покровская Л.Н., Миндлин Я.С. Организация амбулаторно-поликлинической помощи взрослому городскому населению // Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Т 2. . / Под ред. Ю.П. Лисицына – М., 1987. – С.121-142.

90. Попович Л.Д., Потапчик Е.Г., Салахутдинова Е.В., Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. – 232 с.

91. Постановление Правительства РФ от 19.05.2007 г. № 296 «Об утверждении субъектов РФ, участвующих в реализации пилотного проекта «Здоровье», направленного на повышение здоровья населения».

92. Постановление Правительства РФ от 07.02.2011 г. № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» // Собрание за-

конодательства РФ. 14.02.2011. № 7. ст. 991.

93. Постановление Правительства РФ от 15.02.2011 г. № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования».

94. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 г. № 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» // Вестник Мэра и Правительства Москвы. № 59. 18.10.2011.

95. Постановления Правительства Москвы от 07.04.2011 г. № 114-ПП «О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2013 годы» (вместе с «Порядком расходования и доведения до получателей финансовых средств на осуществление мероприятий Программы модернизации»).

96. Постановление Правительства Москвы от 25.12.2012 г. № 799-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» // Вестник Мэра и Правительства Москвы. № 1. том 2. 03.01.2013.

97. Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении. – М.: НИИ «Высшая школа экономики», 2011. – 36 с.

98. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.01. 2012 г. № 38 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы».

99. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 05.03.2012 г. № 150 «Об организации направления жителей города Москвы в учрежде-

ния здравоохранения, участвующие в оказании высокотехнологичной медицинской помощи» // Документ опубликован не был. СПС КонсультантПлюс.

100. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.03.2012 г. № 153 «О режиме работы государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях» // Документ опубликован не был. СПС КонсультантПлюс.

101. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 05.05.2012 г. № 405 «О реорганизации Государственных бюджетных учреждений здравоохранения города Москвы: «Городская поликлиника № 107 Департамента здравоохранения города Москвы», «Городская поликлиника № 31 Департамента здравоохранения города Москвы», «Городская поликлиника № 48 Департамента здравоохранения города Москвы», «Городская поликлиника № 144 Департамента здравоохранения города Москвы», «Городская поликлиника № 165 Департамента здравоохранения города Москвы» // Документ опубликован не был. СПС КонсультантПлюс.

102. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.05.2012 г. № 494 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городе Москве».

103. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 10.09.2012 г. № 983 «Об утверждении методических рекомендаций по организации оказания взрослому населению города Москвы первичной медико-санитарной помощи» // Документ опубликован не был. СПС КонсультантПлюс.

104. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 13.11.2012 г. № 1273 « Об утверждении Методических рекомендаций по организации проведения социологических опросов по вопросу удовлетворенности населения г. Москвы медицинской помощью».

105. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 03.03.2014г. № 180 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 13.11.2012 г. № 1273».

106. Приказ Минздрава РСФСР от 18.08.1988 № 241 «Об организации медицинских диагностических центров».

107. Приказ Минздрава СССР от 23.08.1978 г. № 1000 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения».

108. Приказ Минздрава СССР от 23.09. 1981 г. № 1000 «О мерах по совершенствованию работы амбулаторно-поликлинических учреждений».

109. Приказ Минздрава СССР от 30.05.86 г. № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения».

110. Приказ МЗ СССР № 1278 от 16.12.87 «Об организации стационаров (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного пребывания в поликлиниках и стационарах на дому».

111. Приказ МЗ РФ от 17.12.97 г. № 374 « Концепция развития здравоохранения и медицинской науки».

112. Приказ Минздрава РФ от 09.12.99 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях»

113. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

114. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. № 52. 24.12.2012.

115. Проценский Б.М. Организационно-экономические механизмы совершенствования консультативно-диагностической помощи населению: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 24 с.

116. Прощенский Б.М., Головина С.М. Основные тенденции развития консультативно-диагностической помощи // Менеджер здравоохранения. – 2004. - № 4. – С. 17-21.

117. Проект Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года.

118. Развитие концепции первичной медико-санитарной помощи. narod.ru

119. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «О проведении в 2013 году диспансеризации взрослого населения в государственных учреждениях здравоохранения СВАО города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению»

120. Распоряжение ГКУ ДЗМ СВАО «О разработке порядка оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях СВАО в рамках трехуровневой системы».

121. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об утверждении графика оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению СВАО в 2013 году».

122. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об открытии кабинетов первичной профилактики инсультов в ЛПУ СВАО г. Москвы».

123. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об организации кабинетов по отказу от курения в «Центрах здоровья»».

124. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО от 17.10.12 № 283-р «О предоставлении приказов о врачебной комиссии ГБУЗ «ГП №12 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №107 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №218 ДЗМ», ГБУЗ «ДЦ №5 ДЗМ».

125. Положение ГКУ ДЗ СВАО «Об организации работы по ведению записи на прием к врачу в СУПП ЕМИАС в амбулаторно-поликлинических учреждениях СВАО города Москвы».

126. Распоряжение ГКУ ДЗ СВАО «Об организации направления жителей СВАО города Москвы в учреждения здравоохранения, участвующие в оказании высокотехнологичной медицинской помощи».

127. Распоряжение Правительства Москвы от 02.04.2013 г. № 178-РП «Об утверждении Плана мероприятий ("дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в городе Москве» // Документ опубликован не был. СПС Консультант Плюс.

128. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») // Собрание законодательства РФ. 24.11.2008. № 47. ст. 5489.

129. Распоряжение Правительства РФ от 27.12.2010 г. № 2396-р «Об утверждении распределения субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах» // Собрание законодательства РФ. 03.01.2011. № 1. ст. 263.

130. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»» // Собрание законодательства РФ. 31.12.2012. № 53 (ч. 2). ст. 8019.

131. Распоряжение Совета Министров РСФСР от 11 июля 1988 г. № 735-р № 241 «Об организации медицинских диагностических центров».

132. Реформирование первичной медико-санитарной помощи. Трехуровневая система организации оказания первичной медико-санитарной помощи. 2014 г. медулица. рф

133. Решетников А.В. Социология медицины: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 864 с.

134. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 800 с.

135. Ройтман М.П., Линденбратен А.Л. От нового хозяйственного механизма в здравоохранении к обязательному медицинскому страхованию //

Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. - № 1. – С. 30-36.

136. Ростовцева Н. Ю. Роль участковой терапевтической службы в повышении качества амбулаторно-поликлинической помощи населению: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Красноярск, 2004. – 45 с.

137. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Т 2. / Под ред. Ю.П. Лисицына – М., 1987. – 464 с.

138. Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Содержание организационно-экономических инноваций и их соответствие задачам повышения эффективности использования ресурсов // Попович Л.Д., Потапчик Е.Г., Салахутдинова Е.В., Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. – С. 11-40.

139. Серебренников В.А. Комплексная оценка деятельности многопрофильного диагностического центра. – Екатеринбург, 2001. – 259 с.

140. Серенко А.Ф., Ермаков В.В., Петраков Б.Д. Основы организации поликлинической помощи населению. – М.: Медицина, 1982. – 370 с.

141. Сквирская Г.П. Актуальные проблемы модернизации амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ // Заместитель главного врача. – 2012. - № 8. zdrav.ru

142. Сквирская Г.П., Ильченко И.Н., Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е. Структурно-организационная модель профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и специалистов: Практические рекомендации. – М., 2009. – 45 с.

143. Сквирская Г.П., Свещинский М.Л. Концептуальные подходы к развитию и совершенствованию медицинской диагностики в Российской Федерации // Здравоохранение. – 2010. - № 3. zdrav.ru

144. Скворцова В. Выступление на I Национальном съезде врачей РФ // Здравоохранение. – 2012. - № 11. – С. 112-125.

145. Слепнев А.А., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация системы здравоохранения, поиск решений // Менеджер здравоохранения. – 2004. - № 11. – С. 4-13.
146. Солодкий В.А., Перхов В.И., Стебунова Р.В. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние 20 лет // Менеджер здравоохранения. – 2012. - № 1. – С. 36-47.
147. Стародубов В.И. Прогноз развития систем здравоохранения Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2004. - № 2. – С. 4-10.
148. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Стационаро-замещающие формы организации медицинской помощи. - М.: ЦНИИОИЗ, 2001. – 212 с.
149. Стебенкова Л. Модернизация амбулаторно-поликлинического звена: юрлиц станет меньше, медуслуг – больше. moscowcityduma
150. Степанов В.В. Организация работы дневного стационара: Сборник документов. – М.: МЦФЭР, 2001. – 286 с.
151. Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2008. – 48 с.
152. Тищенко Е.М. К истории становления и развития амбулаторной помощи в Беларуси // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Мат. межд. симпозиума // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. Тематич. вып. С. 189-192.
153. Тришкин Д.В. Основные направления реформы здравоохранения на территории Пермского края. Доклад исполнительного директора территориального ФОМС на совещании федерального ФОМС 1 октября 2009 г.
154. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать?: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

155. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать?: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года»: краткая версия. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010. –96 с.
156. Улумбекова Г.Э. Научное обоснование направлений развития здравоохранения РФ на среднесрочный период: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.
157. Улумбекова Г.Э. Московское здравоохранение: разбор реформ // Медицинская газета. 25 апреля 2014 г. № 31. www.mgzt.ru
158. Федеральный закон от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 06.10.2003. № 40. ст. 3822.
159. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // Собрание законодательства РФ. 06.12.2010. № 49. ст. 6422.
160. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // Собрание законодательства РФ. 06.12.2010. № 49. ст. 6422.
161. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. ст. 6724.
162. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Исполнительное резюме. © Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. who.int
163. Хальфин Р.А. Уроки приоритетного национального проекта «Здоровье» // Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина. – М., 2013. – С. 570-580.
164. Ханкоев И.М. Реформирование амбулаторно-поликлинической сети здравоохранения крупного города // Бюлл. НИИ им. Н.А Семашко. Тематич. вып. 2000. С. 73-76.

165. Ханкоев И.М. Научное обоснование и разработка средств оптимизации системы медицинской помощи населению крупного города: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – 48 с.

166. Хлабутина Е.И. Региональные особенности одноканального финансирования. Доклад директора территориального ФОМС 1 октября 2009 г.

167. Цели и приоритетные направления развития здравоохранения РФ на среднесрочную перспективу (2018-2020 гг.) // Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 596-602.

168. Чернышев В.М., Гичева И.М., Герасименко О.Н., Заиграев А.Л. Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической службы: Методические рекомендации. – Новосибирск, 2005. – 58 с.

169. Чирятьева Т.В. Опыт территориального ФОМС Тюменской области по введению расчетов за оказанную медицинскую помощь населению в условиях одноканального финансирования медицинских организаций через систем у ОМС. Доклад исполнительного директора территориального ФОМС на совещании федерального ФОМС 1 октября 2009 г.

170. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Организационно-правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи за рубежом. Сообщение1. // Медицинские новости. – 2010. – №10. – С. 55–65.

171. Шевский В.И. Реформы системы медицинской помощи в Самарской области. Проблемы и перспективы // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. - № 1. – С. 25-30.

172. Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 гг. Концепция Государственного университета – Высшей школы экономики: к IX Междунар. науч. конф. «Модернизация экономики и глобализация», Москва, 1-3 апреля 2008 г., Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом. ГУ ВШЭ, 2008. – 24 с.

173. Шейман И.М., Шишкин С.В. Основные направления модернизации сферы здравоохранения Москвы на среднесрочный период. - М., 2011. - С. 7- 8.

174. Шипова В.М., Гриднев О.В. Медико-экономическая оценка программ диспансеризации населения в 2013 году // Зам. гл. врача. - 2013. - № 8. - С. 64-71.

175. Шипова В.М., Гриднев О.В. Медико-экономическая оценка программ диспансеризации населения в 2013 году (окончание) // Зам. гл. врача - 2013. - № 9. - С. 78-84.

176. Шипова В.М., Гриднев О.В. Экономический анализ современных программ диспансеризации населения //Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: Мат. межд. симпозиума, ноябрь 2013 г., Москва // Бюлл. Нац. НИИ общественного здоровья РАМН. 2013. Тематич. вып. С. 218-220.

177. Шипова В.М., Минин О.Г. Планово-нормативные показатели по амбулаторно-поликлинической помощи на 2013 г. // Зам. Главного врача. – 2013. - № 3 – С.

178. Шишкин С.В., Шейман И.М. и др. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. – М.: Независимый институт социальной политики, 2007. – 52 с.

179. Щепин В.О. Структурно-функциональные преобразования в системе лечебно-профилактической помощи населению РФ // Бюлл. НИИ им. Н.А Семашко. Тематич. вып. 2000. С. 89-92.

180. Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурный анализ сети учреждений амбулаторно-поликлинической помощи в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены. Здравоохранения и истории медицины. – 2012. - № 6. – С. 26-31.

181. Щепин В.О., Овчаров В.К. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. - № 2. – С. 3-7.

182. Щепин О.П., Дмитриева Н.В., Коротких Р.В. Теоретические и организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи в России // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1996. - № 2. – С. 3-11.
183. Щепин О.П., Овчаров В.К. Организационный и методический подход к работе врача общей практики (семейного врача) // Семейная медицина. – 1998. - № 2. - С. 2-7.
184. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник (Послевузовское образование). – М.-ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.
185. Ягудин Р.Х., Гриднев О.В., Рыбкин Л.И. Организационные подходы к совершенствованию амбулаторно-поликлинической службы крупного города (на примере г. Москвы) // Практическая медицина. - № 1-2. – 2013. – С. 158-160.
186. Bech M. Choice in the German health care system. Euro Observer. 2004.6(4):5-6.
187. Bonfiglioli E. Health Modernization: the role of ICT in strengthening the health system in Europe. – Website “Microsoft Europe” - <http://www.microsoft.eu/innovation-insociety/videos/health-modernization-role-of-ict-in-strengthening-the-health-system-in-europe-cmll.aspx> от 21.09.2013.
188. Cutler D.M. Health System Modernization Will Reduce the Deficit. – Washington: Center for American Progress Action Fund. – 2009. – 9 p.
189. Durand-Zaleski I. The health system in France // Eurohealth. – 2008. – Vol. 14, 31. – P. 3-4. http://www.euro.who.int/document/obs/Eurohealth_14_I.pdf
190. Ettelt S., Nolte E., Mays N. et al. Основы политики. Медицинская помощь вне стационара. Получение общеврачебной и специализированной медицинской помощи в восьми странах. – М.: Реал Тайм, 2009. – 96 с.
191. Imai Y., Jacobzone S., Lenaine P. The changing health system in France. Economics department working papers 269. <http://www.oecd.org/dotaoecd/15/26/1885750.pdf>.

192. Macinko J., Starfield B., Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 38: 2003.831-865.
193. McKee M., Delnoij D.M.J., Brand H. Prevention and public health in social health insurance systems. In: Saltman R.B., Busse R., Figueras J. et al. *Social health insurance systems in western Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004: 267-280.
194. Riesberg A. Choice in the German health care system. *Euro Observer*. 2004.6(4):6-9.
195. Holland W.W., Stewart S. *Screening in disease prevention. What works?* Oxford: Nuffield Trust and European Observatory for Health Systems and Policies, 2005: 80.
196. Sherman F., Goodman A.C., Stano M. *The economics of health care. – USA, 2001. – 667 p.*
197. *The World health report 2000: Health systems: improving performance.* – Geneva, WHO, 2000 – 215 p.
198. Thomson S., Dixon A. Choice in the German health care: the European experience. *Euro Observer*. 2004.6(4):1-4.

ПРИЛОЖЕНИЯ

КАРТА СБОРА
СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ
ПО УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВАО

Число учреждений здравоохранения территории (округа)

	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Всего учреждений					
из них АПУ, всего:					
в т.ч. - АПУ, входящие в буот (больничные учреждения основных типов) (ГКБ №№11, 20,40, РД №№ 5,11, ГБ №43, ГВВ №3)					
- самостоятельные АПУ (ГП -21, ДЦ № 5, МГЦРБ*, ЖК №2, ЦПСиР* №3)					
Диспансеры (ПНД, ПТД, НД*, КВД, ВФД*)					
Стоматологические поликлиники (СП)					
МСЧ (МСЧ №№ 17,23,67,33)					
Другое (указать) (ТБ №6, Хоспис №4)					

Мощность АПУ округа (взрослая сеть)

Показатели	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Плановая мощность					
Фактическая					

Таблица 4

Штаты АПУ для взрослых - 2009 – 2013 гг.

Медицинский персонал	число штатных должностей	число занятых должностей	число физических лиц	укомплекто- ванность штатов*	коэффициент совмести- тельности**
1	2	3	4	5	6
Врачи – всего					
в том числе специалисты: руководители учреждений и их заместители					
терапевты – всего					
из них: терапевты участковые (включая терапевтов участковых приписных участков)					
терапевты врачебных амбулаторий					
терапевты цеховых участков					
пульмонологи					
ревматологи					
кардиологи					
гастроэнтерологи					
диетологи					
нефрологи					
эндокринологи					
аллергологи – иммунологи					
гематологи					
инфекционисты					

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6
физиотерапевты					
врачи по лечебной физкультуре					
врачи по спортивной медицине					
врачи функциональной диагностики					
хирурги					
сердечно-сосудистой хирургии					
торакальной хирургии					
колопроктологи					
травматологи - ортопеды					
врачи мануальной терапии					
урологи					
нейрохирурги					
трансфузиологи					
анестезиологи – реаниматологи					
эндоскописты					
онкологи					
радиологи					
стоматологи					
стоматологи-ортодонты					
стоматологи-терапевты					
стоматологи-ортопеды					
стоматологи-хирурги					
челюстно-лицевые хирурги					

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6
акушеры – гинекологи					
из них акушеры – гинекологи цеховых участков					
офтальмологи					
отоларингологи					
сурдологи-оториноларингологи					
фтизиатры					
неврологи					
психиатры					
из них: участковые					
психиатры-наркологи					
из них психиатры-наркологи участковые					
психотерапевты					
сексологи					
судебно-психиатрические эксперты					
дерматовенерологи					
бактериологи					
токсикологи					
патологоанатомы					
врачи клинической лабораторной диагностики					
из них лаборанты – генетики					
генетики					
ультразвуковой диагностики					
рентгенологи					
рентгенэдоваскулярных методов диагностики и лечения					
гериатры					
приемного отделения					

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6
профпатологи					
клинические фармакологи					
рефлексотерапевты					
общей практики (семейные)					
статистики					
методисты					
интерны					
стажеры					
прочие					
Специалисты с высшим немедицинским образованием – всего:					
из них специалисты: психологи					
по социальной работе					
биологи в клинико-диагностических лабораториях					
Средний медперсонал – всего					
в том числе по специальностям: медицинские сестры					
из них: с высшим медицинским образованием					
медицинские сестры по физиотерапии					
функциональной диагностике					
медицинские сестры по массажу					
акушерки					
фельдшера					
зубные врачи					
зубные техники					
лаборанты клинических лабораторий					

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6
медицинские лабораторные техники (фельдшеры-лаборанты)					
рентгенолаборанты					
медицинские технологи					
медицинские статистики					
прочий медицинский персонал					
Провизоры					
Фармацевты					
Младший медперсонал					
Прочий персонал					
В том числе социальные работники					
Всего должностей					

Обеспеченность взрослого населения врачебным персоналом АПУ (абс. и на 10 тыс. населения)

Годы	Численность обслуживаемого взрослого населения	Число занятых врачебных должностей		Число врачей (физических лиц)	
		абс.	на 10 тыс. населения	абс.	на 10 тыс. населения
2009					
2010					
2011					
2012					
2013					

Таблица 6

Обеспеченность взрослого населения средним медицинским персоналом АПУ (абс. и на 10 тыс. населения)

Годы	Численность обслуживаемого взрослого населения	Число среднего медицинского персонала по занятым должностям		Число среднего медицинского персонала по числу физических лиц	
		абс.	на 10 тыс. населения	абс.	на 10 тыс. населения
2009					
2010					
2011					
2012					
2013					

Уровень профессиональной квалификации врачей АПУ для взрослых
(взрослая сеть)

Показатели	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Число врачей. Всего					
Из них имеют сертификат специалиста, всего (чел)					
% к числу работающих					
Имеют категорию, Всего					
% к числу работающих					
из них: высшую, всего					
% к числу работающих					
первую, всего					
% к числу работающих					
вторую, всего					
% к числу работающих					
Из общего числа врачей прошли обучение – всего					
в т.ч. повышение квалификации (чел.)					
% к числу работающих					
переподготовку (чел.)					
% к числу работающих					
другое (указать)					

Уровень профессиональной квалификации среднего медицинского персонала АПУ
(взрослая сеть)

Показатели	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Число средних медицинских работников. Всего					
Из них имеют сертификат специалиста, всего (чел)					
% к числу работающих					
Имеют категорию, Всего					
% к числу работающих					
из них: высшую, всего					
% к числу работающих					
первую, всего					
% к числу работающих					
вторую, всего					
% к числу работающих					
Из общего числа среднего медицинского персонала прошли обучение - всего					
в т.ч. повышение квалификации (чел.)					
% к числу работающих					
переподготовку (чел.)					
% к числу работающих					
другое (указать)					

Уровень профессиональной квалификации врачей – терапевтов участковых

Показатели	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Число врачей-терапевтов участковых – всего (чел.)					
Из них имеют сертификат специалиста, всего (чел.)					
% к числу работающих					
Имеют категорию, всего (чел.)					
% к числу работающих					
из них:					
высшую (%)					
Первую (%)					
Вторую (%)					
Из общего числа участковых врачей - терапевтов прошли обучение (%)					
в т.ч. повышение квалификации (%)					
Переподготовку (%)					
Стаж работы по данной специальности:					
1-4 года (%)					
5-9 лет (%)					
10 лет и более (%)					

Объемы деятельности врачей АПУ для взрослого населения
(посещения в поликлинике)

Годы	Численность обслуживаемого населения	Число посещений врачей в поликлинике					
		всего (чел.)	в т.ч. на 1 жителя	в том числе			
				профилактические		по поводу заболевания	
				всего	в т.ч. на 1 жителя	всего	в т.ч. на 1 жителя
2009							
2010							
2011							
2012							
2013							

Объемы деятельности врачей АПУ для взрослого населения
(посещения на дому)

Годы	Численность обслуживаемого населения	Число вызовов на дом				
		всего	в т.ч. на 1 жителя	из них		
				активных	патронажных	по неотложной помощи
2009						
2010						
2011						
2012						
2013						

Число посещений (в поликлинике и на дому) по врачебным специальностям 2009-2013 гг.

Наименование должности	Число посещений врачей				
	в поликлинике		на дому		
	всего	в т.ч. профилактических	всего	в том числе	
				активных	патронажных
1	2	3	4	5	6
Врачи - всего					
в том числе специалисты: руководители учреждений и их заместители					
терапевты - всего					
из них: терапевты участковые (включая терапевтов участковых приписных участков)					
терапевты цеховых участков					
пульмонологи					
ревматологи					
кардиологи					
гастроэнтерологи					
нефрологи					
эндокринологи					
аллергологи - иммунологи					
гематологи					
инфекционисты					
физиотерапевты					
врачи по лечебной физкультуре					
врачи по спортивной медицине					
хирурги					

1	2	3	4	5	6
сердечно-сосудистой хирургии					
колопроктологи					
травматологи - ортопеды					
врачи мануальной терапии					
урологи					
нейрохирурги					
эндоскописты					
онкологи					
радиологи					
челюстно-лицевые хирурги					
офтальмологи					
отоларингологи					
сурдологи- оториноларингологи					
фтизиатры					
неврологи					
психиатры					
из них психиатры участковые					
психотерапевты					
сексологи					
дерматовенерологи					
гериатры					
профпатологи					
клинические фармакологи					
рефлексотерапевты					
общей практики (семейные)					
интерны					
стажеры					
прочие					

Таблица 13

Структура врачебных посещений **всего** в 2011-2013 гг. (взрослое население) на первом и втором уровнях трехуровневой системы оказания амбулаторной помощи (городские поликлиники, филиалы амбулаторных центров)

Наименование врачебной специальности	Число врачебных посещений по врачебным специальностям						
	2011 г.		2012 г.		2013 г.		Темп прироста
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
Врачи, всего							
в т.ч.							
врач-терапевт участковый							
врач общей практики							
отоларинголог							
офтальмолог							
уролог							
хирург							
эндокринолог							
психотерапевт							
кардиолог							
невролог							
инфекционист							
Пульмонологи							
Ревматологи							
Гастроэнтерологи							
Нефрологи							

1	2	3	4	5	6	7	8
аллергологи - иммунологи							
Гематологи							
Физиотерапевты							
врачи по лечебной физкультуре							
врачи по спортивной медицине							
сердечно-сосудистой хирургии							
колопроктологи							
травматологи - ортопеды							
врачи мануальной терапии							
нейрохирурги							
эндоскописты							
онкологи							
радиологи							
челюстно-лицевые хирурги							
сурдологи- оториноларингологи							
фтизиатры							
психиатры							
из них психиатры участковые							
сексологи							
дерматовенерологи							
гериатры							
профпатологи							
клинические фармакологи							
рефлексотерапевты							

Таблица 14

Структура врачебных посещений по поводу заболевания в 2011-2013 гг. (взрослое население) на первом и втором уровнях трехуровневой системы оказания амбулаторной помощи (городские поликлиники, филиалы амбулаторных центров)

Наименование врачебной специальности	Число врачебных посещений по врачебным специальностям						
	2011 г.		2012 г.		2013 г.		Темп прироста
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
Врачи, всего							
в т.ч.							
врач-терапевт участковый							
врач общей практики							
отоларинголог							
офтальмолог							
уролог							
хирург							
эндокринолог							
психотерапевт							
кардиолог							
невролог							
инфекционист							
Пульмонологи							
Ревматологи							
Гастроэнтерологи							
Нефрологи							

1	2	3	4	5	6	7	8
аллергологи - иммунологи							
Гематологи							
Физиотерапевты							
врачи по лечебной физкультуре							
врачи по спортивной медицине							
сердечно-сосудистой хирургии							
колопроктологи							
травматологи - ортопеды							
врачи мануальной терапии							
нейрохирурги							
эндоскописты							
онкологи							
радиологи							
челюстно-лицевые хирурги							
сурдологи- оториноларингологи							
фтизиатры							
психиатры							
из них психиатры участковые							
сексологи							
дерматовенерологи							
гериатры							
профпатологи							
клинические фармакологи							
рефлексотерапевты							

Структура врачебных посещений с профилактической целью на 1-м уровне трехуровневой системы
(поликлинические отделения и филиалы)

Наименование врачебной специальности	Число врачебных посещений с профилактической целью						
	2011 г.		2012 г.		2013 г.		Темп прироста
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Врачи, всего							
в т.ч.							
врач-терапевт участковый							
врач общей практики							
отоларинголог							
офтальмолог							
уролог							
хирург							
эндокринолог							
кардиолог							
невролог							
ревматологи							
травматологи - ортопеды							
дерматовенерологи							
профпатологи							

Объемы и результаты профилактической деятельности АПУ СВАО

Показатели	Количество обследованных лиц				
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Обследованы в порядке проведения					
- профилактических медицинских осмотров (чел.)					
- диспансеризации (чел.)					
Всего (чел.)					
Из них установлена:					
- I группа здоровья (%)					
- II группа здоровья (%)					
- III группа здоровья (%)					

Объемы деятельности центров здоровья СВАО

Показатели	2012 г.	2013 г.
Число обследованных в центрах здоровья		
Число лиц, обученных основам здорового образа жизни - всего		
Число пациентов обученных в «школах» - всего: ы		
в т.ч.:		
- школе для больных с сердечной недостаточностью		
- школе для больных артериальной гипертензией		
- школе для больных с заболеванием суставов и позвоночника		
- школе для больных бронхиальной астмой		
- школе для больных сахарным диабетом		
- прочих школах (указать)		

Объемы работы диагностических отделений АПУ (взрослое население) (1-ый уровень)
(в расчете на 100 посещений)

Наименование исследований и процедур	Число исследований				
	2009	2010	2011	2012	2013
Рентгенологические исследования, всего					
из них					
компьютерных томографий					
Ультразвуковые исследования, всего					
в том числе:					
УЗИ сердечно-сосудистой системы					
из них:					
доплеровское исследование сосудов					
эхокардиография					
УЗИ брюшной полости					
УЗИ мочеполовой системы					
УЗИ молочной железы					
УЗИ щитовидной железы					
УЗИ мягких тканей					
УЗИ глаза					
УЗИ лимфоузлов					
прочие УЗИ					
Магнитно-резонансные томографии, всего					
Эндоскопические исследования, всего					
Лабораторные анализы					
Функциональная диагностика (всего)					

Таблица 21

Доля больных, состоящих на диспансерном учете к числу всех зарегистрированных больных данного класса (%)

Классы болезней	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Всего					
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни					
Новообразования					
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм					
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ					
Психические расстройства и расстройства поведения					
Болезни нервной системы					
Болезни глаза и его придаточного аппарата					
Болезни уха и сосцевидного отростка					
Болезни системы кровообращения					
Болезни органов дыхания					
Болезни органов пищеварения					
Болезни кожи и подкожной клетчатки					
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани					
Болезни мочеполовой системы					
Беременность, роды и послеродовый период					
Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)					
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках					
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин					

Показатели охвата взрослого населения диспансерным наблюдением

Классы болезней	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Всего					
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни					
Новообразования					
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм					
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ					
Психические расстройства и расстройства поведения					
Болезни нервной системы					
Болезни глаза и его придаточного аппарата					
Болезни уха и сосцевидного отростка					
Болезни системы кровообращения					
Болезни органов дыхания					
Болезни органов пищеварения					
Болезни кожи и подкожной клетчатки					
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани					
Болезни мочеполовой системы					
Беременность, роды и послеродовый период					
Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)					
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках					
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин					

Объемы профилактической деятельности АПУ (1-ый уровень)

Показатели	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Число физических лиц, зарегистрированных больных, всего					
из них с диагнозом, установленным впервые в жизни					
Состоит под диспансерным наблюдением на конец учетного года					
Заболевания, выявленные впервые в жизни при медицинских осмотрах, диспансеризации (число)					
из них взято под диспансерное наблюдение					
Полнота охвата диспансеризацией (%) (число состоявшихся+число взятых) / число зарегистрированных больных					
Удельный вес вновь взятых (число вновь взятых / (число состоявшихся + вновь взятых))					

Результаты профилактической деятельности АПУ (1-ый уровень)

Показатели	Количество обследованных лиц				
Обследованы в порядке проведения					
- профилактических медицинских осмотров (чел.)					
- диспансеризации (чел.)					
Из них установлена:					
- I группа здоровья					
- II группа здоровья					
- III группа здоровья					
Взяты на диспансерный учет, всего					
в т.ч. с заболеванием, установленным впервые в жизни					
Сняты с диспансерного учета, всего					
в т.ч. в связи с выздоровлением					

Деятельность отделений (кабинетов) медицинской профилактики
(центров здоровья)

	Годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Число отделений (кабинетов) медицинской профилактики					
Число профилактических медицинских осмотров взрослых					
Число центров здоровья					
Число обследованных в центрах здоровья					
Число лиц, обученных основам здорового образа жизни - всего					
Число медицинских работников, обученных методике профилактики заболеваний и укрепления здоровья - всего					
Число пациентов обученных в «школах» - всего:					
в т.ч.:					
- школе для больных с сердечной недостаточностью					
- школе для больных на хроническом диализе					
- школе для больных артериальной гипертензией					
- школе для больных с заболеванием суставов и позвоночника					
- школе для больных бронхиальной астмой					
- школе для больных сахарным диабетом					
- прочих школах (указать каких)					
Число осмотренных при профилактических осмотрах (осмотренных)					
Выявлено лиц:					
- с 1-ой группой здоровья					
- с 2-ой группой здоровья					
- с 3-ей группой здоровья					

Состав пациентов диспансерного наблюдения у врачей 1-го уровня

Показатели	Годы			
	2009	2010	2011	2012
Имеют факторы риска (2-я группа состояния здоровья) всего				
Имеют хронические заболевания всего, в том числе				
новообразования				
болезни крови				
сахарный диабет				
болезни нервной системы				
болезни глаза				
болезни системы кровообращения, из них				
- артериальная гипертензия				
- ИБС				
- ЦВБ				
Болезни органов дыхания, из них				
- бронхиальная астма				
Болезни органов пищеварения				
Болезни мочеполовой системы				
Другие (указать)				

Таблица 30

Структура объемов финансирования амбулаторного центра, входящего в сеть ЛПУ СВАО г. Москвы, за 2013 г.

Виды источников финансирования	Фактические поступления за год (%)			
	ДЦ № 5	ГП № 12	ГП № 107	ГП № 218
1. Средства бюджета				
в том числе:				
-субсидии на выполнение государственного задания				
- целевые субсидии				
- бюджетные инвестиции				
2. Поступления от оказания учреждением услуг, относящихся в соответствии с уставом учреждения к его основным видам деятельности, предоставление которых осуществляется на платной основе, а также поступлений от иной приносящей доход деятельности:				
в том числе:				
- платные медицинские услуги				
- от реализации договоров ДМС				
- другая хозяйственная деятельность, приносящая доход – всего:				
в том числе:				
- аренда (помещений, оборудования и др.)				
- хозрасчетная деятельность				
3. Средства целевого назначения и безвозмездные поступления – всего:				
в том числе:				
- средства государственных внебюджетных фондов (ОМС)				
- финансовая помощь, благотворительные взносы, гранты, безвозмездная помощь				
- средства, получаемые от предприятий, учреждений и физических лиц на содержание ЛПУ				
прочие средства МГФОМС (иногогородние)				
прочие средства по ДД за декабрь 2012				
прочие средства субвенция				
прочие средства перечисленные при реорганизации от СП № 20				
Итого				

Структура использования финансовых средств амбулаторного объединения СВАО
г. Москвы по различным источникам финансирования за 2013г. (%)

Группы расходов	ОМС	Приносящая доход дея- тельность	Бюджет
1	2	3	4
Всего по фонду оплаты труда (КОСГУ 211)			
в т.ч.:			
заработная плата врачей			
заработная плата среднего медицинского персонала			
заработная плата административно-управляющего персонала			
заработная плата хозяйственно-обслуживающего персонала			
Начисления на оплату труда (КОСГУ 213)			
Приобретение материальных запасов (КОСГУ 340):			
в т.ч. канцелярские принадлежности, материалы и предметы для технических и хозяйственных нужд			
медицинские расходы			
мягкий инвентарь			
обмундирование			
продукты питания			
прочие расходные материалы			
Командировки и служебные разъезды			
Услуги связи (КОСГУ 221)			

транспортные услуги (КОСГУ 222)			
Оплата коммунальных услуг (КОСГУ 223) – всего:			
1	2	3	4
оплата отопления помещений			
оплата отопления и технических нужд			
оплата потребления газа			
оплата освещения помещений			
оплата водоснабжения помещений			
оплата аренды помещений			
оплата льгот по коммунальным услугам			
Услуги по содержанию имущества (КОСГУ 225)			
Прочие расходы (КОСГУ 290)			
в т.ч.: оплата услуг научно-исследовательских организаций			
оплата текущего ремонта оборудования			
оплата текущего ремонта зданий			
прочие текущие расходы			
Пособия по социальной помощи населению – всего:			
Приобретение оборудования – всего:			
в т.ч.: приобретение непромышленного оборудования			
- медицинского оборудования			
- предметов длительного пользования			
Капитальный ремонт – всего:			
в т.ч.: капитальный ремонт объектов непромышленного назначения			
Итого			

Анкета
социологического опроса по вопросу удовлетворенности
населения города Москвы медицинским обслуживанием

ФИО (заполняется по желанию) _____

Сведения о респонденте:

Возраст до 25 лет

от 25 до 35 лет

от 35 до 45 лет

от 45 до 60 лет

свыше 60 лет

Пол мужской женский

Материальное положение
(месячный доход):

ниже 10 тысяч рублей

от 10 до 25 тысяч рублей

свыше 25 тысяч рублей

Отношение к труду:

работающий

неработающий

Для неработающих:

временно не работающий (декретный отпуск, отпуск по уходу за ребенком)

домохозяйка

безработный

Социальная категория (отметить все необходимые категории):

учащийся (студент)

пенсионер

инвалид

многодетные родители

одинокие родители

ребенок из многодетной семьи

другое (указать)

1. Приходится ли Вам преодолевать какие-либо сложности, чтобы попасть на прием к врачу в данной поликлинике (очередность, отсутствие специалистов и др.)?

НЕТ, НЕ ПРИХОДИТСЯ

В ОСНОВНОМ, НЕТ

БОЛЬШЕ, НЕТ, ЧЕМ ДА

ПРИХОДИТСЯ ОБРАЩАТЬСЯ К АДМИНИСТРАЦИИ ИЛИ ЖАЛОВАТЬСЯ

ДА, ПОПАСТЬ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ ОЧЕНЬ СЛОЖНО, БОЛЬШАЯ ОЧЕРЕДЬ

2. Соблюдается ли в данной поликлинике время приема у врача по записи?

ДА, ПРИЕМ ВРАЧОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СОГЛАСНО ВРЕМЕНИ ЗА-

ПИСИ

- В ОСНОВНОМ ДА, ОЖИДАНИЕ ПРИЕМА ВРАЧОМ ПО ВРЕМЕНИ ЗАПИСИ
- НЕ ПРЕВЫШАЕТ 20-30 МИНУТ
- НЕ ВСЕГДА, ИНОГДА ОЖИДАНИЕ ПРИЕМА ПО ЗАПИСИ ЗАДЕРЖИВАЕТСЯ ДО 1 ЧАСА
- ЗАПИСЬ ОРГАНИЗОВАНА, НО ПРИЕМ ВЕДЕТСЯ БЕЗ ЕЕ УЧЕТА
- НЕТ, ПРИЕМ ВРАЧОМ ПО ЗАПИСИ НЕ ВЕДЕТСЯ

3. Удовлетворены ли Вы уровнем квалификации врачей (Вашего лечащего врача)?

- УДОВЛЕТВОРЕН ПОЛНОСТЬЮ
- БОЛЬШЕ УДОВЛЕТВОРЕН, ЧЕМ НЕ УДОВЛЕТВОРЕН
- УДОВЛЕТВОРЕН НЕ В ПОЛНОЙ МЕРЕ
- ПРИХОДИЛОСЬ ЖАЛОВАТЬСЯ, ОБРАЩАЛСЯ К АДМИНИСТРАЦИИ С ПРОСЬБОЙ ЗАМЕНЫ ВРАЧА
- НЕ УДОВЛЕТВОРЕН

4. Удовлетворены ли Вы результатами оказания Вам медицинской помощи в данном лечебно-профилактическом учреждении?

- УДОВЛЕТВОРЕН ПОЛНОСТЬЮ
- БОЛЬШЕ УДОВЛЕТВОРЕН, ЧЕМ НЕ УДОВЛЕТВОРЕН
- УДОВЛЕТВОРЕН НЕ В ПОЛНОЙ МЕРЕ
- ОБРАЩАЛСЯ С ЖАЛОБОЙ, ПОСЛЕ ЧЕГО РЕЗУЛЬТАТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ УЛУЧШИЛСЯ
- НЕ УДОВЛЕТВОРЕН

1. Как бы Вы оценили отношение к Вам медицинского персонала данного лечебного учреждения?

- С ВНИМАНИЕМ И УЧАСТИЕМ
- НЕ ОЧЕНЬ ВНИМАТЕЛЬНО
- С БЕЗРАЗЛИЧИЕМ
- ЖАЛОВАЛСЯ, ПОСЛЕ ЧЕГО ОТНОШЕНИЕ КО МНЕ УЛУЧШИЛОСЬ
- С РАЗДРАЖЕНИЕМ И ГРУБОСТЬЮ

Ваше мнение о доступности медицинской помощи, замечания (жалобы) и предложения по улучшению организации работы данного лечебно-профилактического учреждения

Анкета
социологического опроса по оценке отношения населения к проведенной
реорганизации поликлиник в СВАО города Москвы

Ваши ответы на вопросы этой анкеты будут использованы для оценки Влияния проведенной реорганизации на доступность и качество медицинской помощи в данном медицинском учреждении для их повышения.

Ф.И.О. (заполняется по желанию)

Сведения о респонденте: Пол мужской женский

Возраст до 25 лет

+

++

от 25 до 35 лет

от 35 до 45 лет

от 45 до 60 лет

свыше 60 лет

Отношение к труду: работающий неработающий

Социальная категория (отметить все необходимые категории):

учащийся (студент)

пенсионер

инвалид

многодетные родители

одинокие родители

ребенок из многодетной семьи

другое (указать)

1. К какой поликлинике (филиале поликлиники) Вы наблюдаетесь? _____
2. Какая поликлиника является для Вас учреждением 2 уровня (амбулаторный центр)
3. Знаете ли Вы о реорганизации, проведенной в сфере медицинского обслуживания населения города Москвы в 2012-2013гг?
 - да, знаю
 - слышал, но не понимаю сути
 - нет, не знаю
4. Как Вы оцениваете результаты реорганизации?
 - уровень медицинского обслуживания повысился
 - уровень медицинского обслуживания понизился
 - уровень медицинского обслуживания остался на прежнем уровне
5. Как Вы оцениваете целесообразность подразделения поликлиник на уровни (1-й уровень – Ваша поликлиника по месту жительства (филиал); 2-й уровень – амбулаторные центры (_____), где оказывается помощь узкопрофильными специалистами и осуществляется высокотехнологичное обследование и лечение?
 - положительно
 - ничего не изменилось
 - отрицательно
6. Как часто Вы обращаетесь в Вашу поликлинику (филиал) по месту жительства:
 - очень часто, не менее 4 раз в месяц (если чаще, указать)
 - часто, от 1 до 4 раз в месяц
 - не очень часто, 3-4 раза в год
 - редко, 1-2- раза в год
 - крайне редко

7. Как вы оцениваете организацию медицинской помощи в Вашей поликлинике (филиале) по месту жительства (укажите в баллах по пятибалльной шкале)

- очень хорошо – 5 баллов
- хорошо – 4 балла
- удовлетворительно – 3 балла
- неудовлетворительно – 2 балла
- очень плохо – 1 балл

7.1 Состоите ли Вы на диспансерном наблюдении по хроническому заболеванию у врача в поликлинике (филиале) по месту жительства?

- да, состою (указать специальность врача)
- нет, не состою
- нет, не было предложено, хотя я в нем нуждаюсь

7.2 Имеете ли Вы свободный доступ к самостоятельно записи на прием к врачу, у которого состоите на диспансерном учете?

- да, имею
- нет, не имею, мне нужно сначала записаться к терапевту

7.3. Как долго с момента обращения вы ждете приема специалиста/прохождение исследование?

- получил помощь в день обращения или на следующий день
- не более 7 дней
- более 1 недели
- более 2 недель
- Я и сейчас не получил необходимой консультации/исследования

7.4. Соблюдается ли в Вашей поликлинике время приема у врача по записи?

- да, соблюдается
- соблюдается с небольшой задержкой (до 30 минут)
- не всегда, иногда ожидание приема превышает 30 минут
- прием ведется без учета записи (ожидание превышает 60 минут)

7.5. Выдает ли Ваш лечащий врач на приеме направления на дообследование и консультации других специалистов, в том числе в поликлинику 2-го уровня (амбулаторный центр)?

- да, выдает всегда, в том числе по моей просьбе
- да, выдает, но только когда считает обоснованным
- выдает, но только после настояния или жалобы
- не выдает

7.6. Удовлетворены ли Вы уровнем квалификации врачей в Вашей поликлинике по месту жительства?

- удовлетворен
- больше удовлетворен, чем нет
- не удовлетворен

7.7. Считаете ли достаточным объем услуг по диагностике и лечению, который оказывается в вашей поликлинике (филиале)?

- да, это полностью удовлетворяет мои потребности
- нет, этого недостаточно

Поясните _____

7.8. Как Вы оцениваете работу дежурного администратора в вашей поликлинике?

- положительно, администратор оказывает помощь в записи на

прием к
ской помощи

врачу, компетентен в вопросах оказания медицин-

отрицательно, пользы от наличия администратора нет

не могу оценить, так как в поликлинике его нет

8. Получали ли Вы медицинскую помощь в Вашем амбулаторном центре (учреждении 2 уровня) в 2013 году?

«ДА»

консультацию специалиста/специалистов

МРТ

КТ

УЗИ

Рентген

Эндоскопическое обследование (гастроскопия, колоноскопия)

Другое _____

«НЕТ»

Нет, не было необходимости

Нет, мой врач не предлагал мне, я обследовался в своей поликлинике

Нет, я обследовался в стационаре

Нет, мой врач отказался направить меня в амбулаторный центр

Вопросы №9 - для пациентов, получавших медицинскую помощь в амбулаторном центре:

9. Как вы оцениваете организацию медицинской помощи на 2-м уровне, в амбулаторном центре _____?: (укажите в баллах по пятибалльной шкале)

очень хорошо – 5 баллов

хорошо – 4 балла

удовлетворительно – 3 балла

неудовлетворительно – 2 балла

очень плохо – 1 балл

9.1. Как долго Вы ожидали консультации специалиста/исследования:

- в день обращения или на следующий день
- несколько дней (не более 7 дней)
- около 2-х недель
- более 2 недель
- Я и сейчас не получил необходимой консультации/исследования

9.2. Считаете ли достаточным объем услуг по диагностике и лечению, который оказывается в амбулаторном центре?

- да, это полностью удовлетворяет мои потребности
- нет, этого недостаточно

Поясните _____

9.2. Соблюдается ли в поликлинике 2-го уровня время приема у врача по записи?

- да, соблюдается
- соблюдается с небольшой задержкой (до 30 минут)
- не всегда, иногда ожидание приема превышает 30 минут
- прием ведется без учета записи

9.3. Удовлетворены ли Вы уровнем квалификации врачей поликлиники 2-го уровня?

- удовлетворен
- больше удовлетворен, чем нет
- не удовлетворен

10. Как Вы оцениваете информационное обеспечение учреждений здравоохранения Москвы?

10.1. Пользуетесь ли Вы интернет-сайтом учреждений здравоохранения Москвы?

- да, в том числе с целью записи на прием к врачу
- да, только с целью получения информации о работе поликлиники
- знаю о его существовании, но не пользуюсь
- не знаю о его существовании

10.2. Пользуетесь ли Вы информационными буклетами, находящимися в регистратуре Вашей поликлиники?

- да, в них имеется полезная информация
- да, но в них недостаточно нужной мне информации
- знаю об их существовании, но не пользуюсь
- не знаю о их существовании

10.3. Как Вы оцениваете организацию встреч руководства Вашей поликлиники с населением?

- положительно
- отрицательно

Укажите причину

- не информирован об организации таких встреч

11. Как вы оцениваете организацию записи на прием к врачу с использованием «Электронной регистратуры»?

- записаться на прием стало легче и быстрее
- ничего не изменилось
- записаться на прием стало сложнее

Укажите причину

12. Как бы Вы оценили отношение к Вам медицинского персонала данного лечебного учреждения по пятибалльной шкале _____

Ваше мнение о доступности медицинской помощи, замечания (жалобы) и предложения по улучшению организации работы данной медицинской организации

Администрация ГКУ ДЗ СВАО благодарит Вас за участие в анкетировании. Данные социологического опроса будут использованы для улучшения работы медицинских учреждений нашего округа и повышения качества и доступности медицинских услуг населению.