

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ «МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО»

На правах рукописи

Соболев Константин Эдуардович

**Медико-социологический мониторинг стратегического развития
регионального здравоохранения (по материалам Московской области)**

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

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Том 1

Научный консультант:
доктор медицинских наук,
доктор социологических наук,
профессор, академик РАН
Решетников Андрей Вениаминович

Москва – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

Том 1

ВВЕДЕНИЕ	8
ГЛАВА 1. НАУЧНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	28
1.1. Система стратегического планирования на современном этапе развития российской государственности (общее и особенное в региональном сегменте)	28
1.2. Современные концепции и научные подходы к стратегическому планированию развития здравоохранения в международной практике (традиционные модели стратегического планирования и динамика их совершенствования)	43
1.3. Методологические проблемы стратегического планирования в системе здравоохранения Российской Федерации (федеральный, территориальный и муниципальный уровни социально-экономической иерархии)	52
1.4. Актуальность медико-социологических исследований и их роль в совершенствовании стратегического планирования развития системы здравоохранения Российской Федерации	61
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ...	79
2.1. Программа, методы и этапы исследования.....	79
2.2. Методы анализа данных.....	100
ГЛАВА 3. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КАК ОСНОВА ДЛЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ЕГО РАЗВИТИЯ.....	107
3.1. Социально-экономические особенности Московской области.....	107
3.2. Характеристика системы здравоохранения Московской области.....	117
3.3. Историко-экономический анализ основных векторов финансового обеспечения системы здравоохранения Московской области за период 2010- 2021 гг.	126

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ ИСПОЛНЕНИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ДЛЯ ЕЁ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ	148
4.1. Стратегическое планирование развития региональной системы здравоохранения в государственной программе Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»	148
4.2. Социально-экономическая характеристика пациента (потребителя медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области.....	165
4.2.1. Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения	168
4.2.2. Мнение пациентов (потребителей медицинских услуг) о состоянии и проблемах территориального здравоохранения	187
4.2.3. Образ «идеального» врача	199
4.3. Мнение экспертов о деятельности и перспективах развития здравоохранения на территории административного образования Московской области	202
4.4. Мнение экспертов областного уровня о проблемах и стратегическом развитии здравоохранения Московской области.....	235
4.5. Формирование интегрированного Индекса стратегического развития регионального здравоохранения по данным медико-социологического мониторинга	252
ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСПОЛОЖЕННОЙ НА ТЕРРИТОРИИ АДМИНИСТРАТИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	272
5.1. Медико-организационные особенности деятельности медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области.....	272
5.1.1. Общая характеристика ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» как типичной медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области.....	272

5.1.2. Динамика численности прикрепленного населения, обслуживаемого ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1»	275
5.1.3. Показатели деятельности ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» в амбулаторных условиях в период пандемии COVID-19.....	276
5.1.4. Показатели деятельности стационара ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» в период пандемии COVID-19.....	278
5.1.5. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» в период пандемии COVID-19.....	279
5.1.6. Показатели заболеваемости населения, прикрепленного к ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» в период пандемии COVID-19	280
5.1.7. Медико-организационные особенности работы противоковидного госпиталя ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1»	283
5.1.8. Планирование коечного фонда медицинской организации региона, оказывающей медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационарных условиях	286
5.2. Социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области.....	292
5.3. Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области.....	307
ГЛАВА 6. ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЕГО ДИНАМИКИ	328
6.1. Этапы становления и стратегическое планирование развития онкологической службы в региональной государственной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов»	328

6.2. Медико-социологическая оценка мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию	351
6.2.1. Социально-конструируемый современный портрет пациента онкологической практики в Московском регионе	354
6.2.2. Оценка мнения респондентов о деятельности онкологической службы Московского региона в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.»	361
6.3. Результаты фокус-группового исследования состояния онкологической службы в условиях реализации региональной государственной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.».....	377
6.3.1. Информированность респондентов о региональной государственной Программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов».....	378
6.3.2. Влияние стратегического планирования на развитие системы онкологической помощи в регионе.....	381
6.3.3. Роль диспансеризации в достижении целевых показателей деятельности областной онкологической службы.....	391
6.3.4. Основные проблемы онкологической практики, влияющие на развитие системы онкологической помощи в регионе.....	403
6.3.5. Влияние пандемии новой коронавирусной инфекции на деятельность онкологической практики региона.....	406
6.3.6. Ожидания врачей в отношении стратегического развития и практического совершенствования системы онкологической помощи в Московской области.....	410
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	423
ВЫВОДЫ.....	440
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	457
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	462
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	464

Том 2 (приложения)

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Расчет выборочной совокупности медико-социологического исследования «Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения»	5
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Анкета для опроса пациентов в рамках медико-социологического исследования «Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения»	11
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Анкета для опроса руководителей медицинских организаций, расположенных в муниципальных образованиях в рамках медико-социологического исследования «Изучение эффективности деятельности медицинских организаций Московского региона в современных социально-экономических условиях в рамках государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»	21
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Анкета для опроса пациентов в рамках медико-социологического исследования «Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области».....	32
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Анкета для опроса пациентов в рамках медико-социологического исследования «Медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию».....	40
ПРИЛОЖЕНИЕ Е. Расчет выборочной совокупности медико-социологического исследования «Медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию»	50
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. Гайд фокус-группового интервью (фокус-группы) со специалистами онкологической службы системы здравоохранения Московского региона в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению».....	55

ПРИЛОЖЕНИЕ И. Списки участников фокус-группового интервью (фокус-группы) в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению»	58
ПРИЛОЖЕНИЕ К. Транскрибированная стенограмма фокус-групповых интервью врачей-онкологов в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению»	59
ПРИЛОЖЕНИЕ Л. Бланк формализованного структурированного (стандартизированного) экспертного опроса в рамках медико-социологического исследования «Изучение основных проблем и перспектив развития здравоохранения в Московской регионе (областной уровень) в рамках государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосквья» на период 2019-2024 годов»	129
ПРИЛОЖЕНИЕ М. Таблицы корреляции (попарное сравнение) в массиве ответов респондентов на вопрос об основных проблемах в системе здравоохранения Московской области, которые требовали бы решения при стратегическом планировании государственной программы «Здравоохранение Подмосквья»	132
ПРИЛОЖЕНИЕ Н. Таблица корреляции (попарное сравнение) распределения данных по показателям архетипа системы здравоохранения в муниципальном образовании Московской области	134
ПРИЛОЖЕНИЕ П. Интегрированные индексы результатов стратегического развития здравоохранения Московской области	135
ПРИЛОЖЕНИЕ Р. Критерии оценки медицинских организаций для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19.....	140
ПРИЛОЖЕНИЕ С. Документация о создании областного аналитического расчетно-экономического Центра в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского	146
ПРИЛОЖЕНИЕ Т. Внедрение в практическую деятельность результатов диссертационного исследования.....	153

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Развитие социального капитала, повышение удовлетворенности и качества жизни характерны для современного российского социума, что способствует возрастанию роли социальных институтов в оптимизации социальной сферы, в том числе и системы охраны здоровья граждан современной России [368, 372, 377]. Более четверти века в стране принимаются Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи, но отсутствие гармонизации между социальными гарантиями и их ресурсным обеспечением становится одной из причин неудовлетворенности пациентов предоставляемой медицинской помощью.

Для лиц, принимающих решения, в настоящее время очевидно, что основные проблемы здравоохранения не решаются только за счет постоянного увеличения финансового обеспечения, а лимитированность финансовых средств, наоборот, становится одним из стимулов поиска новых эффективных форм и моделей планирования будущего развития отрасли.

В стране осуществляется государственная политика на основе Конституции и законодательства РФ, ежегодных посланий Президента РФ Федеральному Собранию РФ, а также среднесрочной программы социально-экономического развития страны до 2025 года «Стратегия Роста» по реализации социальных гарантий и прав граждан Российской Федерации, в которых провозглашается содействие достижению оптимального уровня жизни, улучшению и укреплению здоровья, повышению качества предоставляемой медицинской помощи.

В настоящее время недостаточно обосновать принятие управленческих решений в рамках стратегического развития отрасли, а необходимо иметь соответствующий инструментарий для контроля за результатами их исполнения, степенью реализации потребностей пациентов по получению медицинской помощи оптимального качества, динамикой социальной эффективности стратегического развития здравоохранения [287, 368, 447, 555, 715]. От

территориального уровня управления общественным здоровьем сегодня принципиально зависит реализация государственной политики в области здравоохранения, полнота решения социальных проблем в этой отрасли, темпы развития самой системы здравоохранения [108, 128, 283, 365-379, 465].

В субъектах РФ уже внедрены новые формы и методы менеджмента, включая создание моделей управления на уровне медицинской организации, расположенной в административном образовании, региональной специализированной медицинской службы, областной медицинской организации и территориального здравоохранения в целом [245, 318, 363, 469]. Однако технологии взаимодействия между структурными составляющими регионального здравоохранения ещё недостаточно соответствуют реальным потребностям и ожиданиям пациентов по получению медицинских услуг надлежащего качества. Данное обстоятельство во многом снижает эффективность управленческих решений на всех уровнях территориального здравоохранения [368].

Необходимо констатировать, что при наличии сегодня в каждом субъекте РФ детально разработанных концептуальных программно-целевых подходов, программ стратегического управления здравоохранением эффективность их реализации остается по разным причинам не на должном уровне, вследствие этого, актуальным является разработка технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития отрасли и переориентации в большей степени стратегического планирования на удовлетворение потребностей и ожиданий пациентов при получении медицинской помощи оптимального качества [368].

Таким образом, отсутствие научно обоснованной системы медико-социологического мониторинга стратегического развития здравоохранения территориального уровня и обусловило актуальность проведения настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования

Необходимость реализации долгосрочных задач социально-экономического развития Российской Федерации предполагает использование системы

стратегического управления, к которой относится стратегическое планирование как один из основных его элементов [367]. Ведущие научные исследования (И. Ансофф, 1989 [24]; А.А. Томпсон, А.Дж. Стрикленд, 1998 [508]; Х. Виссема, 2000 [72]; Г. Минцберг, Б. Альстрэнд, Дж. Лэмпел, 2000 [254]; Н.Д. Кондратьев, 2002 [194]; М.Э. Портер, 2005 [335]; Д. Аакер, 2007 [1]; О.С. Виханский, А.И. Наумов, 2014 [76]; Р. Акофф, 1985 [6]; Е.Б. Ленчук, 2017-2021 [219-228]; С.Ю. Глазьев, 2013-2021 [97-101] и др.), начиная с 60-х годов XX века, сформировали современную концепцию стратегического планирования. Общие теоретические и методологические основы стратегического планирования раскрываются в публикациях современных отечественных (А.Г. Атаева, 2019, 2023 [29, 30]; К.В. Воденко, М.А. Комиссарова, С.А. Тихоновская, И.Р. Гасанова, 2019 [81]; С.Ю. Глазьев, 2021, 2023 [97, 101]; И.И. Драгоморецкий, Г.А. Маковиков, Е.Л. Кантер, 2006 [133]; Е.М. Бухвальд, 2016 [61]; О.О. Смирнова, И.В. Митрофанова, 2019 [472]; Т.Р. Евдокимова, 2019 [136]; Е.Б. Ленчук, В.И. Филатов, 2020 [221]; А.А. Кокошин, 2007 [192]; А.В. Якимов, 2010 [565]; А.М. Петров, 2021 [328]; Назаров В.П., 2022 [274] и др.) и зарубежных исследователей (J. Austin, 2023 [582]; N. Baum, 2016 [588, 589]; P. Esfahani, 2018 [644]; W.T. Mallon, 2019 [704]; C. Sutton, 2023 [759]; T.D. Welch, T.B. Smith, 2023 [797] и др.).

В настоящее время обсуждение перспектив стратегического планирования в практике государственного управления проводится в контексте использования стратегического планирования в решении актуальных проблем социально-экономического развития регионов России (Д.А. Афиногенов, Е.Ю. Кочемасова, С.Н. Сильвестров С.Н., 2019 [32], А.В. Решетников, К.Э. Соболев, Н.С. Голикова, 2023 [367]), отраслевых перспектив стратегического планирования, анализа российского и зарубежного опыта (С.М. Заверский, Е.С. Киселева, В.Ю. Кононова, Д.А. Плеханов, Н.М. Чуркина, 2016 [497]; С.А. Липина, Л.А. Беляевская-Плотник, Н.Ю. Сорокина, 2018 [230]; О.О. Смирнова, Л.К. Бочарова, Л.А. Беляевская-Плотник, Ю.Н. Богданова, 2019 [198]; Е.Б. Ленчук, Ф.Г. Войтоловский, Д.Б. Кувалин, 2020 [223] и др.).

Анализу формирующихся в России на федеральном уровне подходов, обеспечивающих методологическое единство разрабатываемых документов и их согласование с государственной стратегией экономического и социального развития посвящены работы К.В. Будаевой, В.В. Климанова (2014) [59]. На необходимость использования инструментов стратегического планирования в системе регионального управления социально-экономическим развитием указывают многие исследователи (И.П. Довбий, С.А. Маковкина, В.А. Довбий, 2017 [124]; В.Е. Селиверстов, 2009 [452]; О.А. Ушакова, 2010 [517]; А.В. Бабкин, Е.М. Бухвальд, 2015 [37]; С.Н. Семенов, В.Н. Рубцова, Е.В. Ильинская, 2018 [458]; Ю.В. Евстафьева, 2021 [137]; А.Г. Атаева, А.Г. Уляева, 2023 [29]; А.Ш. Ахмедуев, 2019 [34]; Д.И. Артемова, 2021 [28]; С.М. Заверский, Е.С. Киселева, В.Ю. Кононова, Д.А. Плеханов, Н.М. Чуркина, 2016 [497]; Е.Б. Ленчук, В.И. Филатов В.И., 2019 [225]; С.Ю. Глазьев, 2013-2023 [97, 98, 100, 101] и др.).

Стратегическое планирование в настоящее время рассматривается как действенный и эффективный инструмент управления организациями, в том числе, медицинскими [43, 89, 96, 116, 171, 211, 216, 342, 351, 465, 745, 753]. Вопросы стратегического планирования развития системы здравоохранения в контексте ее экономического обеспечения обсуждаются в значительном числе публикаций Р.А. Хальфина (1998) [199, 315, 339, 364], Т.А. Сибуриной (2003) [83, 84, 465], А.Г. Атаевой (2019) [29, 30, 322], М.А. Вахрушиной (2020) [67]. Важными для понимания контекста стратегического планирования в здравоохранении являются работы В.О. Щепина, А.А. Загоруйченко, О.Б. Карповой (2022), посвященные проблемам прогнозирования распространения заболеваний в мире [556].

Стратегическое планирование в здравоохранении как условие повышения эффективности и совершенствования управления здравоохранением анализируется в ряде ключевых публикаций (Е.И. Соломатина, 2017 [483]; Г.П. Сквирская, А.В. Волнухин, 2020 [469]; И.С. Дата, 2017 [115]; А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, И.Ф. Серегина, 2016 [320]; Л.А. Габуева, Н.Ф. Павлова, 2019 [88]; Т.А. Булгакова, М.В. Иванов, 2021 [60] и др.). Известны исследования, рассматривающие перспективы стратегического планирования в системе здравоохранения (К. Lapping, Е.А. Frongillo, Р.Н. Nguyen, J. Coates, Р. Webb,

P. Menon 2014 [724]; S. Merahn, 2015 [710]; A. Fry, N.N. Baum, 2016 [651]; E.N. Brockmann, K.J. Lacho, 2016 [588, 589]; L. Bijlmakers, D. Mueller, R. Kahveci, Y. Chen, G.J. van der Wilt, 2017 [680]; A. Orton, 2022 [725] и др.).

В научных публикациях (Ю.В. Михайлова, 2002 [257]; Н.А. Герасимова, А.Н. Калашник, 2010 [96]; М.Н. Наджафова, 2018 [271, 272]; В.Ф. Семенкин, 2020 [454]) обсуждается необходимость пересмотра подходов к системе планирования в здравоохранении. Стратегическое развитие отрасли предусматривает, прежде всего, укрепление кадрового состава системы здравоохранения как меры, призванной обеспечить выполнение задачи по повышению качества медицинской помощи населению, что отражено в многочисленных научных исследованиях (И.Ю. Бычкова, В.В. Шереметьева, 2019 [64]; Р.А. Халтурин, 2019 [530]; И.О. Маринкин, Е.Г. Кондюрина, Е.А. Аксенова, Е.А. Пушкарёва, С.В. Соколов, О.А. Латуха, 2020 [479]; Д.Е. Коробанов, Б.Т. Пономаренко, 2020 [200]; А.В. Решетников, 2010-2022 [338, 365-378, 436, 561]; А.Ю. Федотов, 2013 [522] и др.) и выполнения задач стратегического развития системы здравоохранения в целом (Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова, Е.В. Лазарева, 2010 [550]; В.В. Уйба, Н.Ю. Стасевич, А.С. Оленев, А.К. Алиев, 2017 [439]). Процессы изменений в системе здравоохранения изучены в отдельных качественных исследованиях (I. Holloway, S. Wheeler, 2014 [666]; А.Р. Заляев, Е.Ю. Шаммазова, Л.М. Мухарямова, 2022 [143]).

В ряде работ современных исследователей подчеркивается принципиальную значимость и необходимость совершенствования подготовки управленческих кадров системы здравоохранения (О.А. Башмаков, 2015 [45]; М.В. Щавелева, Т.Н. Глинская, Э.А. Вальчук, 2017 [557]; Ю.Ю. Швец, 2018 [545]; О.А. Александрова, О.А. Комолова, 2018-2019 [8, 9], В.А. Решетников, В.Н. Трегубов, Н.А. Соколов, 2018 [379]). Необходимость изучения социального портрета потребителя медицинских услуг, а также лиц, принимающих решения раскрыта в трудах А.В. Решетникова, К.Э. Соболева, Е.Б. Марочкиной (2022) [376].

Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.П. Столбов (2018) [199] отмечают, что пациентоориентированность является одной из ключевых составляющих современной модели организации медицинской помощи населению. В публикациях последних лет подчеркивается необходимость совершенствования

качества медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19, в том числе за счет расширения практик применения цифровых технологий (Е.И. Аксенова, 2022 [7]; В.А. Решетников, Н.Г. Коршевер, В.В. Роюк, С.А. Сидельников, 2022 [450], Г.С. Лебедев, Н.Л. Шепетовская, В.А. Решетников, 2021 [218]; Е.Е. Thomas, Н.М. Haydon, A. Mehrotra, et al., 2022 [603]; R.G. Malish, G. Meyers, C.D. Sondgeroth, et al., 2022 [648]; N. Groves-Kirkby, E. Wakeman, S. Patel, et al., 2023 [693]).

Совершенствование онкологической помощи населению как на федеральном, так и на региональном уровне [196, 259, 269, 277, 343, 349, 486, 543] – и является одной из ключевых целей государства и стратегическое планирование развития здравоохранения на перспективу ближайших лет предусматривает, прежде всего, необходимость оптимизации управления системой онкологической помощи населению (К.Р. Амлаев, М.Г. Гевандова, Е.Ю. Хорошилова, 2015 [12]; П.Ф. Кику, Г.Н. Алексеева, О.А. Измайлова и др., 2017 [259]; В.Г. Морева, Г.Н. Алексеева, П.Ф. Кику, 2018 [18]; А.В. Шабунин, 2021 [542]; М.Ю. Рыков, Е.Н. Байбарина, О.В. Чумакова, В.Г. Поляков, 2016 [297]; С.В. Юдин, М.В. Жерновой, П.Ф. Кику, С.С. Юдин, 2015 [277]).

Совершенствование медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями находится в центре внимания отечественных (Д.А. Андреев, А.А. Завьялов, А.Ю. Кашурников, А.Ю. Добродеев, 2020 [22, 187]); А.В. Важенин, С.В. Новикова, Ю.А. Тюков, 2020 [66]; М.В. Еругина, И.Л. Кром, А.Б. Шмеркевич и др., 2018, 2021 [71, 527]; Л.Д. Жуйкова, Е.Л. Чойнзонов, О.А. Ананина, И.Н. Одинцова, Л.В. Пикалова, 2021 [486]; И.Ф. Мухановой, 2017 [267, 268]; Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, М.А. Патрушев 2020 [275]; С.Ю. Ломаков, А.Е. Чернобровкина, 2020 [231]; А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.С. Алексеева, П.Ю. Балашов, 2013 [80]; А.В. Кутергин, О.И. Зырянова, М.В. Чайковская и др., 2021 [481] и зарубежных исследователей (D.M. Jackman, Y. Zhang, C. Dalby, et al., 2017 [624]; J.C. Kuo, D.M. Graham, A. Salvarrey, et al., 2020 [570]; M. Egbring, E. Far, M. Roos, et al., 2016 [568]; A. Harki, K.M. Chiu, T.H.L. Yau, S.H.D. Lai, 2020 [608]; C.M. Ruland, T. Andersen, A. Jeneson et al., 2013 [637]; T.M. Waters, C.M. Kaplan, I. Graetz et al. 2019 [730]; J.L. Weese, C.J. Shamah, F.A. Sanchez et al., 2019 [789]; C. Zimmermann, N. Swami, M. Krzyzanowska et al., 2014 [633]).

Одним из важных для диссертационной работы направлений исследований являются публикации, посвященные изучению качества жизни представителей социальной группы пациентов с онкопатологией (M. Findlay, N.M. Rankin, T. Shaw, et al., 2020 [594]; E.M. Colligan, E. Ewald, S. Ruiz, et al., 2017 [678]; T.A. Rummans, M.M. Clark, J.A. Sloan, et al., 2006 [673]; J.L. Steel, D.A. Geller, K.H. Kim et al., 2016 [796]; J.S. Teme, J.A. Greer, A. Muzikansky et al., 2010 [634]; M. Karimi, C. Wang, B. Bahadini, et al., 2020 [681]; А.В. Решетников, К.Э. Соболев, Н.В. Присяжная, 2016 [370], A. Reshetnikov, I. Frolova, O. Abaeva, et al., 2023 [575]).

В настоящее время в научном и медицинском сообществе активно обсуждаются возможности мониторинга качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями (Т.П. Никитина, А.А. Жернякова, Т.И. Ионова, 2020 [172]; Е.В. Барбашова, О.В. Лясковская, В.Г. Шуметов, 2021 [41]; Т.А. Бондарская, Е.Д. Толстенева, 2022 [55]; K. Absolom, A. Gibson, G. Velikova, 2019 [572]; A. Girgis, I. Durcinoska, A. Arnold, et al., 2019 [683]; S.G. Gensheimer, A.W. Wu, C.F. Snyder, 2018 [657]; C. Snyder, M. Brundage, Y.M. Rivera, 2019 [748]; N.E. Rothrock, D. Amtmann, K.F. Cook, 2020 [742]). В исследованиях также представлены возможности научного обоснования применения и адаптации инструментов стратегического планирования к особенностям системы здравоохранения (В.В. Дементьев и Г.С. Пономаренко, 2012 [119, 120]; Л.В. Лактионова, 2013 [215]; А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко, 2021 [35, 36]). Анализ возможностей применения количественных и качественных методов в изучении вопросов, связанных со здоровьем, анализируются в значительном количестве работ (Н.К. Гришина, 2011 [108]; А.В. Решетников, 2010-2022 [365, 366, 368, 372]; М.Ю. Сурмач, 2017 [501]; П.С. Селезнев, Е.Н. Домбровская, 2019 [451]; О.А. Харькова, К.К. Холматова, В.Н. Кузнецов, А.М. Гржибовский, Д.А. Крупченко, 2016 [183]).

Эффективность применения методологии медико-социологического мониторинга в сфере здравоохранения раскрывается в научных трудах академика РАН А.В. Решетникова, 2000-2023 [365-378]; О.А. Ушаковой, 2010 [517]; Н.К. Гришиной, 2011 [108, 174, 250, 312, 321]; А.А. Головина, 2021 [104]; Т.Н. Русских, В.И. Тиняковой, С.П. Строева, 2017 [440, 441]; Р.Т. Таировой, Е.А. Берсеновой, 2018 [503]; В.В. Марченко, 2010 [240]; В.Г. Парфенова, 2013 [324] и др.

Цели и задачи исследования

Цель диссертационного исследования – научное обоснование концептуальной модели и апробирование технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения.

В соответствии с целью были поставлены следующие **задачи**:

1. Провести анализ научно-методологической основы стратегического управления здравоохранением за рубежом, в стране и регионах Российской Федерации.

2. Разработать концептуальную модель и апробировать на территории субъекта РФ технологию многоуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения.

3. Разработать и апробировать медико-социологический инструментарий по проведению количественных и качественных исследований в системе территориального здравоохранения.

4. Изучить социально-экономические характеристики пациента (потребителя медицинских услуг) и его мнение о состоянии и проблемах регионального здравоохранения.

5. Изучить мнение пациентов об образе «идеального врача», способствующего реализации потребностей и оптимальному уровню ожиданий потребителей медицинских услуг при обращении в государственную систему здравоохранения на территории субъекта РФ, а также потенциал её ресурсного обеспечения.

6. Осуществить медико-социологическую оценку мнений пациентов об имиджевых характеристиках медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области.

7. Сформировать социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования – лица, принимающего решения по практической реализации государственных региональных программ среднесрочного стратегического развития отрасли.

8. Изучить существенные характеристики архетипа здравоохранения административного образования субъекта РФ с целью и возможностью использования их в области разработки программного обеспечения для стратегического развития отрасли, с учетом муниципальных особенностей.

9. С использованием социологического подхода, экспертных оценок оценить основные подпрограммы и мероприятия, способствующие оптимальному развитию системы территориального здравоохранения в период реализации текущих программ среднесрочного стратегического развития здравоохранения Подмосковья.

10. Выявить наиболее существенные для Московской области первоочередные направления по совершенствованию организации медицинской помощи для включения их в очередную среднесрочную стратегическую Программу развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг.

11. С использованием социологического подхода изучить мнение пациентов и врачей-экспертов о состоянии специализированной медицинской службы и их предложений по её совершенствованию (по материалам региональной онкологической службы).

12. Изучить и предложить структуру экономических и социальных индикаторов для расчета интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения региона, необходимого для изучения его динамики.

Объект исследования: потребители медицинских услуг (пациенты, проживающие на территории Московской области); руководители медицинских организаций, расположенных на территории административных образований региона; эксперты, работающие в учреждениях здравоохранения, расположенных на территории административных образований субъекта РФ; пациенты с онкологическими заболеваниями; группы врачей-онкологов с различным профессиональным стажем; врачи-эксперты (областной уровень).

Предмет исследования: социологическое осмысление среднесрочного стратегического развития регионального здравоохранения Московской области.

Научная новизна исследования

В результате проведенного исследования автором:

- впервые разработана концептуальная модель и апробирована технология 5-ти уровневой медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения, включающего изучение: потребностей, ожиданий и удовлетворенности пациентов деятельностью системы здравоохранения; имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования; мнения лиц, принимающие решения по практической реализации стратегических планов; деятельности областной специализированной медицинской службы по выполнению стратегических задач (на примере онкологической службы); мнения областных экспертов о ходе реализации стратегических планов и перспективных стратегических направлениях развития отрасли в регионе;

- на основании результатов проведенного исследования разработан и апробирован медико-социологический инструментарий для изучения стратегического развития регионального здравоохранения, который может использоваться во всех регионах Российской Федерации для решения аналогичных задач;

- по результатам анализа полученных совокупных данных сформулированы социально-экономическая характеристика типичного потребителя медицинских услуг в Московской области и образ «идеального врача», способствующего конвергенции потребностей и ожиданий пациентов при обращении в государственную систему здравоохранения;

- изучено мнение потребителей медицинских услуг об имиджевых характеристиках медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, которые влияют на реализацию потребностей населения в получении медицинской помощи надлежащего качества и соответствуют ожиданиям пациентов от встречи с системой государственного здравоохранения;

- с использованием медико-социологического подхода сформирован социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, - лица, принимающего решения по практической реализации государственных областных программ среднесрочного стратегического развития здравоохранения;

- разработаны и предложены характеристики архетипа здравоохранения административных образования субъекта РФ: систематизированной её модели, представленной с помощью формализованных актуальных показателей, выявленных в ходе экспертной оценки, с возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического развития отрасли, с учетом муниципальных особенностей;

- по материалам диссертационного исследования с использованием социологического подхода, экспертных оценок и результатов изучения мнения пациентов и лиц, принимающих решения, дана оценка основных подпрограмм и мероприятий, способствующих оптимальному развитию системы территориального здравоохранения в период реализации текущих государственных программ среднесрочного развития здравоохранения Подмосковья;

- предложены наиболее существенные для Московской области первоочередные направления по совершенствованию организации медицинской помощи для включения их в очередную среднесрочную стратегическую Программу развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг.;

- по итогам выполнения количественных и качественных медико-социологических исследований проанализирована деятельность областной специализированной (онкологической) медицинской службы в рамках реализации государственной программы стратегического развития здравоохранения Подмосковья;

- на основании результатов диссертационного исследования, впервые систематизирована структура экономических и социальных индикаторов для расчета интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения региона, позволяющего оценить его динамику.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость работы определяется актуальностью научных задач и исследований автора, а также значимостью диссертации как фундаментального труда, в котором детально представлены механизмы и инструменты проведения медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения. С помощью технологии пятиуровневого медико-социологического мониторинга, разработанной и апробированной на территории Московской области, получены систематизированные данные о динамике среднесрочного стратегического развития регионального здравоохранения, включающих в том числе: оценку потребностей, ожиданий и удовлетворенности пациентов деятельностью системы здравоохранения; социально-экономическую характеристику потребителя медицинских услуг (пациента) и его мнение о состоянии и проблемах регионального здравоохранения и образ «идеального врача»; существенные имиджевые характеристики медицинской организации, расположенной на территории административного образования, влияющие на реализацию потребностей населения в получении медицинской помощи надлежащего качества и соответствующие ожиданиям пациентов от встречи с системой государственного здравоохранения; социально-конструированный портрет лиц, принимающих решения по практической реализации стратегических планов; экспертные оценки о деятельности областной специализированной медицинской службы по выполнению стратегических задач; мнения областных экспертов о ходе реализации среднесрочных стратегических планов и первоочередных стратегических направлениях развития регионального здравоохранения в последующий период. Результаты исследования позволяют оптимизировать структуру и содержание образовательных программ медицинских вузов в части общественного здоровья, организации и социологии здравоохранения.

Разработанная в рамках диссертации концептуальная модель технологии пятиуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения выступает одним из инструментов стратегического планирования развития системы здравоохранения на федеральном и региональном

уровнях, а также для организации социологических исследований с использованием арсенала количественного и качественного его видов, поскольку предложен разработанный типовой социологический инструментарий, четкие критерии к внесению данных, позволяющие оценить социально-экономическую эффективность деятельности регионального здравоохранения. Значимость результатов исследования имиджевой составляющей медицинских организаций и построенный автором социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации может быть востребовано руководством и кадровыми службами субъектов РФ.

Методология и методы исследования

В рамках комплексного диссертационного исследования были использованы методы библиографического и информационного поиска, исторический, статистический, социологический метод (анкетный опрос, формализованное экспертное интервью, фокус-групповое интервью, метод экспертных оценок), методы системного и математического анализа. Для массива количественных данных использовались методы дескриптивной (выделение средних значений ($M \pm m$), моды, медианы) и вариационной статистики с вычислением параметрических и непараметрических критериев различия и коэффициентов корреляции (по Спирмену и Пирсону), межгрупповые различия были проверены с использованием t-критерия Стьюдента при нормальном распределении данных, а также χ -квадрата и U-критерия Манна-Уитни – при непараметрическом (ненормальном) распределении данных. Статистический анализ данных был реализован в программах IBM SPSS Statistics 23 и Microsoft Excel 2019).

В рамках формализованного интервью степень согласованности мнений экспертов рассчитывалась с использованием коэффициента конкордации Кендалла (коэффициента множественной ранговой корреляции W). Для оценки статистической значимости различий балльных оценок экспертов в рамках категорий одного вопроса применялся непараметрический критерий Фридмана для множественных сравнений связанных выборок (различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$).

Основными методами анализа данных фокус-группового интервью выступили герменевтический, тематический и дискурсивный анализ, массив мнений был систематизирован (закодирован) при помощи функции Word Frequencies (программа Atlas.ti), что позволило визуализировать ключевые тренды мнений.

Личный вклад автора

Вклад автора был основополагающим на всех этапах работы, диссертант является инициатором и непосредственным исполнителем всех этапов и направлений выполненной диссертационной работы. Он самостоятельно определил тему, изучил теоретико-методологические основы и проблемное поле диссертационного исследования, сформировал его план, структуру и дизайн, обеспечил сбор, обработку и систематизацию теоретических и эмпирических данных, выполнил анализ и интерпретацию полученных результатов, их представление в формате научной работы и публикаций по теме. Он лично осуществил анализ научной и нормативно-правовой литературы по проблемам стратегического развития здравоохранения и социологического подхода в деле оценки его результатов. Диссертант выполнил разработку программной части компаративного эмпирического исследования, включающего современные качественные и количественные методы, разработал исследовательский инструментарий, осуществил рекрутинг респондентов в рамках реализации всех направлений диссертационного исследования. Диссертантом самостоятельно реализованы анкетные опросы выбранных целевых групп респондентов и изучено их мнение о состоянии и проблемах в отрасли (пациентов, врачей, экспертов различного уровня, лиц, принимающих решения в ходе реализации среднесрочных стратегических планов) в Московской области. Математическая и статистическая обработка, а также анализ количественных и качественных показателей исследований был реализован автором с использованием современных программных пакетов IBM SPSS Statistics 26, Microsoft Excel 2019, Atlas.ti, Mymet.ai. Диссертант лично разработал сценарий и гайд фокус-группы, реализовал фокус-групповое интервью, обработку и анализ качественных медико-

социологических данных, на основании которых предложил научные подходы к формированию концептуальной модели технологии пятиуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения, а также предложил практические рекомендации по её использованию в качестве дополнительного источника информации и инструмента в стратегическом управлении отраслью на территории субъекта РФ.

Положения, выносимые на защиту

1. В условиях развития гражданского общества в современной России, расширения гласности и активного участия социальных агентов в процессе принятия решений и контроля за ними во всех отраслях социальной сферы и особенно в таком важнейшем социальном институте, которым является система охраны здоровья граждан, крайне актуальной становится задача медико-социологического мониторинга стратегического развития отрасли.

2. Концептуальная модель, разработанная и апробированная технология пятиуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения представляет собой эффективный и информативный метод, который может применяться также и в других субъектах Российской Федерации.

3. Для реализации медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения необходимо разработать, апробировать и использовать совместно количественные и качественные методы исследований.

4. Для разработки технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения необходимо изучить социально-экономические характеристики потребителей медицинских услуг (пациентов) и их мнение о состоянии и проблемах регионального здравоохранения, потенциале его ресурсного обеспечения, в том числе и в период пандемии новой коронавирусной инфекции, а также образ «идеального врача», соответствующего ожиданиям пациентов.

5. В настоящее время, когда пациент имеет право на свободный выбор медицинской организации и лечащего врача, когда предоставляется широкий спектр платных услуг, приносящий внебюджетный доход, поддержание положительного имиджа лечебного учреждения является приоритетной задачей, в котором принципиально важным является мнение пациентов. Удовлетворенность пациентов зависит не только от доступности и качества медицинской помощи, но и от состояния материально-технической базы, культуры общения медицинского персонала, наличия благоприятной атмосферы и других репутационных характеристик медицинской организации, расположенной на территории муниципального образования субъекта РФ. Для совершенствования восприятия населением основных имиджевых характеристик медицинской организации необходима системная целенаправленная работа.

6. Для социологического осмысления и понимания каким образом реализуются стратегические планы, начиная с медицинских организаций, расположенных на территории административных образований субъекта РФ, крайне важным становится формирование социально-конструированного портрета руководителя и изучение его мнения о деятельности этой организации, так как это лицо, принимающее решение, является основным социальным агентом в ходе реализации государственных региональных среднесрочных стратегических программ развития отрасли.

7. Для принятия управленческих решений при формировании очередного стратегического плана развития территориального здравоохранения необходимо изучение мнения экспертов о существенных характеристиках архетипа здравоохранения административных образований Московского региона, с целью и возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического развития отрасли с учетом муниципальных особенностей.

8. При подготовке очередных среднесрочных стратегических программ развития регионального здравоохранения особенно актуальной является медико-социологическая оценка экспертами районного и областного уровней основных мероприятий, способствующих оптимальному развитию отрасли в период реализации текущих программ среднесрочного развития здравоохранения Подмосковья.

9. В ходе медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения при оценке мнений экспертов, руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований - лиц, принимающих решения в практической деятельности; потребителей медицинских услуг в Московском регионе крайне важным становится выявление и ранжирование первоочередных направлений и мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи, которые необходимо включить в очередную среднесрочную стратегическую Программу развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг.

10. Совместное использование количественного и качественного методов социологического исследования по изучению мнения пациентов и врачей-экспертов о состоянии специализированной медицинской службы территориального здравоохранения позволит разработать более оптимальные предложения по её совершенствованию с учетом потребностей и ожиданий потребителей медицинских услуг (по материалам онкологической службы).

11. Стратегическое развитие территориального здравоохранения должно привести к социокультурным изменениям, в которых крайне актуальной является взаимосвязь между ними и социальными ожиданиями населения субъекта РФ, что может быть выявлено в ходе медико-социологического мониторинга. Для этого необходимо наряду с оценкой экономических индикаторов учитывать и оценку социальных индикаторов, при совокупности которых рассчитывается интегрированный индекс стратегического развития регионального здравоохранения, необходимый для оценки его социальной эффективности.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют пунктам 6, 11, 13, 14, 15, 17 паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Степень достоверности и апробация результатов

Результаты, полученные в ходе исследования, отвечают требованиям качества медико-социологической информации в части достоверности, устойчивости, репрезентативности и точности, что подтверждается значительным объемом аналитических материалов и использованием методик, соответствующих задачам исследования. Математическая обработка результатов количественных исследований основана на расчете репрезентативных выборочных совокупностей и применении современных статистических методов сбора, систематизации, обработки и анализа эмпирических данных. Выводы обоснованы, логичны, объективно и полноценно отражают результаты реализованных исследований, и не вызывают сомнений.

Материалы диссертации были использованы в рамках разработки программных документов и проведении научно-образовательных мероприятий Минздрава Московской области (2021-2023 гг.), обсуждались на заседании кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения факультета усовершенствования врачей МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (2022, 2023 гг.), на заседаниях кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (2019, 2020, 2023 гг.). Основные положения и результаты работы докладывались на Очередной III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социология медицины: векторы научного поиска» (Москва, 2015); совместном заседании Исследовательского комитета Российского общества социологов «Социология медицины» и ИК РОС «Социология здоровья и здравоохранения» по теме: «Общество и здоровье: зона социальной ответственности» (Москва, 2016 г.); заседании ИК РОС «Социология медицины» по теме: «Социология медицины и вызовы современности» (Москва, 2017); юбилейном заседании Исследовательского комитета Российского общества социологов «Социология медицины» с международным участием «Цифровые технологии и личность: конвергенции, риски и будущее», приуроченного к 260-

летию Сеченовского Университета (Москва, 2018); 2-м ежегодном симпозиуме «Актуальные направления современных социально-экономических исследований» в рамках X Общероссийской конференции с международным участием «Неделя медицинского образования – 2019» (Москва, 2019); научно-практической конференции с международным участием «Социологическое осмысление интегрального понятия качества жизни и методология его оценки» (Москва, 2019); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социология болезни» (Москва, 2020); совместном заседании ИК «Социология медицины» и ИК «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов на тему: «Социальный институт медицины и здоровье россиян в условиях глобальной цифровизации социума» в рамках VI Всероссийского социологического конгресса «Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов» (Москва, 2021); международной научно-практической конференции «Исторические основы профессиональной культуры в здравоохранении» (Беларусь, Гродно, 2022); 19th Biennial European society for health and medical sociology conference (University of Bologna, Italy, 25th-27th august 2022).

Апробация диссертационной работы проведена на совместном заседании секции «Терапия» Ученого Совета, кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья Факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского» и кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), протокол № 17 от «17» ноября 2023 г.

Внедрение результатов исследования

Результаты диссертационного исследования нашли применение в образовательном процессе медицинских вузов как столичного региона (Москвы и

Московской области), так и за их пределами (Воронежский ГМУ имени Н.Н. Бурденко, Новосибирского ГМУ). Представленные в диссертации научные положения, результаты комплексного исследования, практические рекомендации, внедрены в работу Минздрава и медицинских организаций Московской области, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, федеральных научно-медицинских центров Минздрава России. Руководство «Медико-социологический мониторинг» используется факультетами усовершенствования врачей и кафедрами медицинских вузов страны при изучении учебных дисциплин «Общественное здоровье и здравоохранение», «Социология медицины», «Экономика здравоохранения», а также медицинскими организациями при необходимости оценки результатов выполнения стратегических задач по методу «обратной связи».

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования опубликовано 26 научных работ, в том числе 10 статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета / Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук; 2 статьи в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus; 9 иных публикаций по результатам исследования; изданы 1 монография, 1 руководство, 1 учебное пособие, 2 учебника.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа включает два тома: диссертация на 557 страницах текста, том Приложения на 163 страницах. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 808 наименований источников, из которых 245 – на английском языке. Работа иллюстрирована 82 рисунками и 55 таблицами (35 таблиц в диссертации и 20 таблиц в приложениях).

ГЛАВА 1. НАУЧНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Система стратегического планирования на современном этапе развития российской государственности (общее и особенное в региональном сегменте)

В настоящее время уже общепризнано, что необходимость реализации долгосрочных задач социально-экономического развития страны предполагает использование «новых, более совершенных методов управления», в том числе и системы стратегического управления, базовой составляющей которого является стратегическое планирование развития во всех сферах народного хозяйства [471, 472, 500, 517].

Содержательное наполнение дефиниции «стратегическое управление» разрабатывается исследователями с начала XX века, при этом в фокусе внимания находились именно задачи по управлению долгосрочными процессами (целями) компании и подбору инструментов, отвечающих за их достижение [33, 59, 98, 182, 274, 333]. В 1965 г. американский исследователь русского происхождения Игорь Ансофф вводит понятие «стратегического управления» (менеджмента) в научный оборот и отмечает принципиальную важность адекватности инструментов управления принимаемым решениям в вопросах развития компании – и в этом контексте стратегическое управление рассматривается им как «набор правил для принятия решений, которыми организация руководствуется в своей деятельности» [24, 25]. Особое значение для стратегического управления, по его мнению, имеет функциональный потенциал и потенциал общего руководства компанией [24, 25].

Г. Минцберг, опираясь на концепцию стратегического управления И. Ансоффа, выделяет пять ключевых элементов стратегии («пять П»): план (plan) –

определение конкретных задач / набора действий для достижения цели; позиция (position) – определение уникальных характеристик и положения организации; перспектива (perspective) – соответствие разработанной стратегии ключевым тенденциям в сфере организации и запросам потребителей; паттерн действия (pattern) – поведенческие принципы, шаблоны, модели, используемые для реализации стратегии; прием (ploy) – возможные маневры / тактические ходы в рамках выбранной стратегии [254, 712]. Предложенные Г. Минцбергом элементы позволяют при разработке стратегии (стратегическом планировании) охватить ключевые составляющие системы управления развитием организации [254, 712].

По мнению Дж. Джонсона и К. Шоулса, при принятии стратегических решений необходима «реализация трех процессов: проведение стратегического анализа, разработки, сравнения и выбора стратегических альтернатив; реализация выбранной стратегии» [685]. Близким к их представлениям является понимание стратегического управления А. Роу, Р. Мейсона и К. Дикель, которые определяют его как «процесс принятия решений, который объединяет внутренние организационные ресурсы с благоприятными возможностями внешней среды» [743].

Важным для теоретико-методологической базы диссертационной работы стали характеристики современного развития стратегического управления, предложенные Р. Акоффом [6]:

1. Глобальность стратегического воздействия на организацию в целом, влияние на все системообразующие переменные.
2. Долгосрочность и перспективность (стратегия разрабатывается на определенный период).
3. Критичность для жизнеспособности организации (неверные стратегические решения ведут к ухудшению положения организации, исправление допущенных ошибок требует больших затрат, поэтому прогнозирование деятельности является важной и неотъемлемой частью).
4. Приоритетность (стратегия развития – высший уровень управления, от которого зависят нижестоящие уровни, неразрывно связанные со стратегией,

поэтому изменения в ней влекут за собой соответствующие изменения во всей организации).

5. Сложность анализа, прогнозирования и многообразие стратегических решений (при увеличении срока стратегического планирования повышается и количество факторов, влияющих на конечный результат) [6].

В целом, в научной литературе понятие стратегического управления охватывает широкий спектр составляющих деятельности организации, но прежде всего, отражает связь долговременных целей и подходов к управлению кадровым составом [24, 495, 496, 508] – то есть является управлением, при котором «максимально эффективно используется человеческий потенциал, что позволяет ... добиваться конкурентных преимуществ, достигать поставленные цели» [76].

Так, еще А.Д. Чендлер описывал стратегическое управление как «процесс определения основных среднесрочных и долгосрочных целей и задач организации, утверждение программы действий, и распределение ресурсов, необходимых для достижения этих целей» [612], а А.А. Томпсон и Дж.А. Стрикленд характеризовали его как «процесс, позволяющий управленческому персоналу определять долгосрочные направления развития организации, устанавливать стратегические цели, формировать и реализовывать планы по их достижению, находясь при этом в непредсказуемых обстоятельствах» [508].

Эти подходы, определив векторы научного поиска в обсуждаемом проблемном поле, акцентировали внимание на необходимости учета в стратегическом управлении условий внутренней и внешней среды – что имеет принципиальное значение при масштабировании указанных процессов на уровень государственных управленческих решений.

Мировой опыт убедительно показывает, что достижение долгосрочных целей требует внимательного отношения к выбранным методам и инструментам стратегического планирования [94, 211, 227, 276, 326, 548, 588-592, 626, 651, 656, 661, 701, 732, 803]. При этом стратегическое планирование является инструментом решения управленческих задач различного уровня: развитие отдельных предприятий и организаций (микроуровень), регионов (мезоуровень), экономики в

целом (макроуровень) [30, 31, 70, 79-81, 111, 129, 230-237, 523, 571, 652, 753, 754]. Стратегическое планирование, определяя перспективы развития системы здравоохранения, прежде всего, ориентировано на пациента – что обоснованно выдвигает на первый план приоритетные задачи выстраивание интегрированной системы взаимодействия в рамках здравоохранения, повышения качества медицинской помощи, укрепления кадрового состава медицинских организаций, а также системного анализа внешних и внутренних факторов, влияющих на медицинские организации и систему охраны здоровья граждан в целом [30, 230, 602, 604, 650, 677].

В современных условиях наиболее перспективной формой в региональном управлении выступает стратегическое планирование, позволяющее интегрировать региональные стратегии в макростратегию и обеспечить консолидацию усилий. Стратегический план определяет общие направления развития и отраслевые перспективы экономики региона, и предусматривают возможность детализации планов и внесения необходимых коррективов для оперативного управления изменениями [10, 574, 593]. Достоинством стратегического планирования выступает адаптация экономики региона к влиянию системных внутренних и внешних факторов, при этом стратегические векторы развития экономики региона создают возможность совершенствования планирования на микроуровне управления [155, 235, 517].

Таким образом, принятие решений, затрагивающих стратегическое развитие отраслей на государственном уровне требует системной проработки всех составляющих процесса планирования с учетом динамичных изменений и трендов развития отраслей [37, 51, 134-136, 198, 328, 452, 472, 473, 502, 565, 792]. Одновременно с этим, по мнению Ю.В. Евстафьевой, значение государственного стратегического планирования в России определяют «объективные закономерности долгосрочного экономического развития, ... которое характеризуется нелинейностью, неравновесностью и неопределенностью, что объективно затрудняет управление этим процессом», необходимость «предвидения

предстоящих изменений, заблаговременное выявление угроз и возможностей дальнейшего развития, определение его перспективных направлений...» [137].

Это подчеркивает необходимость учета главного принципа планирования – принципа системности, предполагающий «обеспечение внутренней сопряженности разрабатываемых документов стратегического планирования как по основным этапам стратегического планирования (прогнозирование, целеполагание и стратегирование, программирование и планирование), по уровням планирования (федеральный, отраслевой и региональный, включая муниципальный), а также во временном интервале» [224]. Кроме того, к основным принципам, необходимым для осуществления стратегического планирования, по мнению А.Ф. Хурматуллиной, относятся комплексность, прозрачность, преемственность, последовательность реализации, измеримость целей, реалистичность, результативность [536].

Составляя единый управленческий цикл, стратегическое планирование, по мнению Е.Б. Ленчук и соавт. [224, 225], включает такие этапы, как стратегический анализ и прогноз, целеполагание и разработка стратегий, планирование и программирование, мониторинг и контроль, уточнение и корректирование документов стратегического планирования, а также анализ возможных сценариев развития внешних (геополитических и геоэкономических) и внутренних условий, оценку существующих направлений развития, рисков и возможностей для их преодоления [226, 227].

Многочисленные исследования предлагают различные интерпретации понятия стратегического планирования, формируя при их пересечении основные содержательные элементы данной дефиниции. Кроме того, в научной литературе отмечается, что стратегическое планирование заключается в формировании «с учетом устанавливаемых государством приоритетов долгосрочного развития экономики» государственного воздействия на «цели социально-экономического развития, а также на ресурсы и инструменты их достижения» [99]. При этом государственное стратегическое планирование призвано обеспечить поддержание экономической безопасности, целостности социального развития, обеспечение

достаточного уровня национальной конкурентоспособности и пр. [209]. Анализ российских и зарубежных исследований, определяющих содержание стратегического планирования, отражает диапазон и многоаспектность указанного термина (Таблица 1).

Таблица 1 – Определения понятия «стратегическое планирование» в подходах российских и зарубежных исследователей

Автор	Определение понятия «стратегическое планирование»
Брайсон Дж. и соавт.	Упорядоченное усилие по принятию фундаментальных решений и действий [600]
Бухвальд Е.М.	Качественно новая система государственного и муниципального управления обеспечивает устойчивый динамичный рост и высокую конкурентоспособность российской экономики [61]
Воденко К.В. и соавт.	Набор определенного количества сценариев развития компании, территории, отрасли либо государства в целом [81]
Глазьев С.Ю.	Необходимый элемент для увязывания всех элементов системы управления экономикой в единое целое [101]
Драгомирецкий И.И. и соавт.	Деятельность, связанная с определением целей управляемой системы, поиском наиболее эффективных способов их достижения, а также с разработкой показателей, позволяющих оценивать степень достижения поставленных целей [133]
Евдокимова Т.Р.	Одна из главных функций управления, которая позволяет определить долговременные перспективы, выявлять индикаторы развития и направлено на формирование институтов, обеспечивающих достижение поставленных целей [136]
Кокошин А.А.	Алгоритм действий, увязанных в пространстве (по исполнителям) и во времени (по срокам), нацеленных на выполнение стратегических задач; процедура определения жизненно важных и стратегических интересов, целеполагания [192]
Ленчук Е.Б. и соавт.	Процесс формирования долгосрочных целей, задач и приоритетов социально-экономического развития, направлений структурной модернизации экономики и ресурсного обеспечения их реализации [221]
Мезенцева Е.Н.	Специфическая организационно-управленческая деятельность, ориентированная на формирование будущего видения предприятия с учетом перспектив его развития, складывающихся условий и тенденций во внешней и внутренней среде его функционирования и определяющую пути достижения и направления движения к желаемому состоянию [243]
Миронова А.А.	Управленческий механизм, ориентирующий на сотрудничество всех участников процесса [256]
Петров А.М.	Ключевой инструмент модернизации функционирующей системы государственного управления [328]
Якимов А.В.	Процесс оптимизации всех видов ресурсов, позволяющий организации наилучшим способом исполнить ее миссию и добиться устойчивых конкурентных преимуществ [565]

Таким образом, аналитический обзор литературы позволяет сделать вывод, что *стратегическое планирование – это процесс долгосрочного целеполагания, определяющий контуры и содержание организационной, кадровой и производственной деятельности на основе имеющихся ресурсов и с учетом тенденций изменений внутренней и внешней среды, а также результатов регулярного мониторинга целевых показателей.*

История показывает, что переход к практике стратегического планирования в России осуществлялся в сложных геополитических и геоэкономических условиях, в ситуации, когда возможности прогнозирования весьма ограничены, а риски очень велики [367]. В таких условиях стратегическое планирование «повышает устойчивость национальной экономики и снижает влияние внешних конъюнктурных факторов на экономический рост» [222].

Система стратегического планирования в современной России фактически стала формироваться в постперестроечном периоде, на этапе масштабных социально-экономических преобразований всех сфер народного хозяйства. Трансформация социального, экономического и политического пространства в 1990-е гг. в России инициировала во многом несистемный характер стратегического планирования в последующие периоды социального развития России на федеральном и региональном уровнях [58, 59] – однако эти инициативы постепенно были гармонизированы.

Согласно Т.А. Мясниковой, можно выделить два основных этапа становления стратегического планирования в современной России – при этом она отмечает, что «методология стратегического планирования в условиях рыночной экономики» [270] формируется с начала 1990-х годов (которые она относит к первому этапу его становления). Второй этап (2005-2014 гг.) характеризуется формированием нормативно-правовой базы стратегического планирования (на основе Стратегии социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года).

Формирование системы стратегического планирования в России, прежде всего, связано с развитием нормативно-правового ландшафта России. Так,

принятие Федерального Закона от 20 июля 1995 г. №115 ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации» [383] позволило определить цели и содержание программ и направлений социально-экономического развития Российской Федерации, основанных на «законах рыночного хозяйствования», а также подходы к разработке концептуальных основ социально-экономического развития Российской Федерации в долгосрочной, среднесрочной и краткосрочной перспективе [383].

Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 № 536 «Об основах стратегического планирования в Российской Федерации» расширил охват стратегического планирования, включив «определение основных направлений, способов и средств достижения стратегических целей устойчивого развития Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности» [428], а системность реализации стратегического планирования обеспечивалась за счет «сопряжения (функциональной взаимосвязи) разрабатываемых документов, под которым понимается обеспечение их содержательной взаимосвязанности» [428]. Цель стратегического планирования в России была определена как «разработка институциональных, организационных и иных мер по обеспечению конституционных прав и свобод, высокого качества и уровня жизни российских граждан, по достижению устойчивого развития Российской Федерации...» [428].

Среди ключевых задач, в указанном документе были обозначены совершенствование нормативно-правовой, научной и методологической базы в области стратегического планирования, проведение комплексного мониторинга развития федеральных округов и субъектов Российской Федерации, в том числе совершенствование государственной системы информационно-статистического наблюдения за показателями устойчивого развития Российской Федерации и обеспечением национальной безопасности, осуществление мер информационно-аналитической, ресурсной и кадровой поддержки стратегического планирования, реализация мер по оценке степени соответствия планируемых на федеральном, региональном, межрегиональном, межотраслевом и отраслевом уровне

программно-целевых социально-экономических мероприятий задачам устойчивого развития Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности [428].

Основы стратегического планирования в Российской Федерации [419], концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [412] и Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года [420], определили стратегическое планирование на долгосрочную (10-20 лет), среднесрочную (5-10 лет) и краткосрочную (3-5 лет) перспективу на федеральном, региональном, межотраслевом и отраслевом уровнях социально-экономической иерархии. При этом на основании принятого в 2009 г. Федерального закона № 8-ФЗ «Об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления», стейкхолдеры имеют возможность получать необходимую информацию о государственных решениях, а власть получает обратную связь от стейкхолдеров территории [177, 385].

Принятие Федерального закона Российской Федерации от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» [384] (пришедшем на смену ФЗ от 20 июля 1995 г. №115 «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации» [383]), позволило «объединить имеющиеся стратегические управленческие решения» [170] и впервые установить формирование «пакетов» документов стратегического многоуровневого планирования, определив полномочия федеральных, региональных и муниципальных органов государственной власти в сфере стратегического планирования [223, 273, 274].

Необходимо отметить, что в указанном законе дано определение стратегического планирования как деятельности «участников стратегического планирования по целеполаганию, прогнозированию, планированию и программированию социально-экономического развития Российской Федерации ... , направленная на решение задач устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации» [384] – что указывает на закрепление связи планирования стратегического развития и показателей социально-экономического

развития страны. Как отмечает Е.Б. Ленчук и соавт., этот закон, рассматривает стратегическое планирование «как инструмент формирования долгосрочных приоритетов деятельности государства» [223], направленной «на решение задач роста российской экономики, повышения качества жизни населения и механизм обеспечения согласованного взаимодействия всех участников стратегического планирования» [225].

При этом стратегия развития региона становится «инструментом согласования документов стратегического планирования разноуровневых территориальных систем» в соответствии с ФЗ-172 [384], что позволяет рассматривать региональное стратегическое планирование через призму «пространственного среза» [62]. Федеральный закон от 23.06.2016 г. № 210-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О стратегическом планировании в Российской Федерации» способствовал уточнению и усовершенствованию разработки «документов стратегического планирования (планы и программы), учитывающих положения указанных основополагающих документов» [382].

Лидерство в мировой экономике в значительной мере определяется конкурентоспособностью страны на глобальных рынках образовательных и медицинских технологий и услуг [150]. Перспективы развития здравоохранения инициировала утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 г. № 1640 Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [425]. Послание Президента РФ Федеральному Собранию [435] и Указ от 7.05.2018 г. № 204 «подтвердили необходимость стратегического планирования как нового инструмента государственного управления» [423].

Методические рекомендации Министерства экономического развития РФ по разработке и корректировке стратегии социально-экономического развития субъектов РФ [400] указывают, что в аналитическом блоке разработки Стратегии социально-экономического развития субъекта целесообразно проведение сравнительной оценки деятельности региона для выявления конкурентных преимуществ – на основе анализа «совокупности природных, социально-

экономических, научно-образовательных, технических, информационных, культурных и институциональных условий, сложившихся в регионе, отличающих его от других регионов и определяющих производственные и иные особенности его развития на долгосрочную перспективу» [516].

В Указе Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [423], определившим векторы стратегического планирования на государственном уровне, по мнению Е.Б. Ленчук, «впервые в качестве ключевых ориентиров развития были названы повышение качества жизни и освоение достижений современной научно-технологической революции» [228]. В целом, в научной литературе, по своему содержанию и значению Указ оценивается как документ стратегического планирования, принятым в рамках целеполагания [471, 472].

В соответствии с Указом Президента от 07.05.2018 № 204 (ред. от 19.07.2018) 31.10.2018 г. утверждена новая редакция Постановления Правительства Российской Федерации «Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации» [424], которое по мнению ученых, инициировало перемены, направленные на изменение способов управления на всех уровнях власти [153] и способствовало переходу к реализации стратегического планирования решения социально значимых задач в рамках национальных проектов Российской Федерации [164, 219, 423]. Переход на проектное управление пилотных госпрограмм (в области образования, здравоохранения, сельского хозяйства, транспорта и строительства утвержден Постановлениями Правительства РФ от 12.10.2017 г. № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации» [417] и № 1243 «О реализации мероприятий федеральных целевых программ, интегрируемых в отдельные государственные программы Российской Федерации» [418].

Федеральные проекты, входящие в национальные проекты «Здравоохранение» («Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»), «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Развитие экспорта медицинских услуг», «Развитие

детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» и «Демография» («Укрепление общественного здоровья», «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение»), ориентированы на «улучшение, сохранение, восстановление, поддержание состояния здоровья населения страны» [328, 395, 409, 519, 528].

Отмеченные векторы также закреплены Указом Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» [422], в котором определены также меры по увеличению численности населения, продолжительности здоровой жизни, снижению уровня смертности и инвалидности населения, а также признается необходимость структурных преобразований для обеспечения соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья [422].

Реализация запланированных в рамках национального проекта «Здравоохранение» федеральных проектов способствует модернизации российской системы здравоохранения, а также повышению доступности и качества медицинской помощи населению. По мнению исследователей, в настоящее время в России на федеральном уровне «формируются подходы, обеспечивающие методологическое единство разрабатываемых документов и их согласование с государственной стратегией экономического и социального развития» [59], а обсуждение возможностей и перспектив стратегического планирования в практике государственного управления проводится в контексте его использования в решении актуальных проблем социально-экономического развития России [32, 33, 97, 98, 136, 219, 220], отраслевых перспектив стратегического управления, анализа российского и зарубежного опыта [198, 223, 230, 367, 497].

Это также определило необходимость использования инструментов стратегического планирования в системе регионального управления социально-экономическим развитием [28, 30, 34, 37, 452, 458, 523]. Как указывают многие исследователи, система стратегического планирования должна создавать базисный план для развития территорий, связанный с конкретными проектами и с перспективными экономическими направлениями развития каждого муниципального образования региона [452].

А.Г. Атаева, рассматривая регион как объект стратегического планирования обращает внимание на необходимость учета его особенностей [30]: регион занимает промежуточный уровень в системе публичного управления, является участником конкурентных отношений, интегративной и сложносоставной социально-экономической системой (включающая множество стейкхолдеров со своими интересами), отличается нелинейным характером развития, информационной открытостью регионального управления и действует как открытая система, характеризующаяся не только значительным количеством внутренних связей, но и связей с внешней средой [30].

Это определяет необходимость наличия в региональных стратегиях системы мониторинга и корректировки целевых индикаторов в условиях изменения внешних и внутренних факторов, а также использования сценарного подхода, поскольку нелинейность социально-экономических изменений и развития означает существование объективной возможности многовариантной последовательности событий.

Таким образом, структура регионального стратегического планирования в Российской Федерации в настоящее время включает стратегию социально-экономического развития регионов, документы территориального планирования, среднесрочные и краткосрочные программы социально-экономического развития региона [502, 554]. При этом методологическую основу системы стратегического планирования составляет системный подход и его аспекты: элементный (составляющие элементы, их количество и качество); структурный (способы связи и организации взаимодействия между элементами); функциональный (функции

системы и функциональные задачи подсистем); процессный (функциональные процессы); коммуникативный (связи и взаимодействия с внешней средой); управленческий (роль управления в системе); информационный (процессы информационного обмена); временной (организация процессов с учетом фактора времени) [124].

Тем не менее, в критических научных публикациях отмечается, что для стратегии социально-экономического развития и для всей системы документов стратегического планирования характерна избыточность [136] и «несмотря на множество принятых документов, стратегическое планирование не оказывает заметного влияния на развитие российской экономики» [137]. По мнению К.В. Будаевой, осуществившей структурно-содержательный анализ документов стратегического планирования, в настоящее время «отсутствует соблюдение принципа единства и целостности, принципа согласованности, программно-целевого принципа» [58].

В научных исследованиях также обсуждаются проблемы, существующие в российской системе стратегического планирования, подчеркивается, что разрабатываемые государственными структурами документы стратегического характера «... не представляют собой целостную систему, а многие цели и задачи, содержащиеся в документах, довольно слабо коррелируют между собой» [497, 100] и в рамках формируемой системы стратегического планирования в России выстроены и функционируют лишь отдельные ее элементы и блоки, которые пока не могут отвечать требованиям системности и сбалансированности [472] – и, в частности, Е.Б. Ленчук и соавт. отмечают, что за прошедшие годы с момента принятия ФЗ №172 от 28 июня 2014 г. «О стратегическом планировании в Российской Федерации», «не удалось реализовать системный подход при формировании документов стратегического планирования» [284].

По мнению С.М. Заверского и соавторов, ключевые проблемы «находятся в институциональной сфере» [497] – при этом авторы указывают на отсутствие механизма оценки выполнения заявленных планов, «в результате чего эти планы принимают сугубо формальный характер» и вследствие чего также отсутствует

реализация «значительного числа концепций, стратегий, утвержденных планов и программ» [497]. С.Ю. Глазьев отмечает, что система не работает «из-за отсутствия механизма исполнения, инструментов и институтов, несущих ответственность за реализацию этих документов стратегического планирования» [101].

Проблему увязки прогнозных значений показателей в документах стратегического планирования О.О. Смирнова и соавт. рассматривают как одну из причин низкой эффективности стратегического управления в России, не позволяющей «обеспечить скоординированную деятельность участников стратегического планирования, ... эффективность механизмов обратной связи в системе государственного управления» [472].

В.П. Назаров, отмечает, что на эффективность стратегического планирования в современной России влияет «фрагментарность научных исследований в области государственного управления и стратегического планирования, недостаточность научного обеспечения и сопровождения системы стратегического планирования, слабую методологическую основу этого процесса, отсутствие системного подхода к организации стратегического планирования» [273].

Критические замечания позволяют определить области для совершенствования стратегического планирования и определяют необходимость наличия в региональных стратегиях системы мониторинга и корректировки целевых индикаторов в условиях изменения внешних и внутренних факторов, а также использования сценарного подхода, поскольку нелинейность социально-экономических изменений и развития означает существование объективной возможности многовариантной последовательности событий.

Таким образом, анализ научной литературы позволил выделить этапы формирования системы регионального стратегического планирования в современной России:

- 1) Первый этап (1994-2000 гг.) характеризуется реализацией федеральных целевых программ регионального социально-экономического развития, а также самостоятельностью регионов в осуществлении направлений стратегического развития.

2) Второй этап (2000-2009 гг.) сопряжен с сокращением федерального целевого планирования и активизацией регионального сегмента. Это способствовало тому, что в 2007 г. более 60 субъектов РФ разработали стратегии социально-экономического развития регионов.

3) Третий этап (2009-2020 гг.) приходится на период утверждения Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г., которая определяет новые направления регионального развития и трансформацию системы регионального стратегического планирования, а также принятия Федерального закона Российской Федерации от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» [384]. С этого момента практика стратегического планирования выстраивается с учетом теории нового государственного управления, «умной» специализации, региональной устойчивости в состоянии «новой реальности» [58].

4) Четвертый этап (2020 г. – настоящее время) включает не только активное участие органов власти всех уровней, но и активно распространяется на отрасли народного хозяйства (в частности, систему здравоохранения) с использованием технологий цифровизации и алгоритмов искусственного интеллекта в определении направлений стратегического развития, а также является периодом аналитического осмысления данных мониторинга программ стратегического развития отраслей, реализованных в предыдущий период [3, 368, 473].

1.2. Современные концепции и научные подходы к стратегическому планированию развития здравоохранения в международной практике (традиционные модели стратегического планирования и динамика их совершенствования)

Многолетний мировой опыт свидетельствует о том, что стратегическое планирование «может быть использовано для решения широкого круга

управленческих задач – от развития отдельных компаний (микроуровень) до развития экономики в целом (макроуровень) [74]. Сегодня в научной среде все чаще признается, что обеспечение темпов экономического роста выше среднемировых требует «кардинального пересмотра всей системы стратегического управления, которая ... опирается, главным образом, на стратегическое планирование» [101].

При этом особенности реализации стратегического планирования в различных странах связаны как с историческим контекстом развития государства (как в случае стратегического планирования «пятилеток» советского периода или подходом к планированию развития страны на десятилетия в современном Китае), социальными и культурными особенностями сферы реализации стратегических планов, так и спецификой целей развития и методов управления в той или иной парадигме [186, 197, 535, 786].

Проблематика стратегического планирования привлекла интерес исследователей в конце 1950-1960-х гг. XX века, на волне нарастания кризисных явлений во многих промышленно развитых странах, усиления международной конкуренции и стремлением к политическому лидерству в послевоенный период [1, 2, 6, 25, 26, 77, 79-81, 99, 188, 202, 264, 492, 493, 497, 506, 541, 699, 749]. Формирование концепций стратегического планирования во многом было связано с поиском путей преодоления ограничений системы долгосрочного планирования как на государственном, так и на уровне отдельных систем и организаций, четко проявившихся в неопределенности параметров общего экономического развития в указанный период.

Первая парадигма стратегического планирования – «стратегия как планирование» – сформировалась за рубежом в 1950-1970-х гг. Данная парадигма оказалась результативной для относительно стабильной экономической ситуации, но неэффективной в условиях стремительно меняющихся внешних условий и ужесточения международной конкуренции. Так, П.В. Магданов отмечает, что изменение концепции парадигмы стратегического планирования было определено

«эволюцией научного менеджмента и теоретико-методологическим развитием концепции стратегического планирования» [233].

Однако ключевые теоретико-методологические подходы к осмыслению вопросов стратегического планирования связаны с формированием в 70-е годы системного подхода к управлению [234] и разработкой научной основы общей теории систем (Л. Берталанфи) и теории целеустремленных систем (Р. Акофф). Понимание взаимосвязи и возможностей открытых систем в обмене информацией (кадрами, капиталом и пр.) и, соответственно, оперативной стабилизации с учетом внешнего и внутреннего давления (влияния), определяют условия оптимизации процессов управления в организации.

В условиях эволюции научного менеджмента и развития концепции стратегического планирования в начале 1980-х гг. наблюдается переход к парадигме «стратегия как мост между желаемым и действительным», которая строится на понимании фактической ситуации и положения организации и цели ее стратегического развития (желаемый уровень развития), и предполагает «выстраивание моста» задач для достижения цели. В этом контексте получают особое значение наработки И. Ансоффа, который определяет задачу стратегического планирования как «обеспечение нововведений и изменений для адекватной реакции на изменения во внешней среде» [24].

При развивающихся в мировом сообществе в 1990-х годах кризисных явлениях в социально-экономической сфере, меняется и парадигма стратегического планирования, сущность концепции которой формулируется как «стратегические решения – управление изменениями – стратегический контроль» [224]. Проведенные в тот период мета-анализы выявили положительную взаимосвязь между стратегическим планированием и эффективностью организации [598, 711], однако исследования по стратегическому планированию подверглись критике за то, что они отождествляют корреляцию с причинно-следственной связью. То есть, указывалось, что реализация утвержденного стратегического планирования может не влиять на фиксируемые изменения показателей деятельности организации, которые могут быть обусловлены

воздействием неучтенных при стратегическом планировании факторов (благоприятными условиями, высоким уровнем компетентности управленческого звена, благоприятная ситуация на рынке услуг и др.) [756].

В настоящее время в стратегическом планировании выделяют рационалистическую (планирование и реализация), эволюционную (планирование и обновление по мере изменений) и процессуальную (выбор шаблонов в зависимости от ситуации) парадигмы [244]. Стратегическое планирование при этом выступает инструментом анализа внутренних ресурсов и возможностей организации и внешних условий конкурентной среды, а также поиска дополнительных возможностей с учетом специфики организации в условиях растущей непредсказуемости и новизны [507, 571, 586, 687, 722].

В научной литературе отмечается, что система стратегического планирования является многоаспектным феноменом (системой) в рамках которого функционируют «относительно самостоятельные подсистемы: выработки стратегического целеполагания и разработки документов стратегического планирования; стратегического контроля и оценки результатов деятельности; информационно-аналитического обеспечения, деятельность которых направлена на решение задачи «проектирования будущего» и выработку практических шагов по его достижению» [273, 274, 498, 605, 703, 751, 784]. Одним из динамично растущих сегментов системы здравоохранения большинства стран мира являются телемедицинские услуги и интеллектуальный мониторинг состояния пациентов, что во многом определяет векторы стратегического планирования цифровых ориентиров медицины будущего [583, 584, 621, 631, 667, 674, 682, 692, 713, 717, 728, 736, 746, 767, 769, 771, 781, 788, 794, 795, 804].

Стратегическое планирование в системе здравоохранения стало активно использоваться в 1980-х годах, и, прежде всего, получило свое распространение в частном секторе здравоохранения [163, 586, 598]. Среди методов, применяемых для разработки стратегических планов наиболее популярными были сканирование окружающей среды, SNW- и SWOT-анализ (анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз), дорожные карты программ и продуктов, планирование

сценариев, прогнозирование [63, 78, 151, 167, 201, 203, 208, 360, 361, 447, 461, 462, 470, 524, 525, 581, 704].

Известны исследования, рассматривающие перспективы стратегического планирования в системе здравоохранения [588, 589, 651, 654, 680, 694, 710, 724, 725]. В настоящее время в зарубежных научных источниках стратегическое планирование в системе здравоохранения рассматривается как ««абсолютно действенный и полезный инструмент для руководства всеми типами организаций, включая организации здравоохранения» [630, 741], позволяющий определить цели и задачи развития организации с учетом текущих приоритетов и будущих инициатив, динамики изменений, степени сложности, кадровой и организационной структуры системы здравоохранения каждой страны [590, 591, 662, 676, 696, 733, 750, 754, 772, 790]. По определению W.T. Mallon, стратегическое планирование – это процесс, с помощью которого организация отличает себя от своих прямых или возникающих конкурентов для достижения своих целей [704].

При этом динамический стратегический план выступает фундаментальным инструментом для формирования и поддержания представлений медицинской организации о перспективах будущего развития, представляет собой долгосрочное видение повышения эффективности организации, и одновременно выступает моделью планирования и внедрения структур и процессов управления результатами, отражает и формирует организационную культуру, определяет контуры пациентоцентричного подхода в здравоохранении, обеспечивает поддержку принятия решений, и в целом интегрирует и согласовывает работу организации в конкурентной среде [158, 207, 330, 464, 508, 601].

Исследование стратегического планирования в медицинских образовательных учреждениях, проведенное D. Wiedman et al., показало, что стратегическое планирование выступает одним из важных элементов управления изменениями организационной культуры [800]. Принимая во внимание особенности культурной среды в системе здравоохранения и медицинского образования, специфику профессионального сообщества медицинских работников и профессорско-преподавательского состава, «язык стратегии» может стать

императивом развития организации – что ярко отражено в результатах исследования, представленного N. Byrne et al. [752]. Другими словами, внедрение стратегических подходов к развитию деятельности медицинской организации происходит в сопряженности с символическим эффектом стратегии как культуры, и может быть использовано заинтересованными сторонами для управления изменениями.

Сегодня распространен подход к пониманию стратегического планирования как систематического процесса, посредством которого медицинская организация укрепляет приверженность ключевых заинтересованных сторон целям и приоритетам, имеющим важное значение для ее деятельности [684, 792, 805]. Специалисты в области стратегического планирования отмечают, что, если все запланированные шаги выполняются последовательно и системно, сопровождаются регулярной оценкой, стратегическое планирование «может быть очень действенным средством ... обеспечения того, чтобы можно было эффективно управлять ожиданиями заинтересованных сторон» [656].

В научной литературе отмечается, что процесс стратегического планирования обеспечивает более эффективное использование человеческих и материальных ресурсов медицинской организации [723], включает определение миссии, конкурентный анализ рынка, оценку текущей среды, перспективных направлений развития, оценку финансового состояния, подготовку SWOT-анализа, перевод деятельности в конкретные долгосрочные цели и краткосрочные показатели эффективности [57, 119, 120, 167, 262, 316, 447, 461, 462, 470, 524, 557, 581].

Результатом выполнения этих задач (прохождения этапов планирования) выступает сформированная последовательность действий (план), которая получает статус руководящего документа или дорожной карты для медицинской практики. На взгляд Дж. Морли формирование (наличие) стратегического плана развития организации становится для работающих фактором стабилизации и точкой опоры, поскольку «укрепляет доверие персонала, обеспечивая четкую навигацию ... в новом экономическом ландшафте» [716].

По мнению W.T. Mallon в благоприятных условиях для развития организации влияние стратегического планирования может быть ограниченным [704]. Для оптимального стратегического планирования необходимым представляется получение поддержки самого процесса со стороны руководства и медицинского персонала (врачей и медицинских сестер); обеспечение сбора данных о внешней и внутренней среде организации (опрос врачей и сестринского персонала); проведение обсуждения с участием авторитетных врачей и руководителей с целью анализа имеющихся проблем и выработки среднесрочных планов; выполнение плана и оценки его результатов (обсуждение с врачами и администрацией, медицинским персоналом) [661].

Кроме того, в настоящее время признается, что одним из ключевых факторов обеспечения эффективности стратегического планирования является профессиональная компетентность специалистов управленческого звена [156], что определяет необходимость изучения социально-конструированного портрета представителей данной социальной группы.

Современную модернизацию в здравоохранении рассматривают как процесс, который позволяет медицинским организациям добиваться быстрых изменений при очень высоком уровне вовлеченности и приверженности участников в процесс планирования и внедрения [50, 334, 345, 627]. При этом один из интересных подходов к планированию быстрых изменений («радикально позитивная» стратегия изменений) не опирается на понимание (поиск и выявление) проблем организации, а ориентирован на выявление «сильных сторон, достижений и созидательных сил, которые можно найти в каждой системе и которые содержат потенциал для вдохновенных позитивных изменений» [799]. В этой связи можно отметить работы R.L. Keele, в которых отмечается, что управление заинтересованными сторонами имеет решающее значение для реализации стратегических планов [688].

По мнению J.R. Pratt, стратегическое планирование применимо «даже к самой маленькой и наименее сложной организации» [732] – при этом он подчеркивает, что стратегический план не является «дополнительным бременем,

возлагаемым на и без того перегруженный работой персонал», а выступает, скорее, поддерживающим элементом процесса управления в условиях динамичных изменений и высокой турбулентности внешней конкурентной среды здравоохранения, определяя «выживание многих программ и услуг долгосрочной медицинской помощи» [732].

У. Белленфент и М. Нельсон указывают, что эффективное стратегическое планирование как динамический процесс позволяет организациям здравоохранения планировать будущее, определяя необходимость изменений и достижение поддающихся количественной оценке целей [592]. Близким их позиции являются представления П. Родригеза и М. Пейро, которые считают, что процесс стратегического планирования в системе здравоохранения является «программируемым, систематическим, рациональным и целостным» [741], и объединяет краткосрочную, среднесрочную и долгосрочную перспективу, позволяя организации здравоохранения сосредоточиться на актуальных и долговременных преобразованиях на будущее [741].

Разработанная К. Dannemiller в 1980-х годах комплексная методология используется в настоящее время в различных условиях для стимулирования стратегического планирования будущего организации или изменения структуры коллективной работы [624]. В рамках этого подхода считается, что объединение большого числа сотрудников организации служит своего рода катализатором положительных изменений, способствует согласованию, а не дальнейшей фрагментации медицинских организаций [765].

Тем не менее, современные службы здравоохранения характеризуются высокой динамикой изменений, которые в отдельных случаях могут включать межорганизационные и межотраслевые компоненты в рамках крупномасштабной деятельности по преобразованию всей системы [702]. Одновременно с этим возрастает неопределенность и сложность условий оказания медицинской помощи, что актуализирует вопросы целесообразности и перспективности стратегического планирования в медицинских организациях в ситуации турбулентных изменений системы здравоохранения.

Вместе с тем, в период неопределенности стратегическое планирование рассматривается как первый шаг для формирования нового ландшафта здравоохранения [602, 665]. Однако, по мнению M. Elf et al., в процессе планирования модернизации здравоохранения в контексте стратегий медицинского обслуживания, организации здравоохранения редко связывают цели своей стратегии с особенностями среды [640].

По определению S. Saleh, стратегическое планирование является «ценным инструментом управления», однако доказательства его применения в здравоохранении и его влияния на эффективность организации ограничены в странах с низким и средним уровнем дохода [753]. В системе здравоохранения стран, характеризующихся ограниченностью ресурсов, сложностью и политической, и экономической нестабильностью, оптимальным подходом для преодоления организацией турбулентности окружающей среды является гибкость, а не «жесткие планы» стратегического развития.

Современными исследователями отмечается, что эффективное стратегическое планирование позволяет мобилизовать все составляющие медицинской организации в достижении цели, расширении перспектив, улучшении маркетинговых коммуникаций и функционального взаимодействия медицинских специалистов, укреплении профессиональных связей и повышении мотивации персонала организации [157, 559]. Организациям здравоохранения целесообразно сохранить эти преимущества стратегического планирования, в то же время признавая многочисленные источники турбулентности и неопределенности в системе здравоохранения [590].

По мнению A.K. Bachrodt, для достижения успеха в нестабильной, сложной и часто неблагоприятной бизнес-среде, стратегическое планирование и направления развития организации здравоохранения «должно быть просчитанным, целенаправленным и финансово устойчивым» [586]. Другими словами, эффективное стратегическое планирование в системе здравоохранения, являясь важным инструментом, помогающим организациям ориентировать стратегический выбор на финансовые реалии своей среды, должно включать оценку, определение

бизнес-целей, анализ влияния и плана реализации конкретных мероприятий в рамках утвержденной программы стратегии развития.

Для устранения предполагаемых недостатков традиционного стратегического планирования в динамичной среде на основе обратной связи по результатам сравнительного анализа и прогресса в реализации стратегии разработана циклическая модель «стратегического цикла», представленная в исследовании J. Begun [590]. Согласно предложенной модели, многочисленные сценарии и планы на случай непредвиденных обстоятельств разрабатываются с учетом неопределенного будущего, а сама модель представляет собой компромисс между отказом от стратегического планирования и традиционной линейной моделью планирования, основанной на продвижении через заранее определенные этапы стратегического плана.

Таким образом, эффективное стратегическое планирование, являясь важным инструментом, помогающим медицинским организациям ориентировать стратегический выбор на финансовые реалии своей среды, включает в себя широкий спектр мероприятий по анализу ресурсов и изучению рисков внутренней и внешней среды, разработке планов и оценке эффективности их выполнения в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе, а также организации обсуждения этих результатов и выстраиванию системы обратной связи от потребителей услуг и медицинского персонала для формирования интегральной системы фиксации результатов (прогресса) в рамках выбранной стратегии развития.

1.3. Методологические проблемы стратегического планирования в системе здравоохранения Российской Федерации (федеральный, территориальный и муниципальный уровни социально-экономической иерархии)

Современная российская система здравоохранения, прошедшая этап масштабной модернизации, в настоящее время рассматривается как «динамично

развивающийся сектор социальной сферы: осуществлены реформы, внедряются современные медицинские и организационные технологии, увеличивается объем медицинских услуг, изменяется структура финансирования» [272, 448]. В условиях динамичного развития отрасли и роста потребности в информатизации, технологизации и внедрении цифровых и инновационных разработок в практическом здравоохранении необходимым для обеспечения эффективности системы представляется последовательное стратегическое планирование, относящееся к основным функциям стратегического управления [19, 152, 271, 319, 463, 483].

Отметим, что повышение эффективности системы здравоохранения предполагает также использование инновационных подходов в вопросах управления и развития отрасли [129, 168, 329, 330, 332, 361], рационального использования ограниченных ресурсов [4, 105, 157, 309], формирования конкурентного рынка медицинских услуг [162, 255, 258, 506].

Стратегическое планирование становится все более востребованным в здравоохранении субъектов РФ [251], чему способствует, как отмечает М.Н. Наджафарова, «наличие нормативно-правовой базы, регламентирующей вопросы стратегического планирования в России ... и опыт применения стратегического планирования в здравоохранении» [271, 361].

Во многом это обусловлено тем, что Стратегия развития здравоохранения до 2025 года [422] определяет необходимость дальнейшего обеспечения подготовительных «структурных преобразований» для последующего формирования национальной пациент-ориентированной системы здравоохранения [116]. И в этом контексте приоритетным вектором стратегического планирования «должно стать определение структурных преобразований, необходимых для повышения эффективности использования ресурсного потенциала регионального здравоохранения» [101], что ожидаемо должно способствовать росту доступности и качества медицинской помощи населению [183].

Кроме того, отмечается, что процесс реформирования и становления эффективной системы здравоохранения должен включать разработку и

утверждение концепции стратегического планирования здравоохранения на уровне всех субъектов страны [454]. При этом к основным стратегическим задачам эффективного управления здравоохранением в условиях недостаточного финансирования, территориальных диспропорций в условиях оказания медицинской помощи, снижения ресурсного потенциала, ухудшения качества и доступности медицинской помощи следует отнести создание системы стратегического планирования, «переход на индикативный метод планирования деятельности» [272].

Тем не менее, А.А. Миронова, анализируя нормативно-правовую базу стратегического планирования, аргументировано указывает на устойчивость методических проблем стратегического планирования, заключающихся в отсутствии сквозной методологии разработки, реализации, контроля и мониторинга системы стратегического планирования [256].

Принимая во внимание, что стратегическое планирование в здравоохранении основано на формировании и реализации стратегий, направленных на осуществление структурно-организационной, научно-инновационной, маркетинговой, экономической, финансовой, социальной деятельности [38], важнейшими принципами такого планирования следует признать установление приоритетности стратегических целей и задач, а также возможность оперативных изменений при нестабильности ситуаций [131].

Реализация указанных принципов, безусловно, требует регулярной оценки имеющихся ресурсов, сильных и слабых сторон системы (организации), анализа внешних и внутренних рисков, изучения запросов потребителей, определения векторов и перспектив развития, а также реализацию оценки эффективности менеджмента на микро, мезо и макроуровне в соотнесении со стратегическими целями системы в целом. При этом одной из ведущих проблем в процессе стратегического планирования является своевременное реагирование на события внешней и внутренней среды [510]. Объективная оценка деятельности медицинской организации и выполнение эффективного стратегического плана названы в исследовании R. Howtigon наиболее важными факторами,

способствующими финансовой состоятельности медицинских практик в «нынешних и будущих условиях деятельности здравоохранения» [671].

Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует, что «недостаточное внимание к вопросам реализации стратегий зачастую приводит к тому, что они остаются лишь декларацией о намерениях» [517]. В частности, Д. Хасси указывает на неэффективность стратегии при отсутствии способа ее осуществления и эффективного контроля выполнения [533].

Так, Н.А. Герасимова и соавторы, подчеркивая необходимость выбора опережающего характера стратегического планирования в системе здравоохранения, формирования комплекса взаимосвязанных стратегий, определения средне- и долгосрочных целей и соответствующих стратегических планов действий и распределения ресурсов, формулирует общие подходы к организации стратегического планирования в системе управления здравоохранением региона, заключающиеся в следующем: ситуационный анализ, включающий оценку внешней и внутренней среды; прогноз развития системы с учетом имеющихся условий; определение направления и целей развития; разработка конкретных мероприятий с закреплением сроков выполнения и ответственных лиц; определение ресурсов, необходимых для достижения стратегической цели; контрольная оценка выполнения и оценка эффективности [96].

Стратегическое планирование в здравоохранении традиционно рассматривается как «процесс выработки стратегий в сфере охраны здоровья, стратегических планов развития отрасли, планов мероприятий по их осуществлению, мониторинга и оценки их реализации» [257], но при этом исследователи указывают на необходимость сохранения социальной ориентации целей и задач стратегического планирования в здравоохранении [483].

Анализ научных источников показывает, что стратегические цели развития здравоохранения на современном этапе сохраняют приоритетную ориентацию на обеспечение поступательного развития системы охраны здоровья граждан, включающее, прежде всего, повышение качества медицинской помощи и всесторонние меры по укреплению и сохранению здоровья граждан (Таблица 2).

Таблица 2 – Стратегические цели развития здравоохранения [42]

Документ	Стратегическая цель развития здравоохранения
Национальный проект «Здравоохранение» (01.01.19 – 31.12.2024) в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [423]	Снижение смертности населения, снижение младенческой смертности, ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год, обеспечение для населения оптимальной доступности медуслуг медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, упрощение процедуры записи на прием к врачу, увеличение объема экспорта медицинских услуг
Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» [422]	Увеличение численности населения, продолжительности здоровой жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий
Распоряжение Правительства РФ от 02.02.2015 № 151-р (ред. от 13.01.2017) «Об утверждении Стратегии устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2030 года» [434]	Улучшение доступа сельского населения к высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения
Указ Президента РФ от 31.12.2015 № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» [421]	Повышение качества жизни, укрепление здоровья населения, обеспечение стабильного демографического развития страны

Таким образом, в настоящее время в научной литературе признается, что для реализации методов стратегического управления в системе здравоохранения на федеральном и региональном уровнях, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи населению, имеются все необходимые организационные и правовые основания [42].

Планирование общего социально-экономического развития региона определяет перспективы развития региональной системы здравоохранения [96], и одновременно план развития системы здравоохранения представляет собой часть общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, что включает и планирование финансовых объемов медицинской помощи для обеспечения

населения максимально возможным уровнем доступности медицинской помощи за счет улучшения использования ресурсов [483]. Однако для эффективной реализации стратегического планирования в долгосрочной перспективе актуальной остается необходимость «адаптации, развития, внедрения ... инструментов стратегического управления в организацию системы здравоохранения» [116].

Реализация поставленных целей государственной политики в области здравоохранения предполагает вовлечение в данный процесс всех уровней системы здравоохранения РФ, а также формирование межуровневой обратной связи. При этом основным звеном, реализующим стратегические задачи государственной политики в области здравоохранения, по мнению Е.Б. Злодеевой [153], являются медицинские организации различной организационно-правовой формы.

Заметим, что стратегические цели организаций здравоохранения формулируются с учетом и опорой на цели, зафиксированные на федеральном и региональном уровнях, и направлены на обеспечение организационного и функционального единства стратегических целей в системе управления здравоохранением страны [42, 534, 544].

Смысл стратегического планирования системы регионального здравоохранения, по мнению Н.А. Герасимова и соавт., заключается не в определении рубежей, «которые должны быть достигнуты, а в создании условий, в рамках которых медицинские организации будут самостоятельно выбирать стратегию действий» [96]. В научной литературе сегодня отмечается, что в регионах планирование преимущественно сводится к реструктуризации, улучшению финансирования, без ориентации на потребности населения в медицинских услугах [96], прогнозирование распространенности патологии среди населения, определение потенциальной востребованности медицинских технологий [319] – что также выступает предметом критики.

По мнению Т.Т. Тайгибовой и соавторов, стратегическое планирование предусматривает решение задач по обеспечению реализации стратегии на уровне субъектов Российской Федерации [400, 405, 504]. К числу таковых авторы относят

оценку состояния здоровья населения территории, анализ состояния здравоохранения, наличие сформулированных целей и задач развития здравоохранения на плановый период, объем (размер) основных ресурсов, выделяемых на реализацию государственных гарантий, наличие утвержденных территориальных программ и мероприятий.

О.А. Страхова и соавторы на основе анализа примеров эффективного стратегического планирования медицинских организаций, определили их стратегические приоритеты: разработка общей стратегии развития организации; стратегический контроллинг; управление трудовыми ресурсами; управление рисками; управление качеством медицинской помощи; разработка стратегии правового обеспечения, создание бренда организации, информационная поддержка [499]. В этой связи можно согласиться с Р.М. Грантом в том, что информация имеет «фундаментальное значение для обеспечения функционирования всех систем управления и оказывает огромное влияние на практические аспекты управления» [106].

В научной литературе подчеркивается, что инструментом, позволяющим эффективно использовать стратегическое управление в профессиональном пространстве здравоохранения на всех уровнях, является стратегический научный подход [42, 89 121, 249, 437, 507]. При этом использование методов стратегического анализа позволяет медицинским организациям «адаптироваться к изменяющимся факторам внешней среды, а также наиболее эффективно распределять и использовать предоставленные ресурсы» [119, 120].

По мнению Ю.А. Тихонова и соавт., очевидна системная взаимосвязь этапов развития здравоохранения и систем управления здравоохранением, и принципиально важным элементом, определяющим эффективность стратегического планирования, является уровень менеджмента организаций [507]. На взгляд Г.Р. Хамидуллиной, задача стратегического управления в медицинских организациях определяется как «достижение цели за счет повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов» [531] – что невозможно без выстраивания последовательной работы с

кадрами, а также реализации системных управленческих мер по стимулированию медицинского персонала к совершенствованию профессиональной деятельности [64, 102, 103, 117, 307, 479, 550].

Рассматривая стратегическое планирование с точки зрения руководителя, В. Clark отмечают, что стратегическое планирование является основным средством для руководителей здравоохранения использовать заинтересованные стороны для дальнейшего повышения организационной эффективности [616].

Так, в исследовании О.А. Латухи детально обсуждается факт, что эффективность реализации стратегии зависит, прежде всего, от профессиональной компетенции руководителей высшего звена, а формирование и реализация стратегии является ключевым фактором, определяющим устойчивое развитие медицинской организации [217]. Исследователи отмечают, что достижению поставленных целей также способствует формирование в медицинских организациях стандартов качества [216, 217].

И.С. Дата [115], анализируя особенности реализации стратегического менеджмента в сфере здравоохранения, выделяет следующие принципы, на которых строится стратегическое управление организации здравоохранения:

- принципы первой группы: обеспечение эффективности деятельности, ориентация на повышение уровня конкурентоспособности;
- принципы второй группы: принятие системы мотивации по ключевым показателям эффективности; повышение корпоративного духа, доверие и лояльность к сотрудникам;
- принципы третьей группы: постоянное совершенствование системы управления; реализация корпоративной социальной ответственности [115].

Очевидно, что стратегическое управление – это скорее инструмент, который, по мнению V. Zovko, помогает специалистам руководящего звена в здравоохранении выявлять причины основных проблем в медицинской организации [808]. Так, Р.Ф. Гайфуллин указывает, что стратегическое планирование медицинской организации должно осуществляться «на основе принципов, включающих ориентацию на потребителя, вовлечение персонала,

процессный подход, системный подход, непрерывное совершенствование» [91], что указывает на принципиальную значимость регулярной оценки мнений всех субъектов взаимодействия в рамках предоставления медицинской услуги (прежде всего – пациентов и медицинского персонала).

Вместе с тем, большинство авторов не указывает в своих работах, каким образом будет осуществляться контроль за реализацией разработанных стратегических планов, а также не описан механизм оценки лицами, принимающими решения, эффективности указанных планов в условиях недостаточного использования обратной связи с субъектами стратегического планирования даже в среднесрочной перспективе [405].

Кроме того, в исследовании М.Б. Исакова и соавторов [171] выделены и другие проблемы стратегического планирования в системе здравоохранения – прежде всего, это отсутствие комплексного подхода к охране здоровья населения как к системе; диспропорции структурных взаимоотношений в здравоохранении; отсутствие целостной системы управления качеством медицинской помощи и низкий уровень качества медицинских услуг; формальный характер и неэффективность профилактической деятельности медицинских организаций амбулаторного уровня; неудовлетворительное финансирование организаций здравоохранения; противоречия в существующей законодательной базе здравоохранения, отсутствие целого ряда важных законодательных актов в отечественном нормативном поле [171].

Принимая во внимание, что стратегическое управление медицинскими организациями ориентировано на достижение цели за счет повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов [531], что требует корректировки организационных шагов в ходе ее достижения с учетом оценки «изменений требований внешней среды и возникающих новых возможностей для развития» [115], комбинации методов повышения конкуренции и организации деятельности, направленной на удовлетворение потребителей медицинскими услугами оптимального качества [175], что может быть выявлено с

помощью технологий медико-социологических исследований [103, 365, 366, 473, 549].

Поступательное развитие и формирование персонализированного здравоохранения, обеспечение доступности и качества медицинской помощи обеспечиваются участием гражданского общества в принятии решений органами государственной власти и контроле за их реализацией, вследствие этого использование медико-социологических методов для установки причинно-следственных связей при широком общественном обсуждении принимаемых и принятых стратегических решений, позволяет более полно учитывать права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья.

1.4. Актуальность медико-социологических исследований и их роль в совершенствовании стратегического планирования развития системы здравоохранения Российской Федерации

Приоритеты развития системы здравоохранения Российской Федерации предполагают набор соответствующих инструментов управления на всех уровнях (федеральном, региональном и уровне медицинских организаций). Федеральный уровень стратегического планирования определяет общие направления развития системы здравоохранения, инициирует развитие в субъекте РФ и реализуется на уровне медицинских организаций. При этом использование конкретного инструмента стратегического планирования определяется сложностью и масштабом поставленных задач. В качестве таких инструментов на уровне субъектов РФ, как правило, выступают региональные программы развития здравоохранения, а на уровне медицинских организаций – стратегии развития [42].

Стратегическими целями здравоохранения на федеральном уровне являются человеческий капитал и прежде всего здоровье, на региональном уровне – сбалансированность процессов демографического, социального, экономического и экологического развития с критериями воспроизводства населения, наличия

причин заболеваемости, инвалидности и смертности; на уровне медицинских служб – обеспечение доступности медицинской помощи, что оценивается показателями распространенности патологии среди различных контингентов населения; на уровне медицинских организаций – повышение качества медицинской помощи [35, 36].

Качество жизни является одним из критериев управления социально-экономическими системами. При этом объективный подход к измерению качества жизни основан на количественных данных статистики, субъективный подход – на медико-социологических опросах. Разработка статистического инструментария базируется на данных статистики, которые минимально зависят от субъективного мнения населения, тогда как социологический инструментарий ориентирован на максимально широкий охват мнений населения и получение качественных данных и экспертных оценок [104]. Современные методы медико-социологических исследований включают широкий перечень вариантов исследовательского инструментария, подчиненного ясной исследовательской цели и четко сформулированным задачам [365, 366].

Мировой опыт показывает, что реализация регулярного сбора информации по вопросам здоровья способствует совершенствованию планирования и оказания медицинской помощи даже в динамично изменяющихся условиях [573, 607, 643, 774], и способствует устранению неравенств в отношении здоровья представителей различных социальных групп [663, 664, 679, 705, 707, 719]. В настоящее время очевидно, что неотъемлемой составляющей стратегического планирования развития системы здравоохранения является формирование системы обратной связи с правосубъектами системы здравоохранения – прежде всего, пациентами, врачами, средним медицинским персоналом. Своевременное выявление проблем и областей для совершенствования позволяет повысить адресность планируемых мероприятий, повысить эффективность разрабатываемых планов и показатели их выполнения.

Наиболее значимые наработки по вопросам медико-социологической оценки социальных процессов в здравоохранении относятся к российской научной школе социологии медицины и особенно её московского подразделения, основатель

которой – академик РАН А.В. Решетников [377, 739]. Прежде всего, в контексте рассматриваемой проблематики необходимо выделить фундаментальные работы академика РАН А.В. Решетникова и соавт. [372], посвященные технологии медико-социологического исследования как методологической основе медико-социологического мониторинга, применяемой для решения стратегических и тактических задач, возникающих в процессе управления социальной сферой. В исследованиях академика РАН А.В. Решетникова система мониторинга представлена как система наблюдения, анализа, оценки и прогноза изменения мнения населения о доступности и качестве бесплатной медицинской помощи [368, 372, 374, 377].

В качестве объектов мониторинга представлены комплексы медико-социологических и социально-экономических показателей, измерение и анализ которых дают возможность принимать рациональные управленческие решения, направленные на охрану и укрепление здоровья населения [372]. Наиболее часто упоминаются такие социальные показатели, которые характеризуют, в том числе, отношение пациентов к системе здравоохранения: число врачей на 10 000 чел. населения; ожидаемая продолжительность жизни (лет); удовлетворенность медицинской помощью (% от числа опрошенных); смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 000 чел. населения); количество обоснованных жалоб; средняя длительность лечения в стационаре (к/дни); уровень госпитализации населения (на 100 чел.). Также отмечается, что практическое использование полученных в ходе медико-социологического мониторинга результатов позволяет получить легитимное одобрение гражданами мероприятий по реформированию социальной сферы.

При этом эффективность мониторинга в здравоохранении повышается при обеспечении системного сбора социологической информации (проведения замеров) и формирования банка данных [365], что наиболее эффективно выполняется при учете указанных мероприятий в разрабатываемых для управления развитием отрасли законодательных и подзаконных документах. Примером этому является принятие государственной программы Российской Федерации «Развитие

здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства от 26 декабря 2017 г. № 1640 (с изменениями от 30 ноября 2019 г.), среди направлений (подпрограмм) которой заявлена «Ведомственная целевая программа «Анализ и мониторинг системы здравоохранения» [425].

Кроме того, в системе обязательного медицинского страхования анализ медико-социологической информации позволяет осуществлять оперативную связь между субъектами и участниками системы обязательного медицинского страхования, принимать конкретные управленческие решения и оценивать их эффективность [367, 371, 374, 378, 457, 475].

Мониторинг как инструмент систематического сбора и обработки информации о параметрах сложных объектов и процессов с целью выявления изменений в их состоянии [517], по мнению О.А. Ушаковой, является одной из составляющих организационного механизма системы стратегического планирования [517]. В.Е. Селиверстов определяет мониторинг как «систематический сбор и обработку информации, которая может быть использована для улучшения процесса принятия решения, ... как инструмент обратной связи в целях осуществления проектов, оценки программ или выработки политики» [452]. И.В. Беликова указывает, что мониторинг состояния здоровья населения является информационным принципом эффективного управления системой здравоохранения [46].

Таким образом, в настоящее время признано, что медико-социологический мониторинг общественного здоровья и здравоохранения выступает одним из наиболее эффективных инструментов изучения и анализа изменений в системе здравоохранения, и одним из перспективных методов прогноза развития изменений функционирования этого важнейшего социального института [146] – а также инструментом контроля эффективности стратегического управления и достижения целевых показателей.

Социологические исследования рассматриваются Н.К. Гришиной как важное звено в информационном обеспечении управления в здравоохранении, эффективность которых возрастает при переводе их в разряд мониторинговых

[108]. При организации проведения социологического мониторинга, безусловно, требуется соблюдение целого ряда методических подходов, обеспечивающих достоверность и корректность полученных результатов, возможность анализа их в динамике, свидетельствующей не только о происходящих изменениях в деятельности системы здравоохранения, но и об эффективности принимаемых на основе полученной информации управленческих решений. В целом, медико-социологические исследования, по мнению М.А. Захаровой и М.Л. Фомичевой, являются неотъемлемой частью современного здравоохранения [147].

Так, в 2019 г. А.И. Бабенко реализовано исследование изменений в стратегии здравоохранения, новых подходов к планированию и управлению на основе научного познания этой системы и ее роли в развитии государства [36]. Проведенный автором комплекс исследований по разработке элементов стратегического планирования в здравоохранении позволил сформировать методологию, основные этапы и информационно-аналитические модели планирования деятельности отдельных медицинских организаций, регионального здравоохранения, что предопределяет дальнейшую перспективу исследований по разработке элементов стратегического планирования в здравоохранении и информационно-аналитического моделирования.

Реализованный Г.П. Сквирской и А.В. Волнухиным анкетный опрос руководителей медицинских организаций страны позволил выявить наиболее актуальные и перспективные направления развития здравоохранения Российской Федерации, в том числе, в кризисных ситуациях [469]. Результаты социологических исследований среди руководителей здравоохранения свидетельствуют о необходимости проведения научных исследований для осуществления любых преобразований в сфере здравоохранения ($51,5 \pm 2,5\%$ мнений) [469].

В 2018 г. на базе Курского ГМУ проведено исследование возможности применения коллективной экспертной оценки для анализа приоритетности направлений развития системы здравоохранения [79]. В связи с субъективностью и индивидуальностью оценки каждого эксперта, определяющих возможную

несогласованность их мнений, обосновывается необходимостью проведения статистического анализа (коэффициент конкордации Кендалла), позволяющего статистически подтвердить согласованность мнений экспертов [79].

Вопросы сущности и механизма мониторинга территориально-отраслевой экономики рассмотрены в исследовании М.К. Куповой и С.Н. Сахнова [212]. Авторами разработана и реализована методика измерения результатов деятельности и ресурсного потенциала, эффективности функционирования здравоохранения в регионе [212].

Е.Ю. Башкуевой предложена методика проведения медико-социологического мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности в условиях региональной системы здравоохранения как эффективной организационно-экономической технологии управления региональным здравоохранением [43, 44]. Предложенная система мониторинга направлена на повышение качества и безопасности медицинской деятельности на региональном уровне и инициирует организационно-экономическое управление территориальной системой здравоохранения [43, 44].

Проведенное в 2017-2018 гг. исследование на примере Свердловской области определило целесообразность комплексной оценки эффективности деятельности и устойчивости функционирования региональной системы здравоохранения [538]. По мнению В.А. Черешнева и соавт., использование авторской интерактивной модели позволяет прогнозировать сценарии развития системы здравоохранения на региональном уровне, а разработанный методический инструментарий является универсальным и позволяет объективно оценить уровень эффективности и состояние устойчивости региональных систем здравоохранения [538].

По мнению Т.А. Семиной, основной фокус социологических исследований в здравоохранении в настоящее время должен быть направлен на изучение уровня удовлетворенности граждан качеством и доступностью медицинских услуг [460], при этом социологическая оценка позволяет выявлять проблемные зоны через субъективное восприятие населением функционирования системы оказания медицинской помощи [459, 460]. В целом, в настоящее время признается, что

концепция качественного медицинского обслуживания, с учетом социологического мониторинга, позволяет учесть все интересы правосубъектов и предложить оптимальные решения для практической деятельности [458].

Действительно, интерес исследователей все чаще фокусируется на этом исследовательском направлении. Так, в настоящее время изучаются мнения пациентов о доступности качественной медицинской помощи в системе муниципального здравоохранения [37, 124, 261, 270, 290], анализируется состояние системы медицинской помощи жителям сельской местности и труднодоступных регионов [138, 196, 238, 488], систематизируются данные о качестве медицинских услуг, предоставляемых пациентам с заболеваниями разной нозологии [114, 125, 250, 278, 312, 320, 357, 373, 441, 460, 549, 563]. Так, опрос 145 жителей сел Чойского района Республики Алтай позволил выявить факторы, влияющие на качество деятельности органов управления и учреждений здравоохранения в условиях труднодоступности населенных пунктов, и направления совершенствования организации медицинской помощи в регионе [189, 197].

С целью определения рисков цифровизации, релевантных врачам, в сельском здравоохранении Саратовской области, проведено социологическое исследование (анкетирование), в котором приняли участие 87 врачей, работающих в медицинских организациях административных образований Саратовской области [138]. Результаты исследования свидетельствуют о недостаточной подготовительной, технической и организационной составляющей в процессе цифровизации системы здравоохранения на уровне региона.

Значительный пул исследований направлен на изучение качества медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями [12, 20, 176, 188, 195, 196, 210, 252, 260, 266, 267, 277, 279, 293, 295, 359, 438, 466, 563], на основании которых определяются меры по повышению доступности качественной медицинской помощи данной группе пациентов. Отдельная группа исследований концентрируется на изучении мнений родителей / законных представителей детей с онкологическими заболеваниями о качестве и доступности медицинских услуг [241, 297, 375, 442-446].

Так, в исследованиях Е.Ю. Огневой и соавт. представлены основные подходы к анализу причин неудовлетворенности населения высокотехнологичной медицинской помощью пациентам со злокачественными новообразованиями [292]. Отмечено, что основная информация для оценки показателей низкой удовлетворенности оказанной медицинской помощью лицам с онкологической патологией была получена из жалоб и / или обращений граждан, отзывов на интернет-сайтах о качестве оказываемых медорганизациями медицинских услуг, а также из протоколов целевых опросов и актов ведомственных проверок медицинских организаций за период 2018-2019 гг. [292]. Показано, что наряду с высокой удовлетворенностью пациентов работой медицинских организаций, число обоснованных жалоб по поводу неудовлетворенности медицинской помощью пациентов с онкологическими заболеваниями в медицинских организациях остается высоким [292]. Анализ основных причин неудовлетворенности населения медицинской помощью позволил авторам представить конкретные рекомендации по организации работы с пациентами онкологического профиля и профилактике неудовлетворенности пациентов медицинской помощью [292].

При этом признается, что полученные данные, обсуждающие широкий круг вопросов организации и доступности онкологической медицинской помощи, могут стать основой для принятия целенаправленных управленческих решений по улучшению медицинского обеспечения населения специализированной медицинской помощью и совершенствованию ее организации. Наряду с управлением изменениями в системе здравоохранения также предлагается совершенствование внедрения проектного управления, направленного на повышение эффективности реализации целей и задач социально-экономического развития в регионах [12, 513, 556]. Так, в исследовании С.Н. Митякова и соавт. проанализированы данные официальной статистики, свидетельствующие о неоднозначных результатах реформы здравоохранения в Нижегородской области [261]. Наряду с ростом высокотехнологических секторов здравоохранения, наблюдается негативная динамика индикаторов, особенно в сельской местности [520]. Данные по Нижегородской области показывают наличие значительной

разбалансированности числа лечебно-профилактических организаций, и по мнению авторов, организация эффективного мониторинга системы здравоохранения является существенной мерой, обеспечивающей социально-экономическое развитие административных образований региона [261].

Особое значение имела устойчивость системы регионального здравоохранения и ее эффективное функционирование в условиях высокой нагрузки в период пандемии COVID-19 – как, впрочем, для большинства стран мира [7, 14, 301, 305, 314, 364, 518, 575, 643, 706, 780]. В исследовании А.Р. Заляева и соавт. проанализирован региональный уровень реагирования системы здравоохранения Республики Татарстан на пандемию COVID-19 [143]. Анализ качественных социологических данных (2020-2021 г., фокус-групповые и полустандартизированные интервью) показал, что проблемы региона стали отражением системных проблем Российской Федерации в области здравоохранения. Результаты исследования А.Р. Заляева и соавт. свидетельствуют о том, что для формирования эффективного здравоохранения необходимо выполнение не только оперативно-тактических функций, но и стратегическое развитие системы здравоохранения [143].

В исследовании М.А. Вахрушиной выявлены недостатки существующей системы стратегического планирования на макро- и микроуровне [67]. Автор подвергла критике существующие методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений и сделала вывод о необходимости новой парадигмы – отказа от всемерной экономии средств в системе здравоохранения в пользу качественного финансового контроля за их расходованием [67]. В связи с отсутствием многоуровневой интегрированной системы показателей, позволяющей эффективно управлять медицинской организацией, предложен вариант построения ключевых показателей эффективности, разработанных в рамках системы сбалансированных показателей [67].

Безусловно, для оптимизации процесса стратегического планирования необходимым представляется анализ деятельности медицинских организаций, функционирующих в условиях высокой динамики изменений. Прежде всего, в

исследованиях, реализованных в последние годы, ставится акцент на ключевое значение кадровой обеспеченности для роста показателей качества медицинской помощи населению и, соответственно, уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг [64, 84, 295, 368, 377, 479, 494, 654, 745, 755, 759].

Результаты исследований отражают необходимость анализа кадрового дисбаланса системы здравоохранения и совершенствования кадровой политики регионов для устойчивого развития медицинских организаций [479, 550, 784]. Подчеркивается, что ключевые проблемы кадрового обеспечения системы здравоохранения в регионах (кадровый дисбаланс, значительная потребность в узких специалистах, отток кадров в частную медицину и др.) требует в короткие сроки обеспечить подготовку специалистов для территориального здравоохранения, готовых работать в условиях постоянных изменений и способствовать устойчивому развитию и модернизации медицинских организаций в условиях цифровизации отрасли [479, 537].

Исследователи отмечают, что, в целом, при положительном восприятии медицинскими работниками изменений, прошедших в последние годы в системе здравоохранения (прежде всего – результатов модернизации системы здравоохранения), врачи высказывают мнение о потребности в обучении работе на новом медицинском оборудовании для обеспечения совершенствования качества медицинской помощи [345]. При этом специалисты здравоохранения не поддерживают тенденции коммерциализации медицинских услуг в комплексе общей политики модернизации системы здравоохранения [202].

Роль кадров в обеспечении качества медицинской помощи признается ключевой, и реализуемые на протяжении последних десятилетий исследования отражают значимость этого фактора для развития медицинской организации и системы здравоохранения в целом. В исследовании Д.Е. Коробанова и соавт. представлена характеристика параметров профессиональной компетенции медицинского персонала, выделена проблемная специфика современного состояния системы здравоохранения с позиций эффективности – что позволяет

подчеркнуть необходимость мониторинга социальных факторов эффективности деятельности медицинского персонала на уровне региона [200].

На современном этапе также получает все более широкое распространение изучение процессов цифровизации в системе здравоохранения [110, 169, 337, 341, 515]. Одним из наиболее динамично развивающихся направлений исследований является мониторинг качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями [41, 55, 172, 240, 324, 572, 657, 683, 742, 748]. Во многих исследованиях, в частности, обсуждается перспективность удаленного мониторинга состояния здоровья в рамках развития цифрового здравоохранения [49, 60, 181, 512] – при этом подчеркивается, что эффективность удаленного мониторинга (телемониторинга) может зависеть от ряда различных факторов, включая те, которые связаны с исследуемой популяцией (тяжесть состояния и распространенность хронических заболеваний), технической оснащенностью и уровнем цифровой грамотности [352, 682].

В условиях цифровизации и информатизации организации деятельности медицинских организаций, по данным социологических опросов врачей и пациентов, растет и удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и, в том числе, оформления сопутствующей документации [503].

Таким образом, в российских исследованиях основной научный фокус направлен на обсуждение показателей, определяющих современное состояние и стратегии совершенствования системы здравоохранения регионов, деятельности медицинских организаций. Лишь единичные исследования используют качественную методологию при анализе приоритетных перспектив развития системы здравоохранения. Это определяет необходимость разработки методологии и технологии системного медико-социологического мониторинга стратегического развития системы здравоохранения.

Необходимо отметить, что удовлетворенность населения медицинской помощью стала официально утвержденным статистическим показателем ее качества и одним из критериев эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Однако до сих пор

отсутствует стандартная методика проведения социологических опросов в здравоохранении, что делает невозможным сравнение результатов различных исследований в разных регионах России и проведение метаанализа. Целью совершенствования методики опросов в здравоохранении на основе ее стандартизации является повышение качества и сопоставимости представляемых социологических данных лицам, принимающим решения для эффективного управления отраслью [505].

Возможности медико-социологических исследований по изучению мнения пациентов в оценке качества медицинской помощи позволили реализовать многие существенные исследовательские проекты в современной системе здравоохранения. Исследователи подчеркивают, что социологические исследования в оценке деятельности медицинских организаций и качества медицинской помощи населению служат важным инструментом при совершенствовании деятельности системы здравоохранения и принятии оптимальных управленческих решений, а комплексная оценка качества и эффективности медицинской помощи, отражающая характеристику самого процесса и его результатов, позволяет получать необходимую информацию для создания действенных механизмов управления системой здравоохранения [501, 556].

Например, И.В. Подушкина и соавт. в проведенном медико-социологическом исследовании подтвердила широкие возможности метода анкетирования в целях выявления резервов и определения конкретных путей совершенствования медицинской помощи [184]. В исследовании И.В. Богдана и соавт. рассмотрены актуальные вызовы социологии медицины в управлении здравоохранением и разработаны рекомендации по повышению эффективности социологических исследований в здравоохранении [53]. В частности, отмечается, что значительная доля исследований системы здравоохранения основана на применении количественных методов, в которых информация поддается «количественной оценке, переменные, используемые в исследованиях, измеряются и записываются как числовые данные, которые можно анализировать с помощью статистических инструментов» [451]. Исследования в русле качественной методологии в системе

здравоохранения реализуются в меньшем объеме, хотя их применение оценивается в научной литературе как высокоперспективное [143, 509].

Тем не менее, в системе здравоохранения в последнее время также стала применяться такая методика исследования как GAP-анализ, результатом которого является отчет с описанием соответствия или несоответствия системы используемому стандарту [42, 714]. Отчет позволяет организации выявить проблемы и принять решение об изменении/доработке отдельных элементов системы [42]. Методика GAP-анализа использована в исследовании А.В. Данилова для оценки измерения удовлетворенности пациентов медицинской помощью, уровня качества оказываемых медицинских услуг [113, 114, 807]. К минусам этой методики эксперты относят её излишнюю многофакторность (на «разрыв» между планом и фактом может влиять не один критерий, а несколько, при этом определить степень воздействия каждого из них может быть крайне сложно), отсутствие возможности внесения корректив в плановые показатели, неточность прогнозов альтернативных решений [265, 714, 807].

Также следует отметить, что в последнее десятилетие в медико-социологических исследованиях для изучения процессов развития здравоохранения применялась методология форсайт-исследований, которая предполагает раскрытие всех связей и закономерностей системы в их формировании и прогноза развития с учетом условий внутренней и внешней среды, ключевых мировых и отраслевых трендов, новых вызовов и рисков [265, 340, 347, 547]. Набор инструментов и методов форсайт-исследований постоянно увеличивается и включает качественные (интервью, фокус-группы, контент-анализ, сценарии и др.) и количественные (метод обратного прогнозирования, моделирование, экспертные опросы и др.) методы [236, 511, 623, 738, 763, 793, 801].

К основным недостаткам форсайт-исследований относят высокую стоимость, трудоемкость и длительные сроки проведения исследования, субъективность и чувствительность к методологическим ценностям, отсутствие крупных высокотехнологичных организаций, способных организовать подобное исследование; сложности выбора профессиональной экспертной рабочей группы [236, 763]. Таким образом, используя только один метод форсайт-исследования,

получить необходимый объем информации представляется затруднительным, в связи с чем актуальной становится задача разработки методологии медико-социологического мониторинга стратегического развития здравоохранения региона с использованием интегрального подхода при выборе методов и технологий.

В целом, научно обоснованные медико-социологические методы исследования все шире внедряются в практику здравоохранения, а разделы, посвященные изучению общественного мнения, становятся неотъемлемой частью многих исследовательских работ, при этом медико-социологические показатели используются как индикаторы эффективности развития системы здравоохранения. Тем не менее, в здравоохранении накоплен значительный объем несистематизированной социологической информации, научное осмысление которой еще предстоит реализовать.

В ответ на расширяющиеся направления медико-социологических исследований формируется и развивается исследовательский инструментарий, наблюдаются конвергентные процессы между различными отраслями научного знания, все шире используются технологии цифровизации и алгоритмы искусственного интеллекта, что безусловно вносит значительный вклад в деятельность практического здравоохранения.

Обобщенный анализ направлений и тематики медико-социологических исследований за последнее десятилетие свидетельствует о том, что социологические исследования в системе здравоохранения осуществляются на всех уровнях социально-экономической иерархии и затрагивают практически все аспекты её жизнедеятельности. Вместе с тем, соискателем не найдены данные, свидетельствующие о применении социологического подхода для системного изучения стратегического развития регионального здравоохранения, а тем более разработанной технологии медико-социологического мониторинга с использованием количественных и качественных методов исследования. Это еще раз убеждает в актуальности, необходимости и востребованности настоящей научной работы, осуществляемой с целью разработки дополнительного способа стратегического управления сложной социально-экономической системой, которой является здравоохранение.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1

1. Несмотря на имеющиеся исторические предпосылки формирования научного подхода к стратегическому планированию социально-экономического развития отраслей народного хозяйства (в том числе «пятилетки» советского периода), фактическое развитие система стратегического планирования в России получила в постперестроечном периоде, на этапе масштабных социально-экономических преобразований, начиная с несистемного характера до полного правового регулирования в связи с принятием Федерального Закона от 28.06.2014 г. №172-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «О стратегическом планировании в Российской Федерации».

2. На основе проведенного анализа теоретико-методологической базы предложено авторское определение стратегического планирования – это процесс долгосрочного целеполагания, определяющий контуры и содержание организационной, кадровой и производственной деятельности на основе имеющихся ресурсов и с учетом тенденций изменений внутренней и внешней среды, а также результатов регулярного мониторинга целевых показателей.

3. В формировании системы регионального стратегического планирования в современной России можно выделить четыре основных этапа: (1994-2000 гг.) реализация федеральных целевых программ регионального социально-экономического развития, а также самостоятельность регионов в осуществлении направлений стратегического развития; (2000-2009 гг.) сокращение федерального целевого планирования и активизация регионального сегмента стратегического планирования; (2009-2020 гг.) определение новых направлений регионального развития с учетом теории нового государственного управления, «умной» специализации, региональной устойчивости в состоянии «новой реальности» и трансформации системы регионального стратегического планирования в связи с утверждением Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. и принятием Федерального закона Российской Федерации от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом

планировании в Российской Федерации»; (2020 г. – настоящее время) включает не только активное участие органов власти всех уровней в стратегическом планировании, но и его распространении на отрасли народного хозяйства (в частности, систему здравоохранения) с использованием технологий цифровизации и алгоритмов искусственного интеллекта в определении направлений стратегического развития, а также аналитического осмысления данных мониторинга программ стратегического развития отраслей, реализованных в предыдущий период.

4. Необходимость использования инструментов стратегического планирования в системе регионального управления социально-экономическим развитием на практике сталкивается с несогласованностью мероприятий, закрепленных в разрабатываемых государственными структурами документах стратегического характера, недостаточной скоординированностью деятельности участников стратегического планирования, отсутствием в программных документах механизмов обратной связи по оценке эффективности реализации стратегий, что настоятельно требует разработки технологии многоуровневого социологического мониторинга в качестве дополнительного инструмента стратегического управления.

5. В Методических рекомендациях Министерства экономического развития РФ по разработке и корректировке стратегии социально-экономического развития субъектов РФ указывается, что в аналитическом блоке целесообразно проведение сравнительной оценки конкурентоспособности региона для выявления конкурентных преимуществ – «совокупности природных, социально-экономических, научно-образовательных, технических, информационных, культурных и институциональных условий, сложившихся в регионе, отличающих его от других регионов и определяющих производственные и иные особенности его развития на долгосрочную перспективу» [400], что несомненно свидетельствует о необходимости разработки интегральных индексов стратегического развития.

6. Одной из ведущих проблем в процессе стратегического планирования является своевременное реагирование на события внешней и внутренней среды, так как информация имеет фундаментальное значение для обеспечения

функционирования всех звеньев организации и оказывает огромное влияние на практические аспекты управления, включая достижение показателей и работу на социально-ориентированный результат. В связи с этим, для получения оперативной информации по вопросам стратегического управления необходимо обеспечить открытость деятельности органов государственной власти в сфере охраны здоровья не только путем создания экспертных и консультативных советов по основным направлениям развития здравоохранения, но и путем изучения мнения всех правосубъектов этой отрасли, что также возможно с использованием социологического подхода. Учитывая, что эффективность реализации задач стратегического планирования зависит, прежде всего, от профессиональной компетенции руководителей высшего звена, это определяет необходимость исследования их социально-конструированного портрета.

7. Анализ научных источников определил необходимость наличия в региональных стратегиях системы мониторинга и корректировки целевых индикаторов в условиях изменения внешних и внутренних факторов, а также использование сценарного подхода, поскольку нелинейность социально-экономических изменений и развития означает существование объективной возможности многовариантной последовательности событий, в связи с чем региональные стратегии должны носить недискретный характер.

8. Для реализации методов стратегического управления в системе здравоохранения Российской Федерации на федеральном и региональном уровнях, направленной на повышение доступности и качества медицинской помощи населению, имеются все необходимые организационные и правовые основания. Однако для оценки социальной эффективности системы здравоохранения на различных уровнях, весьма актуальной становится задача по разработке многоуровневой технологии медико-социологического мониторинга (МСМ) стратегического развития отрасли и его апробации на территории субъекта РФ.

9. Обобщенный анализ направлений и тематики медико-социологических исследований за последнее десятилетие свидетельствует о том, что социологические исследования в системе здравоохранения осуществляются на всех уровнях

социально-экономической иерархии, научно обоснованные медико-социологические методы исследования все шире внедряются в практику здравоохранения, а разделы, посвященные изучению общественного мнения, становятся неотъемлемой частью многих исследовательских работ, при этом медико-социологические показатели используются как индикаторы эффективности развития системы здравоохранения. Тем не менее, в здравоохранении накоплен значительный объем несистематизированной социологической информации, научное осмысление которой еще предстоит реализовать.

10. В медико-социологических исследованиях отечественных исследователей основной исследовательский фокус направлен на обсуждение показателей, определяющих современное состояние и стратегии совершенствования системы здравоохранения регионов и деятельности медицинских организаций. Лишь в единичных исследованиях используется качественная методология при анализе приоритетных перспектив развития системы здравоохранения. В ответ на расширяющиеся направления медико-социологических исследований формируется и развивается новый исследовательский инструментарий, наблюдаются конвергентные процессы между различными отраслями научного знания, все шире используются технологии цифровизации и алгоритмы искусственного интеллекта, что безусловно вносит значительный вклад в деятельность практического здравоохранения.

11. Вместе с тем соискателем не найдены данные, свидетельствующие о применении социологического подхода для системного изучения стратегического развития регионального здравоохранения, а тем более разработанной технологии медико-социологического мониторинга с использованием количественных и качественных методов исследования. Это еще раз убеждает в актуальности, необходимости и востребованности настоящей научной работы, осуществляемой с целью разработки дополнительного способа стратегического управления сложной социально-экономической системой, которой является здравоохранение.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Программа, методы и этапы исследования

Воздействием на организацию системы предоставления гражданам медицинской помощи на государственном уровне выступает разработка и внедрение в практику государственных стратегических программ развития отрасли как в целом в стране, так и в субъектах РФ. Как правило, предлагаемые изменения в организации системы здравоохранения, осуществляются с целью повышения показателей здоровья населения и улучшения доступности и качества предоставляемой медицинской помощи, которые детерминированы имеющимися экономическими ресурсами в регионе и в стране в целом.

Принимая во внимание важность получения обратной связи от конечного потребителя медицинских услуг, начиная с 90-х годов XX века в отечественном научном дискурсе встречаются исследования, направленные на изучение адаптации населения к реформам системы здравоохранения. Для решения этой задачи были разработаны и реализованы конкретные программы проведения медико-социологического мониторинга во всех сферах здравоохранения [365-377]. Вместе с тем, предметом медико-социологического мониторинга (МСМ) стали также изменения, происходившие в системе управления, трудовых отношениях, трудовой мотивации, моделях поведения в экономических и социальных институтах. Полученные данные МСМ того периода экономических преобразований в системе здравоохранения на региональном уровне позволили оценить эффективность реформирования экономики здравоохранения; определить новые важнейшие векторы социальных и экономических изменений предоставления и получения медицинских услуг в условиях перехода к рыночной экономике; изучить новые феномены, связанные с трансформацией здравоохранения как социального института (новые организационно-правовые формы хозяйствования и др.).

Накопленный опыт проведения МСМ показывает необходимость системного исследовательского подхода, включающего мониторинговые показатели для формирования результатов реформ, выявления актуальных проблемных точек в организации здравоохранения, осуществлении контроля за уровнем обеспечения экономическими ресурсами и эффективностью их использования и самое актуальное, – формировать коллективную оценку потребителей медицинских услуг об их удовлетворенности получаемой медицинской помощью (МП) в условиях значительных финансовых инвестиций и структурных преобразований отрасли на основании стратегических программ её развития.

Положительными результатами стратегического планирования развития здравоохранения на современном этапе признаются улучшения одного или нескольких следующих групп показателей, характеризующих: состояние здоровья населения; состояние системы медицинского обслуживания населения; медико-технологические характеристики деятельности медицинских организаций; экономические показатели деятельности системы здравоохранения. Однако, оценка эффективности внедрения новых мер без изучения удовлетворенности пациентов доступностью различных видов МП и её качеством, баланса между потребностями в медицинских услугах и ожиданием к предоставляемой МП, может в дальнейшем отразиться на корректности стратегического планирования развития отрасли.

С учетом этого, при разработке программы комплексного диссертационного исследования, были использованы современные методы исследования (библиографический, социологический, аналитический, статистический, экономический анализ, математический и организационное моделирование), которые позволили получить необходимый объем репрезентативных данных и решить поставленные задачи (Таблица 3).

Таблица 3 – Этапы, методы, объемы и сроки диссертационного исследования

Этапы	Методы исследования и анализа данных	Информационные носители	Объемы исследования	Сроки
1. Аналитический обзор научных источников по вопросам стратегического планирования развития здравоохранения в отечественной и международной практиках; по методологическим проблемам реализации стратегических программ на разных уровнях социально-экономической иерархии	Библиографический Аналитический	Нормативно-правовые акты Российской Федерации и субъектов Российской Федерации	58	2015-2022 гг.
		Научные источники (статьи, руководства, монографии, диссертации, статистические справочники, аналитические отчеты), в том числе 245 – на иностранном языке	714	
		Официальные издания, материалы, доклады и информация, размещенная на официальных электронных ресурсах государственных ведомств и служб	36	
2. Историко-экономический анализ основных векторов финансового обеспечения системы здравоохранения Московской области за период с 2010 по 2021 гг.	Аналитический Экономический анализ Статистический	Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению (Форма № 62, годовая) по Московской области 2011-2021 гг.	11	2017-2022 гг.
		Статистические сборники Московской области по социально-экономическому положению 2011-2021 гг.	11	
		Отчеты об исполнении Программы госгарантий по оказанию бесплатной МП населению Московской области за период 2011-2021 гг.	10	
3. Формирование гипотезы и концептуальной модели организации медико-социологического мониторинга результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (пять уровней)	Аналитический Статистический Организационное моделирование Качественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Государственная программа МО «Здравоохранение Подмосковья» на период 2014-2020 годов»	1	2018-2022 гг.
		Государственная программа Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»	1	
		Формы Федерального статистического наблюдения (№ 12, № 30) РФ и Московской области за период 2016-2021 гг.	6	
		Отчеты государственной статистики по Московской области 2016-2021 гг.	6	
		Официальные издания государственных докладов о состоянии здоровья населения, изданные Министерством здравоохранения Московской области 2016-2021 гг.	6	
		Сводные информационные сборники ЕМИАС Московской области за 2016-2021 гг.	6	

Продолжение Таблицы 3

Этапы	Методы исследования и обработки данных	Информационные носители	Объемы исследования	Сроки
4. Разработка программы, методики и инструментария, расчеты репрезентативных выборок по направлениям диссертационного исследования	Аналитический Статистический Математический Социологический	Научные источники (статьи, руководства, монографии, диссертации, статистические справочники, терминологические словари, аналитические отчеты), в том числе 245 – на иностранном языке	714	2016-2020 гг.
		Издания, материалы, доклады и информация, размещенная на официальных электронных ресурсах государственных ведомств и служб	36	
		Официальные статистические данные (Росстат, Минздрав России, Минздрав Московской области)	12	
		Данные российских аналитических и исследовательских центров (ВЦИОМ, ФОМ)	9	
		Нормативно-правовые акты Российской Федерации и субъектов Российской Федерации	58	
5. Изучение социально-экономических характеристик пациентов (потребителей медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области и их мнений о состоянии и проблемах территориального здравоохранения (1 уровень МСМ)	Количественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки авторских анкет (70 вопросов), заполненных пациентами системы здравоохранения Московской области	531	2021-2022 гг.
6.1. Формирование социально-конструированного портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, в которой предоставляется значительная часть всей МП на территории субъекта РФ (2 уровень МСМ)	Количественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки авторских анкет (59 вопросов), заполненных руководителями медицинских организаций, расположенных на территории административного образования Московской области, и их заместителей по медицинским вопросам	231	2020-2022 гг.
6.2. Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области (2 уровень МСМ)		Бланки авторских анкет (48 вопросов, пилотный проект в 2015-2016 гг.), заполненных пациентами медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области	398	

Продолжение Таблицы 3

Этапы	Методы исследования и обработки данных	Объемы исследования и информационные носители	Объемы исследования	Сроки
7. Экспертная оценка проблем и перспектив развития здравоохранения на территории административного образования Московской области (3 уровень МСМ)	Качественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки авторских анкет (59 вопросов), заполненных руководителями медицинских организаций, расположенных на территории административного образования Московской области, и их заместителей по медицинским вопросам	231	2020-2022 гг.
8.1. Медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее оптимизации (4 уровень МСМ)	Количественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки авторских анкет (57 вопросов, пилотный проект в 2015-2016 гг.), заполненных пациентами, получающими специализированную (онкологическую) помощь в медицинских организациях Московской области	369	2019-2022 гг.
8.2. Экспертная оценка врачами-онкологами состояния онкологической службы региона и предложения по ее совершенствованию (4 уровень МСМ)	Качественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Стенограммы фокус-групп с врачами-онкологами, работающими в системе онкологической помощи Московской области	19 (2 группы)	2019-2022 гг.
9. Изучение мнения экспертов областного уровня о проблемах и дальнейшем развитии здравоохранения Московской области (5 уровень МСМ)	Качественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки формализованного (стандартизированного) экспертного интервью (54 вопроса), заполненные экспертами областного уровня – руководителями областных головных учреждений Московской области	119	2021-2022 гг.

Продолжение Таблицы 3

Этапы	Методы исследования и обработки данных	Объемы исследования и информационные носители	Объемы исследования	Сроки
10. Формирование на основе медико-статистической, медико-социологической информации и экспертных оценок архетипа медицинской организации, расположенной на территории муниципального образования	Аналитический Социологический Математический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Формы Федерального статистического наблюдения (№12, №30) Российской Федерации и Московской области за 2016-2021 гг.	6	2016-2023 гг.
		Отчеты государственной статистики по Московской области за 2016-2021 гг.	6	
		Бланки авторских анкет (48 вопросов, пилотный проект в 2015-2016 гг.), заполненных пациентами медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области	398	
		Бланки формализованного экспертного интервью (54 вопроса), заполненные экспертами областного уровня – руководителями областных головных учреждений	119	
11. Формирование интегрированного Индекса результатов стратегического развития территориального здравоохранения по данным медико-социологического мониторинга	Аналитический Социологический Математический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Государственная программа МО «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»	1	2016-2023 гг.
		Формы Федерального статистического наблюдения по РФ и по МО за период 2016-2021 гг. (форма № 62)	6	
		Отчеты государственной статистики по Московской области за 2016-2021 гг.	6	
		Официальные издания государственных докладов о состоянии здоровья населения, изданные Министерством здравоохранения МО за 2016-2021 гг.	6	
		Законы РФ об исполнении бюджета ФФОМС и ТФОМС за 2016-2021 гг.	6	
		Бланки авторских анкет (59 вопросов), заполненных руководителями медицинских организаций, расположенных на территории административного образования Московской области, их заместителям по медицинским вопросам	231	
		Бланки авторских анкет (70 вопросов), заполненных пациентами системы здравоохранения Московской области	531	
12. Разработка научно-обоснованных рекомендаций по применению медико-социологического мониторинга результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения	Аналитический	Статьи, монографии, руководства, учебно-методические пособия, учебники, опубликованные по собственным данным проведенных исследований и их анализа; акты о внедрении результатов диссертации в практическую деятельность		2022-2023 гг.

В рамках диссертационной работы был реализован следующий комплекс медико-социологических исследований:

1. Анкетный опрос пациентов (потребителей медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области ($n = 531$, сроки реализации – март-ноябрь 2022 года).
2. Анкетный опрос руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административного образования Московской области, и их заместителей по медицинским вопросам ($n = 231$ респондент, сроки реализации – сентябрь-октябрь 2022 года).
3. Анкетный опрос пациентов медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области ($n = 398$ респондент, сроки реализации – апрель 2022 – декабрь 2022 года).
4. Анкетный опрос пациентов, получающих специализированную (онкологическую) помощь в медицинских организациях Московской области ($n = 369$ респондентов, сроки реализации – февраль-декабрь 2022).
5. Фокус-группа с врачами-онкологами, работающими в системе онкологической помощи Московской области ($n_1=9$, $n_2=10$, сроки реализации – октябрь-декабрь 2022 года).
6. Формализованное (стандартизированное) экспертного интервью с экспертами областного уровня – руководителями областных головных учреждений Московской области ($n = 119$, сроки реализации – сентябрь-октябрь 2022 года).

Первое направление комплексного медико-социологического исследования: изучение социально-экономических характеристик пациентов (потребителей медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области и их мнений о состоянии и проблемах территориального здравоохранения (1 уровень МСМ)

Актуальность изучения отношения населения к реформам, оптимизации отрасли, результатам стратегического планирования развития здравоохранения определяется тем, что сама система здравоохранения является важнейшей социальной организацией, затрагивающей жизнедеятельность каждого члена российского социума. Начиная с 90-х годов XX века, акцент в исследованиях был

перенесен на изучение адаптации населения к реформам системы здравоохранения. Для решения этой задачи были разработаны и реализованы конкретные программы медико-социологического мониторинга (МСМ) во всех сферах здравоохранения [372-374, 376-378]. Предметом МСМ стали изменения, происходившие в экономических и социальных институтах, системе управления, трудовых отношениях, трудовой мотивации, социально-ролевых моделях поведения граждан.

Изучение уровня информированности населения о деятельности медицинских организаций, о видах, объемах и условиях предоставления медицинской помощи является актуальным направлением МСМ и может стать основой для корректировки плана работы системы здравоохранения. Одним из важных социальных аспектов эффективности деятельности системы здравоохранения является уровень удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи. Для руководителя медицинской организации данные об уровне удовлетворенности пациентов (потребителей) качеством медицинских услуг являются одним из инструментов управления и мотивации работников на повышение качества медицинской помощи.

Первое направление исследования было реализовано в рамках анкетного опроса «Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения» (первый уровень МСМ), при разработке инструментария которого были также учтены вопросы оценки качества медицинской помощи, что имеет принципиальное значение в условиях реализации Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов».

Для расчета выборочной совокупности по изучению социально-экономической характеристики пациента (потребителя медицинских услуг) и его мнения о состоянии и проблемах территориального здравоохранения были использованы данные Московского областного научно-исследовательского института им. М.Ф. Владимирского, на базе которого проводился медико-социологический опрос первого уровня МСМ результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения. Генеральную

совокупность составили все единицы определенного в программе объекта исследования (потребители медицинских услуг (пациенты) в возрасте 18 лет и старше, приезжающие из всех районов области и обратившиеся за амбулаторной помощью с последующей госпитализацией в стационар) (Приложение А).

Расчет объема выборочной совокупности для всех количественных направлений исследований (анкетных опросов) был выполнен по формуле¹:

$$n = (t^2 * \sigma^2 * N) / (N * \Delta^2 + t^2 * \sigma^2),$$

где: n – объем выборочной совокупности, Δ – величина допустимой ошибки в долях, N – величина генеральной совокупности, t – коэффициент доверия (критерий достоверности), σ – дисперсия или мера рассеивания исследуемого признака, характеризующая величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности. Определение необходимого числа выборочных единиц осуществляется на основе следующих параметров: предельная ошибка выборки равна 0,05, а коэффициент доверия – 2 при дисперсии 0,5. Данные параметры обеспечивают высокую достоверность результатов опроса в 95% случаев с предельной ошибкой $\pm 5\%$.

При генеральной совокупности в 283 110 пациентов выборка составила: $n = (2^2 * 0,25 * 283\ 110) / (283\ 110 * 0,05^2 + 2^2 * 0,25) = 399$ человек

С учетом указанного значения, и минимального порога числа респондентов (по нозологиям) для включения в исследование, выборочная совокупность была увеличена квотирована по полу и возрасту (Приложение А).

Анкета включала 70 вопросов, сгруппированных в пять блоков: самооценка здоровья и ЗОЖ; вопросы о системе здравоохранения и удовлетворенности медицинской помощью; опыт получения платных медицинских услуг; взаимоотношения с медицинским персоналом; социально-демографические характеристики респондента (Приложение Б).

¹ Расчет объема выборочной совокупности всех количественных направлений исследования (анкетных опросов) был выполнен по указанной формуле

Анкетный опрос, направленный на изучение социально-экономических характеристик пациентов (потребителей медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области и выявления их мнений о состоянии и проблемах территориального здравоохранения, был реализован в 2022 г. на базе Московского областного научно-исследовательского клинического института имени М.Ф. Владимирского (МОНИКИ).

Единицей наблюдения выступил пациент системы здравоохранения Московской области. При сборе данных получено 574 анкеты, отбраковано 43 (7,5% анкет), фактическую эмпирическую базу исследования «Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения» (первый уровень МСМ) составили 531 анкета.

Критерии, примененные для отбраковки заполненных анкет² включали невозможность обработки анкеты в силу ее порчи или деформации; незаполнение более 20% вопросов анкеты при заполненной социально-демографической части анкеты; незаполнение социально-демографической части анкеты при заполненной содержательной части анкеты; недостоверность ответов или схожесть ответов (одинаковый почерк, стиль, шаблонность высказываний в открытых вопросах в нескольких анкетах).

Анализ результатов реализованного исследования представлен в Главе 4.

**Второе направление комплексного медико-социологического исследования:
изучение составляющих социально-конструированного портрета руководителя
медицинской организации, расположенной на территории административного
образования Московской области (2 и 3 уровень МСМ)**

Эффективность деятельности медицинских организаций в современных условиях рассматривается как комплексное понятие, включающее экономическую,

² Указанные критерии отбраковки анкет применялись для всех реализованных в рамках диссертационного исследования анкетных опросов

медицинскую и социальную составляющие, в разрезе которых можно выделить оценочные показатели, определяющие эффективность использования трудовых ресурсов, рентабельность, продуктивность коммуникации в коллективе и ряд других. Изучение проблемных зон и перспективных направлений развития системы здравоохранения региона невозможно без привлечения экспертного мнения специалистов, осуществляющих управление медицинскими организациями в современных социально-экономических условиях. Очевидно, что подобные условия предъявляют высокие требования к руководству медицинского учреждения, когда каждое управленческое решение должно оцениваться не только в аспекте финансового результата, но и формирования имиджа организации, способствующего укреплению его конкурентоспособности.

Исследование составляющих социально-конструированного портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области (2 уровень МСМ), и мнений руководителей этих медицинских организаций о проблемах и перспективах развития здравоохранения (3 уровень МСМ) было реализовано методом анкетного опроса в 2022 году на базе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Исследуемую генеральную совокупность составили специалисты, занимающие руководящую должность в медицинских организациях (главные врачи и их заместители по медицинскому профилю деятельности), расположенных в муниципальных образованиях Московской области, общей численностью 544 человек (Таблица 4). Данные взяты из сведений, предоставленных ЕМИАС Московской области.

Объем выборочной совокупности для анкетного опроса при известном объеме генеральной совокупности в 544 человек составил объем 231 человек:

$$n = (2^2 * 0,25 * 544) / (544 * 0,05^2 + 2^2 * 0,25) = 231$$

Для получения репрезентативных данных несплошного опроса, выборочная совокупность была квотирована в соответствии с характеристиками генеральной совокупности (Таблица 4)

Таблица 4 – Общее число сотрудников, занимающих руководящую должность в медицинских организациях, расположенных в муниципальных образованиях Московской области (данные на 01.01.2022 г.)

Должность	Генеральная совокупность	Выборочная совокупность
Главный врач	190	81
Заместитель главного врача (по медицинскому профилю)	354	141
Всего:	544	231

Критерием включением в выборку стали:

- факт трудоустройства на руководящей должности в (главные врачи и их заместители по медицинскому профилю деятельности), в медицинской организации, расположенной в муниципальных образованиях Московской области;
- стаж работы в руководящей должности более 1 года;
- согласие на участие в исследовании на условиях анонимности.

Анкета (Приложение В) включает 59 вопросов, которые разбиты на два смысловых блока, позволяющих изучить основные составляющие социально-конструированного портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории муниципального образования Московской области (вопросы анкеты № 28-39, 2 уровень МСМ) и социально-экономические и медико-демографические аспекты, влияющие на деятельность руководителя медицинской организации, расположенной на территории муниципального образования Московской области (вопросы анкеты № 40-59, 3 уровень МСМ).

Единицей наблюдения выступил специалист, занимающий руководящую должность в медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области. При сборе данных получено 234 анкеты, отбраковано 3 из них, фактическую эмпирическую базу исследования составили 231 анкета.

Анализ результатов реализованного исследования представлен в Главе 4 и 5.

**Третье направление комплексного медико-социологического исследования:
медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской
организации, расположенной на территории административного
образования Московской области (2 уровень МСМ)**

В настоящее время, в связи с динамично изменяющимися социально-экономическими условиями осуществляется оптимизация деятельности системы российского здравоохранения. Одним из важнейших направлений перспективного развития современной медицинской организации в сложившейся ситуации является работа по созданию системы обеспечения качества медицинской помощи, частью которой является формирование позитивного имиджа в глазах потребителей медицинских услуг. Для совершенствования восприятия населением основных имиджевых характеристик медицинской организации необходима системная целенаправленная работа.

Одной из главных составляющих имиджа медицинской организации является удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и поэтому, в настоящее время медицинские организации уделяют особое внимание обеспечению доступности и качеству медицинских услуг как основному индикатору эффективности их деятельности [114, 378].

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 гг., утвержденной Постановлением Правительства РФ от 28.12.2021 г. № 2505 [415] (раздел VIII. Критерии доступности и качества медицинской помощи) одним из критериев доступности медицинской помощи является: удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи, в том числе городского и сельского населения (процент от числа опрошенных);

Таким образом, для совершенствования имиджевых характеристик медицинской организации в части предоставления оптимальных медицинских услуг населению принципиально важным является мнение пациентов. Безусловно, удовлетворенность пациентов медицинскими услугами зависит не только от доступности и качества медицинской помощи. Во многом, на показатели удовлетворенности влияют состояние материально-технической базы, культура

общения медицинского персонала, наличие благоприятной атмосферы в учреждении и другие факторы.

Для руководителя медицинской организации в ситуации роста конкуренции между медицинскими организациями приоритетными становятся задачи не только контроля качества оказываемой медицинской помощи, прогнозирования и экономического планирования потребности в услугах, но и непрерывного информационного обеспечения («обратной связи») в части понимания уровня удовлетворенности пациента и потребительского запроса на расширение перечня услуг. Наиболее удобным методом получения объективных данных по поставленной проблеме является проведение медико-социологического исследования (опроса пациентов) на базе медицинской организации, которое позволит оценить представление пациентов об уровне и качестве оказываемых медицинских услуг, профессионализме и компетентности медицинского персонала, комфортности и привлекательности медицинской организации для потребителей медуслуг, состоянии материально-технической базы, а также определить основные социально-статусные характеристики пациентов медицинской организации.

Исследование «Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области» было реализовано в 2022 году на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Красногорская городская больница №1» (далее КГБ №1), в которой имеются круглосуточный стационар; дневной стационар и поликлиника, в которых пациенты могут получать необходимую амбулаторно-поликлиническую помощь (на основании полиса ОМС или платно).

Для исследования имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории муниципального образования Московской области (ГБУЗ МО «КГБ №1»), генеральная совокупность составляла все единицы определенного в программе объекта (потребители медицинских услуг (пациенты) в возрасте 18 лет и старше), приведенной в Таблице 5.

Таблица 5 – Число пролеченных пациентов в «ГБУЗ МО «КГБ №1» за 2019 год (генеральная совокупность)

Вид медицинской помощи	Мужчины		Женщины		Итого
	18-59 лет	60 лет и старше	18-54 лет	55 лет и старше	
Стационарная помощь	19279	5968	20701	10114	56062
Амбулаторно-поликлиническая помощь	4923	3178	6415	5936	20452
Итого	24202	9146	27116	16050	76514

Исходя из указанного объема генеральной совокупности, необходимый объем выборки составил: $n = (2^2 * 0,25 * 76\ 514) / (76\ 514 * 0,05^2 + 2^2 * 0,25) = 398$ респондентов. Указанная выборочная совокупность была квотирована по полу и возрасту (Таблицы 6 и 7).

Таблица 6 – Долевое соотношение половозрастных характеристик генеральной совокупности для «ГБУЗ МО «КГБ №1» при оказании стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи (%)

Вид медицинской помощи	Мужчины		Женщины		Итого
	18-59 лет	60 лет и старше	18-54 лет	55 лет и старше	
Стационарная помощь	25,2	7,8	27,0	13,2	73,3
Амбулаторно-поликлиническая помощь	6,4	4,2	8,4	7,8	26,7
Итого	31,6	12,0	35,4	21,0	100

Таблица 7 – Половозрастное квотирование выборочной совокупности для «ГБУЗ МО «КГБ №1» при оказании стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи (выборочная совокупность)

Вид медицинской помощи	Мужчины		Женщины		Итого
	18-59 лет	60 лет и старше	18-54 лет	55 лет и старше	
Стационарная помощь	100	31	108	53	292
Амбулаторно-поликлиническая помощь	25	17	33	31	106
Итого	125	48	141	84	398

Вопросы исследовательского инструментария (анкеты) охватывали широкий спектр составляющих деятельности медицинской организации, что позволило выявить мнение пациентов о факторах, влияющих на имидж медицинской организации, получить массив мнений о качестве медицинской помощи и социально-демографических характеристиках респондентов (Приложение Г).

Объектом (и единицей наблюдения) исследования – потребители медицинских услуг (пациенты) в возрасте 18 лет и старше, получающие в период проведения опроса медицинскую помощь в КГБ №1 (стационар и поликлиника). Из полученных 417 анкет было отбраковано 19 шт., к анализу принято 398 анкет.

Анализ результатов реализованного исследования представлен в Главе 5.

**Четвертое направление комплексного медико-социологического исследования:
медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической
службы региона и предложений по ее совершенствованию (4 уровень МСМ)**

В целях реализации плана мероприятий федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», достижения выполнения контрольных показателей Распоряжением Правительства Московской области от 25.06.2019 г. № 521-РП была утверждена государственная стратегическая программа «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» (с изменениями, внесенными распоряжением Правительства Московской области от 29.10.2019 г. № 890-РП, от 21.06.2021 г. № 485-РП) [433]. Результативность достижения целевых показателей программы невозможна без изучения обратной связи с конечным потребителем медицинских услуг об актуальном состоянии онкологической службы, а также получению мнения и предложений по ее совершенствованию.

Четвертое направление диссертационного исследования было реализовано в формате анкетного опроса «Медико-социологическая оценка мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию» (четвертый уровень МСМ), при разработке инструментария которого были включены оценочные вопросы об актуальном состоянии онкологической службы,

а также предусмотрены открытые поля для получения мнений и предложений по ее совершенствованию, что позволяет оценить реализацию Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на период 2019-2024 годов».

Авторская анкета включала 57 вопросов, сгруппированных в два смысловых блока (Приложение Д):

- мнение респондентов по общим и специальным проблемам, процессу предоставления онкологической помощи, удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи, изменениями в предоставлении амбулаторной и стационарной онкологической помощи. (вопросы анкеты № 1-43);

- относятся к социально-экономической и медико-демографической характеристике респондентов и представляют собой вопросы личного характера (вопросы анкеты с № 44-57).

Анкетный опрос был реализован в 2022 г. на базе Московского областного научно-исследовательского клинического института имени М.Ф. Владимирского (МОНИКИ), в котором имеются специализированные (онкологические) отделения и проходят лечение пациенты из всех районов и муниципальных образований Московской области.

Для организации репрезентативного медико-социологического исследования была рассчитана выборочная совокупность по данным о деятельности Московского областного научно-исследовательского института им. М.Ф. Владимирского. Исследуемую генеральную совокупность составили все единицы определенного в программе объекта (пациенты с онкопатологией в возрасте 18 лет и старше, Приложение Е). Данные взяты по средним показателям за 3 отчетных периода: 2017, 2018, 2019 гг. Для дальнейшего расчета выборочной совокупности было выделено среднее значение по каждому профилю лечения с распределением по полу и возрасту пациентов (Приложение Е).

Определение необходимого объема выборки при целевой аудитории в 312 738 пациентов составило: $n = (2^2 * 0,25 * 4835,6) / (4835,6 * 0,05^2 + 2^2 * 0,25) = 369$

человек. Исходя из полученных данных, выборочная совокупность была квотирована по полу и возрасту (Приложение Е).

Единицей наблюдения выступил пациент, получающий специализированную (онкологическую) помощь в медицинских организациях Московской области. Сбор, систематизация и обработка основного массива заполненных анкет осуществлялась в соответствии с этическими требованиями обеспечения надежности социологической информации. При сборе данных получена 401 анкета, проверка массива анкет на наличие брака стала основанием для отбраковки 32 анкет. Критерии, примененные для отбраковки заполненных анкет, включали невозможность обработки анкеты в силу ее порчи или деформации; незаполнение более 20% вопросов анкеты при заполненной социально-демографической части анкеты; незаполнение социально-демографической части анкеты при заполненной содержательной части анкеты; недостоверность ответов или схожесть ответов (одинаковый почерк, стиль, шаблонность высказываний в открытых вопросах в нескольких анкетах).

Фактическую эмпирическую базу исследования составили 369 анкет.

Анализ результатов реализованного исследования представлен в Главе 6.

**Пятое направление комплексного медико-социологического исследования:
экспертная оценка врачами-онкологами состояния онкологической службы
региона и предложения по ее совершенствованию (4 уровень МСМ)**

Пятое направление исследования было реализовано в 2022 году на базе Московского областного научно-исследовательского клинического института имени М.Ф. Владимирского (МОНИКИ) в рамках качественной стратегии фокус-группового исследования «Экспертная оценка врачами-онкологами состояния онкологической службы региона и предложения по ее совершенствованию», целью которого стало изучение особенностей развития системы онкологической помощи населению региона в условиях реализации стратегической региональной Программы по борьбе с онкологическими заболеваниями.

Инструментарий фокус-группового исследования (гайд, Приложение Ж) состоял из пяти следующих основных блоков вопросов и затрагивал такие темы:

1. Информированность респондентов о региональной программе, направленной на борьбу с онкологическими заболеваниями;
2. Влияние стратегического планирования на развитие системы онкологической помощи в регионе;
3. Роль диспансеризации в достижении целевых показателей деятельности онкологической службы;
4. Основные проблемы онкологической практики, влияющие на развитие системы онкологической помощи в регионе;
5. Влияние пандемии новой коронавирусной инфекции на деятельность онкологической практики региона;
6. Ожидания врачей в отношении стратегического развития и практического совершенствования системы онкологической помощи в Московской области.

В рамках исследования были проведены две фокус-группы ($n_1=9$, $n_2=10$), участниками которых стали врачи-онкологи, работающие в онкологической службе Московского региона (Приложение И). Учитывая многоуровневость организации онкологической службы в региональном здравоохранении, сложность взаимодействия в системе «пациент – медицинский персонал – медицинская организация – другие правосубъекты системы охраны здоровья граждан», особенности организации специализированной медицинской помощи в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов» было решено провести качественное социологическое исследование в виде углубленного интервью в форме фокус-групп с врачами-онкологами имеющими различный профессиональный стаж в этой области.

Критериями включения участников в исследование были наличие специализации по профилю «онкология», опыт работы в должности врача-онколога не менее пяти лет, факт трудоустройства в медицинской организации Московской области, согласие на участие в исследовании. Первая фокус-группа ($n_1=9$) была сформирована из числа врачей-онкологов, стаж работы которых

составил от 5 до 6 лет. Вторая фокус-группа ($n_2=10$) включала онкологов со стажем работы по специальности более 10 лет.

Фокус-групповые исследования предусматривали видеозапись, данные которой были детально стенографированы (Приложение К). Анализ результатов реализованного исследования представлен в Главе 6.

**Шестое направление комплексного медико-социологического исследования:
изучение мнений экспертов областного уровня о проблемах и дальнейшем
развитии здравоохранения Московской области (5 уровень МСМ)**

Для изучения мнения экспертов областного уровня и сбора медико-социологической информации пятого уровня МСМ результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения был выбран метод формализованного интервью, для которого был разработан авторский исследовательский инструментарий (Приложение Л).

Единицей наблюдения выступили руководитель областной медицинской организации системы здравоохранения Московской области из числа ответственных (должностных) лиц (руководители областных головных учреждений (ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», ГБУЗ МО «МОНИИАГ») Московской области и их заместителей по медицинскому профилю деятельности, главных внештатных специалистов МЗ Московской области (областные эксперты).

Основанием для отбора специалистов для проведения экспертного интервью был факт возложения обязанностей главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Московской области (далее – МЗ), которое осуществляется приказом Министерства здравоохранения Московской области с его согласия (приказ Министерства здравоохранения Московской области от 13.01.2020 г. № 8 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Московской области» (с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Московской области от 03.08.2020 г. № 1072, от 07.10.2020 г. № 1316, от 14.04.2021 г. № 309, от 26.05.2021 г. № 442).

Обязанности главного внештатного специалиста МЗ возлагаются на высококвалифицированного специалиста по соответствующей специальности, владеющего необходимыми дополнительными знаниями по смежным специальностям. Исходя из того, что основными задачами главного внештатного специалиста МЗ являются – определение стратегии развития профильной службы и выработка тактических решений по ее реализации, направленных на совершенствование медицинской помощи населению Московской области эти специалисты были выбраны в качестве областных экспертов-респондентов формализованного структурированного экспертного интервью, используемого в нашем исследовании.

Фактическую эмпирическую базу исследования «Изучение мнений экспертов областного уровня о проблемах и дальнейшем развитии здравоохранения Московской области» (пятый уровень МСМ) составили 119 респондентов. Количество экспертов, принимавших участие в формализованном интервью, определили по формуле:

$$N = 0,5 \times \left(\frac{3}{m} + 5 \right)$$

где N – минимальное количество экспертов; m — возможная ошибка результатов экспертизы ($0 < m < 1$). За возможную ошибку принимали величину 5% (0,05).

Критериями включения в исследования выступили: факт трудоустройства на руководящей должности областного головного учреждения системы здравоохранения Московской области со стажем работы по организации здравоохранения не менее 10 лет или главные внештатные специалисты МЗ Московской области (областные эксперты) с общим медицинским стажем не менее 15 лет, наличие информированного согласия.

При отборе экспертов дополнительно рассчитывался уровень компетентности специалиста по следующей формуле:

$$k = \frac{k_1 + k_2 + k_3}{3},$$

где k_1 – числовое значение самооценки экспертом уровня своих теоретических знаний; k_2 – числовое значение самооценки практического опыта; k_3 – числовое значение самооценки способности к прогнозированию развития ситуации.

Формализованное интервью было реализовано в 2022 г. на базе Московского областного научно-исследовательского клинического института имени М.Ф. Владимирского (МОНИКИ). В ходе формализованного экспертного интервью, респондентам предлагалось на бланке, включающем три блока вопросов по 5-бальной шкале оценить существовавшие в предыдущие 5 лет и существующие в настоящее время основные проблемы в системе здравоохранения Московской области, которые требовали бы решения при очередном этапе стратегического планирования государственной программы «Здравоохранение Подмосковья»; дать оценку актуальности и необходимости стратегического планирования основных мероприятий по развитию системы здравоохранения Московской области в ближайшие 5 лет по предлагаемым направлениям: первичная медико-санитарная помощь, стационарная медицинская помощь, скорая медицинская помощь, служба детства и родовспоможения, профилактика заболеваний, медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь, материальные, финансовые и кадровые ресурсы, развитие специализированной медицинской помощи, в том числе и больным с сосудистой патологией; выяснялось мнение о достаточности показателей, использованных для составления характеристики (архетипа) системы здравоохранения на территории административного образования Московской области с целью принятия управленческих решений при стратегическом планировании развития здравоохранения и особенно при оценке результатов его внедрения [367].

Анализ результатов реализованного исследования представлен в Главе 4.

2.2. Методы анализа данных

В рамках диссертационной работы был реализован комплекс медико-социологических исследований в русле количественного и качественного подхода, что обусловило применение соответствующих методов анализа данных.

Первое направление комплексного медико-социологического исследования: изучение социально-экономических характеристик пациентов (потребителей медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области и их мнений о состоянии и проблемах территориального здравоохранения (1 уровень МСМ). При анализе результатов анкетного опроса пациентов (потребителей медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области ($n = 531$, март-ноябрь 2022 года), направленного на изучение социально-экономических характеристик пациентов (потребителей медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области и их мнений о состоянии и проблемах территориального здравоохранения, были использованы методы дескриптивной статистики (выделение моды (модальных интервалов), медианы, средних значений), рассчитан средний балл ($M \pm m$). Анализ данных был реализован в программах IBM SPSS Statistics 23 и Microsoft Excel 2019. При анализе данных применялись методы вариационной статистики с вычислением параметрических и непараметрических критериев различия и коэффициентов корреляции (по Спирмену и Пирсону) в зависимости от гендерных, возрастных и основных социально-статусных характеристик респондента.

При составлении социально-конструируемого портрета потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области была проведена проверка на соответствие нормальному распределению (анализ гистограмм частот, расчет асимметрии (A) и эксцесса (E) для заданных вариационных рядов, сопоставление полученных показателей с табличными значениями), что определило применение, преимущественно, непараметрических методов статистической обработки данных. Гипотеза о нормальном распределении данных была принята только для показателя возраста, что было определено симметричностью распределения показателей ($-0,906$, распределение плосковершинное), совпадение медианы и среднего значения.

Одним из направлений анализа было выделение ключевых составляющих социального портрета «идеального врача». Ряд числовых ответов респондентов, описывающих «идеального» врача, был выражен в формате диапазона и при анализе эти ответы были скорректированы в средние значения для возможности

анализа более полного массива количественной переменной. После корректировки и дополнения к анализу было принято 292 числовых ответа. Для оценки нормальности распределения был применен метод одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова. Статистика Z для данной переменной составила 2,466, асимптотическая значимость – 0,00, что позволило сделать вывод об отсутствии нормального распределения и обусловило выбор метода непараметрической статистической обработки данных.

Представление данных было выполнено в формате гистограмм, диаграмм, графиков и сравнительных таблиц.

Второе направление комплексного медико-социологического исследования: изучение составляющих социально-конструированного портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области (2 и 3 уровень МСМ). При анализе результатов анкетного опроса руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административного образования Московской области, и их заместителей по медицинским вопросам (n = 231 респондент, сентябрь-октябрь 2022 года) и составлении социально-конструированного портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, были применены методы дескриптивной статистики (выделение моды (модальных интервалов), медианы, средних значений), рассчитан средний балл ($M \pm m$), использованы методы вариационной статистики с вычислением параметрических и непараметрических критериев различия и коэффициентов корреляции (по Спирмену и Пирсону), а также оценивалась сопряженность ключевых демографических и социально-статусных показателей с оценками удовлетворенности респондентов работой, уровнем оплаты труда, состоянием своего здоровья и наличием вредных привычек, показателями дохода участников исследования. Анализ данных был реализован в программах IBM SPSS Statistics 23 и Microsoft Excel 2019.

Представление данных было выполнено в формате диаграмм, рисунков, гистограмм, графиков и сравнительных таблиц с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2019.

Третье направление комплексного медико-социологического исследования: медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области (2 уровень МСМ). Статистическая обработка данных анкетного опроса пациентов медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области ($n = 398$ респондент, апрель 2022 – декабрь 2022 года) проводилась с помощью программ IBM SPSS Statistics 23 и Microsoft Excel 2019. Категориальные переменные представлены как n (%), непрерывные переменные описывались медианами с нижним и верхним квартилями. Были использованы методы дескриптивной статистики (выделение моды (модальных интервалов), медианы, средних значений), рассчитан средний балл ($M \pm m$), межгрупповые различия были проверены с использованием t -критерия Стьюдента при нормальном распределении данных, а также χ -квадрат и U -критерия Манна-Уитни – при непараметрическом (ненормальном) распределении данных.

Представление данных было выполнено в формате диаграмм, рисунков, гистограмм, графиков и сравнительных таблиц с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2019.

Четвертое направление комплексного медико-социологического исследования: медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию (4 уровень МСМ). Анализ результатов анкетного опроса пациентов, получающих специализированную (онкологическую) помощь в медицинских организациях Московской области ($n = 369$ респондентов, февраль-декабрь 2022). осуществлялся с помощью программного пакета IBM SPSS Statistics 23 и Microsoft Excel 2019. Были использованы методы дескриптивной статистики (выделение моды (модальных интервалов), медианы, средних значений), рассчитан средний балл ($M \pm m$), получены одномерные и многомерные распределения значений рассматриваемых признаков. Категориальные переменные представлены как n (%), непрерывные переменные описывались медианами с нижним и верхним квартилями. В рамках анализа данных использованы методы вариационной статистики с вычислением

параметрических и непараметрических критериев различия и коэффициентов корреляции (по Спирмену и Пирсону), описана сопряженность ключевых демографических и социально-статусных показателей с оценками удовлетворенности респондентов состоянием своего здоровья и наличием вредных привычек работой, взаимоотношением с врачом и средним медицинским персоналом.

Представление данных было выполнено в формате диаграмм, рисунков, гистограмм, графиков и сравнительных таблиц с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2019.

Пятое направление комплексного медико-социологического исследования: экспертная оценка врачами-онкологами состояния онкологической службы региона и предложения по ее совершенствованию (4 уровень МСМ). Основными методами анализа данных фокус-группового интервью были герменевтический, тематический и дискурсивный анализ. Все данные фокус-группового исследования были транскрибированы, структурированы по ключевым тематическим векторам исследования в соответствии со структурой гайда и семантико-смысловым содержанием высказываний, проведен герменевтический анализ высказываний участников исследования.

В рамках анализа массива мнений и тематической группировки были выделены основные семантические единицы ($n = 747$), Массив высказываний респондентов о наиболее значимых проблемах онкологической службы Московского региона был систематизирован и при помощи функции Word Frequencies (программа Atlas.ti) с опорой на качественные данные были сконструированы облака слов, распределение и размер единиц (слов) отражал частоту упоминания семантических единиц в массиве мнений. Это позволило сформировать основу для группирования выделяемых участниками исследования проблем онкологической практики, влияющих на развитие системы онкологической помощи в регионе.

Отдельные группы высказываний были закодированы (коды и группы кодов) с помощью программного обеспечения Atlas.ti, что позволило сформировать рисунки с облаками мнений и визуализировать основные распределения массива

высказываний респондентов и ключевые тренды мнений. Анализ эмпирических данных проведенного исследования представлен в Главе 6.

Шестое направление комплексного медико-социологического исследования: изучение мнений экспертов областного уровня о проблемах и дальнейшем развитии здравоохранения Московской области (5 уровень МСМ). При анализе результатов формализованного (стандартизированного) экспертного интервью с экспертами областного уровня – руководителями областных головных учреждений Московской области ($n = 119$, сентябрь-октябрь 2022 года) степень согласованности мнений экспертов рассчитывалась с использованием коэффициента конкордации Кендалла (коэффициента множественной ранговой корреляции W).

Статистическая значимость коэффициента конкордации определялась по формуле (критерий согласия Пирсона):

$$\chi^2 = \frac{S}{\frac{1}{12}mn(n+1) + \frac{1}{n-1}\sum T_i^2}$$

Если значение χ^2 превышало его табличный вариант при числе степеней свободы (n), равном $n-1$, то результаты считали статистически значимыми. Коэффициент конкордации изменяется в диапазоне $0 < W < 1$, при этом 0 соответствует несогласованности, а 1 соответствует полной согласованности мнений экспертов. При $W < 0,3$ – согласованность мнений экспертов неудовлетворительная, при $0,3 < W < 0,7$ – средняя, при $W > 0,7$ – высокая.

Последовательность расчета коэффициента конкордации включала в себя несколько этапов:

1. Создание экспертной комиссии;
2. Сбор мнений специалистов путем проведения формализованного экспертного интервью;
3. Составление сводной матрицы рангов;
4. Оценка средней степени согласованности мнений всех экспертов три помощи коэффициента конкордации для случая, когда имеются связанные ранги;
5. Оценка статистической значимости коэффициента конкордации.

Для оценки статистической значимости различий балльных оценок экспертов

в рамках категорий одного вопроса применялся непараметрический критерий Фридмана для множественных сравнений связанных выборок. Расчет данного критерия проводился при помощи программы статистической обработки данных IBM SPSS v.22.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. В оценке динамики изучаемых показателей использовали расчет показателей базового и цепного прироста.

Для анализа динамики абсолютных и относительных показателей производили оценку линейных и полиномиальных уравнений тренда, с расчетом коэффициентов детерминации (аппроксимации) – R^2 . Данный коэффициент представляет собой долю дисперсии признака, обусловленную закономерностью изменения его значений с течением времени. Объяснение дисперсии показателя линейными уравнениями трендов с коэффициентами детерминации близкими к единице указывает на устойчивый характер тенденций изменения показателей. Аппроксимирование тенденции полиномиальным уравнением свидетельствует о неустойчивости тенденции изменения показателя.

Использовались линейные регрессионные уравнения:

$$y = a + a_1x,$$

где y – значение показателя; x – порядковый номер года наблюдения, начиная с начальной точки отсчета; a – константа, равная уровню временного ряда в нулевой точке; a_1 – коэффициент регрессии, средний за весь период прирост уровней ряда. Полиномиальные уравнения представлены формулами следующего вида:

$$y = a + a_1x + a_2x^2,$$

где y – значение показателя; x – порядковый номер года наблюдения, начиная с начальной точки отсчета; a – константа, равная уровню временного ряда в нулевой точке; a_1 – коэффициент регрессии, средний за весь период прирост уровней ряда; a_2 – ускорение роста (средняя разность между соседними абсолютными приростами ряда).

Для оценки наличия, силы и направления корреляционных связей между отдельными количественными показателями использовался коэффициент корреляции Пирсона.

Основные характеристики всех направлений комплексного диссертационного исследования отражены выше (Таблица 3).

ГЛАВА 3. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КАК ОСНОВА ДЛЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ЕГО РАЗВИТИЯ

3.1. Социально-экономические особенности Московской области

Московская область – субъект Российской Федерации, входит в состав Центрального федерального округа. Административно-территориальная характеристика Московской области на 01.01.2023 г.: площадь территории – 44,4 тыс. кв. км, численность постоянного населения – 8591,7 тыс. человек [562]; плотность населения – 193,82 чел./км², с преобладанием городского населения (78,02) [540].

Вместе с тем, в Московской области начиная с 2017 года, отмечаются общие для страны демографические тенденции, характеризующиеся процессами естественной убыли населения [148, 149]. Естественная убыль населения в 2019 году составила минус 19 тысяч человек (– 2,5 на 1000 человек населения), существенно выросла в период пандемии (2020: – 4,2 на 1000 человек населения; 2021: – 6,8 на 1000 человек населения (52,7 тысяч человек)), и несколько стабилизировалась в 2022 до – 3,1 на 1000 человек населения [148, 149]. Суммарный коэффициент рождаемости в Московской области имел максимальный показатель по итогам 2016 года (1,73 детей в расчете на 1 женщину), но к 2023 снизился до 1,33 ребенка, приходящегося на одну женщину [148, 149]. На эти показатели оказало влияние снижение количества женщин фертильного возраста в активном детородном периоде, изменение репродуктивных планов (откладывание рождения первого ребенка на более поздний период), а также приостановление проведения процедур экстракорпорального оплодотворения в связи с

ограничительными эпидемиологическими мерами, связанные с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-2019 [148, 149, 166].

Показатели естественной убыли населения Московской области составили в 2021 году 52150 человек, в 2022 году 27621 человек - что, с учетом наблюдаемых в 2020-2021 показателях избыточной смертности в регионе на уровне +28,1-35,4%, а в 2023 году +1,76%, можно оценить как положительную тенденцию [166]. В структуре смертности по причинам наибольшее значение по итогам года составляла смертность от болезней системы кровообращения – 473,7 случая на 100 тыс. человек населения. Мероприятия, направленные на охрану здоровья матери и ребенка, повлияли на снижение младенческой смертности до 4,0 случая на 1000 родившихся живыми (младенческую смертность снизилась с 7,4 промилле в 2012 году до 4,0 промилле в 2019 году). Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2019 году выросла и составила 73,86 лет [166].

Структура экономики Московской области характеризуется высокой степенью диверсификации, при этом наибольший вклад в экономическое развитие региона сохраняют оптовая и розничная торговля (27,0%), промышленное производство (24,3%), операции с недвижимым имуществом (11,1%), транспортировка и хранение (6,6%) и строительство (5,2%) [148, 149, 263].

Существенное влияние на снижение экономического развития Московской области в 2020 году оказал общемировой спад деловой активности на фоне кризисных явлений и колебаний в мировой экономике и Российской Федерации в целом, ограничительных мер, направленных на предотвращение распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019). Сокращение базовых финансовых активов, волатильность основных валют и негативная ситуация, связанная с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-2019), являлись основными сдерживающими факторами роста и промышленного производства. В 2020 году отмечалось замедление темпов роста промышленного производства и его индекс составил 105,8% по отношению к уровню 2019 года [263].

В постпандемийном периоде началось восстановление экономики Московской области, которое базировалось на реализации инвестиционных

проектов в области промышленного производства и строительства, росте потребительского рынка и увеличении оборота розничной и оптовой торговли, номенклатуры товарной продукции и предоставляемого спектра услуг населению, совершенствовании мер поддержки субъектов малого и среднего предпринимательства и инфраструктурном развитии всех сфер экономики Московской области. В 2021-2023 годах ежегодные темпы экономического роста были на уровне 2,0-2,5%, с увеличением объема ВРП Московской области до 5980,2 млрд рублей в 2023 году (в среднем на одного жителя Московской области приходится 755,8 тыс. рублей ВРП) [263].

Сельское хозяйство Московской области относится к приоритетным направлениям развития региона. На территории Московской области ведется сельское хозяйство, представленное как растениеводством, так и животноводством. По оценке 2020 года, объем производства продукции сельского хозяйства составил 127,1 млрд рублей [148, 149, 263]. В 2023 году произошло увеличение производства продукции сельского хозяйства до 152,6 млрд рублей, что в сопоставимых ценах составило 106,9% к уровню 2020 года [148, 149, 263]. Увеличение объемов производства продукции сельского хозяйства позволило обеспечить население Московской области основными продуктами питания в соответствии с рациональными нормами потребления.

Приоритетами для Московской области являются развитие инновационной инфраструктуры, повышение научной и инновационной активности организаций Московской области и формирование системы, обеспечивающей коммерциализацию научных исследований и разработок. Осуществляется грантовая поддержка фундаментальных научных исследований. Московская область – лидер по числу особых экономических зон в Российской Федерации. На территории Московской области находятся четыре особых экономических зоны, основными направлениями деятельности которых являются информационные технологии, проектирование сложных технических систем, медицинские и биотехнологии, ядерно-физические и нанотехнологии, СВЧ-электроника, лазерное приборостроение, пищевая промышленность, строительные материалы,

электроника, медицинское оборудование, фармацевтика, легкая и текстильная промышленность [263].

Начиная с 2011 года наблюдается тенденция увеличения внутренних затрат на научные исследования и разработки, реализуемые организациями Московской области: темп прироста за указанный период составил около 50,0% [263]. В абсолютном выражении по данному показателю Московская область занимает третье значение (121,8 млрд рублей) после города Москвы (398,3 млрд рублей) и города Санкт-Петербурга (144,9 млрд рублей) [263]. В последние годы повышается значимость наукоградов, что связано с актуальной задачей развития реального сектора экономики путем смещения центра тяжести от сырьевого направления к производству наукоемкой продукции. На территории Московской области функционируют 8 муниципальных образований, которым присвоен статус наукограда Российской Федерации (всего в Российской Федерации – 13 наукоградов) – это городские округа Дубна, Жуковский, Королев, Протвино, Пущино, Реутов, Фрязино, Черноголовка [263].

Московская область – крупнейший транспортный узел России, обеспечивающий транспортные связи между субъектами Российской Федерации. В настоящее время протяженность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием регионального значения составляет 14,1 тысяч км. В среднесрочной перспективе ожидается увеличение данного показателя до 14,5 тыс. км [263]. Особое внимание было уделено подъездным дорогам к социальным объектам - медицинским, образовательным и спортивным учреждениям. Развитие транспортного комплекса оказывает значительное влияние на обеспечение социальной стабильности и снижение издержек в экономике Московской области.

Экономика Московской области, как неотъемлемая часть российской экономической системы, испытала ощутимые трудности, связанные с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-2019): рост экономической и финансовой неопределенности, резкое и непредвиденное сокращение рыночного спроса на широкую номенклатуру товаров и услуг привели к снижению объема инвестиций в основной капитал в текущем периоде.

Так, в 2020 году произошел спад инвестиционной активности, индекс физического объема инвестиций в основной капитал составил только 91,8% по отношению к уровню 2019 (допандемийного) года, а объем инвестиций в основной капитал за счет всех источников финансирования снизился до 1 012,9 млрд рублей [263]. В настоящее время в Московской области действуют 81 индустриальный парк, 15 технопарков, 6 промышленных площадок и четыре особые экономические зоны, завершается более 400 инвестиционных проектов [263]. Проводимые в Московской области мероприятия, направленные на стимулирование инвестиционной деятельности, стабилизацию социально-экономической ситуации способствовали активизации инвестиционной деятельности и оздоровлению инвестиционной привлекательности Московской области в 2022-2023 годах [263].

Перспективы развития экономики Московской области, ее устойчивость к конъюнктуре рынка в полной мере зависят от развития малого и среднего бизнеса. Развитие малого и среднего предпринимательства (далее – МСП) является неотъемлемой частью общей стратегии социально-экономического развития Московской области, которая в 2023 году заняла третье место среди субъектов Российской Федерации по количеству субъектов МСП – юридических лиц (134 826 единиц), численности занятых в секторе МСП, включая индивидуальных предпринимателей (1198,1 тысяч человек) [263]. Этот показатель, прежде всего, характеризует степень деловой активности населения, которая, в том числе, зависит от сформированной Правительством Московской области системы поддержки малого и среднего предпринимательства.

Повышение доступности жилья для населения и обеспечение комфортных условий проживания жителей региона является одним из приоритетных направлений социально-экономического развития Московской области. По данным Росстата, по состоянию на 01.01.2023 общая площадь жилых помещений в Московской области составила 269 376,7 тыс. кв. метров, обеспеченность жилыми помещениями в расчете на 1 человека – 33,7 кв. метров [263].

Бюджет Московской области является социально ориентированным и сохраняет такую направленность в среднесрочном периоде, несмотря на

ожидаемое сокращение поступлений в доходную часть из-за сложившейся эпидемиологической ситуации. Кроме того, в трехлетнем периоде 2022-2025 гг. прогнозируется снижение общего объема расходов в связи с сокращением прогнозируемого объема доходов в условиях ухудшения экономической ситуации, влияния геополитических факторов и расходов, осуществляемых за счет средств федерального бюджета и бюджета города Москвы. Московская область не является дотационным регионом. Располагаемые внутренние ресурсы и активная инвестиционная политика позволяют обеспечить сбалансированность и финансовую устойчивость консолидированного бюджета Московской области.

Анализ основных показателей консолидированного бюджета Московской области в 2023 году позволяет выделить ряд его специфичных характеристик: высокая степень социальной ориентированности бюджета; способность выполнения в полном объеме взятых на себя обязательств как перед населением, так и перед кредиторами; значительный объем внутренних финансовых ресурсов для самообеспечения и развития экономики Московской области; эффективная долговая политика, основанная на сбалансированности кредитного портфеля и умеренном уровне государственного и муниципального долга с распределенной по годам системой его покрытия.

Миграционный прирост населения Московской области в 2019 году составил 110,2 тыс. человек (первое место среди субъектов Российской Федерации). В структуре миграционного прироста превалировал прирост из других регионов Российской Федерации (преимущественно Приволжского, Центрального, Южного федеральных округов) – 64,3%, тогда как доля международной миграции составила 35,7% соответственно (наибольший прирост из стран СНГ).

На труд и занятость населения влияют демографические факторы, а также маятниковая миграция из Московской области в другие регионы, в том числе – в Москву. В среднесрочной перспективе (2022-2025 гг.) рынок труда ожидаемо будет в значительной степени определяться устойчивым ростом численности населения Московской области, а также ростом рабочей силы за счет увеличения возраста выхода на пенсию. Снижение темпов роста численности, занятых в экономике и

роста численности безработных в 2020 году было обусловлено ограничениями, связанными с введением мер по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Московской области [401].

В постпандемийном периоде произошел умеренный рост численности занятых в экономике: в 2021 году – до 3 478,8 тыс. человек, в 2022 году – до 3 527,1 тыс. человек, в 2023 году – до 3 573,0 тыс. человек. Рост численности занятых в экономике произошел во всех отраслях экономики и был обусловлен социально-экономическим развитием региона, реализацией на его территории инвестиционных проектов, предусматривающих создание новых рабочих мест, в том числе высокопроизводительных с современными условиями труда и конкурентной заработной платой, а также созданием в новых построенных микрорайонах обслуживающей инфраструктуры.

В 2023 году численность трудовых ресурсов Московской области составила 4 725,3 тыс. человек, при этом рост численности иностранных трудовых мигрантов в 2023 году обусловлен увеличением количества патентов, выданных иностранным работникам из стран с безвизовым режимом, а также увеличением количества трудовых мигрантов из стран Евразийского экономического союза.

Распространение новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) повлияло на ситуацию на рынке труда и занятости, а также на уровень заработных плат. Такое развитие событий во многом связано с введенными ограничительными мерами, по причине которых предприятия и компании в соответствии с собственными потребностями переходили на удаленный режим работы или неполный рабочий день, и оптимизацию фонда оплаты труда работников [263]. Складывающаяся динамика напрямую повлияла на уровень заработной платы в 2020 году и на снижение темпов ее роста. В настоящее время скорость и сроки восстановления уровня занятости и доходов населения характеризуются высокой степенью неопределенности, связанной с эпидемиологическими и геополитическими факторами. Баланс денежных доходов и расходов населения характеризует уровень жизни и позволяет определить общий объем и структуру денежных доходов и расходов населения Московской области.

К основным источникам, формирующим денежные доходы населения, относятся оплата труда (около 54,0%), социальные выплаты (пенсии, пособия и социальная помощь, стипендии – около 14,0%), доходы от собственности (около 4,0%), доходы от предпринимательской деятельности (около 4,0%). Последствиями пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) и связанных с ней ограничительных мер стали сокращение заработных плат, перевод работников на неполный рабочий день, в неоплачиваемые отпуска и увольнения. Все это во многом стало причиной снижения доходов населения Московской области в 2020 году (97,8 % к аналогичному периоду 2019 года).

В 2023 году произошло увеличение прожиточного минимума трудоспособного населения Московской области до 16 194 рублей в месяц, пенсионеров на уровне 11 506 рублей в месяц и детей на уровне 14 621 рубля в месяц [406]. Введенные ограничительные меры в условиях складывающейся эпидемиологической ситуации, характерные для потребительского рынка, в частности розничной торговли, показали аналогичный эффект на потребление платных услуг населением Московской области. В периоде 2021-2023 годов сохранилась структура платных услуг населению Московской области, сопоставимой с 2019-2020 годами, с преобладанием в общей структуре преимущественно обязательных платежей и постепенным увеличением оборота сопутствующих дополнительных услуг (медицинские, телекоммуникационные, образовательные), направленных на обеспечение более высокого уровня жизни населения Московской области.

Московская область является субъектом Российской Федерации, активно внедряющим элементы цифровой экономики в различные сферы социально-экономической жизни. Цифровизация государственных и муниципальных услуг – одно из ключевых направлений подобного рода изменений в социальной сфере, направленное на ускорение и упрощение существующих процессов, что способствует постепенному формированию цифровой архитектуры новой экосистемы.

Вторым направлением развития является обеспечение социально-значимых объектов необходимой цифровой инфраструктурой. Под социально-значимыми

объектами понимаются фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), общеобразовательные организации школы и организации среднего профессионального образования (СПО), находящиеся на территории Московской области. Под широкополосным доступом подразумевается доступ к сетям передачи данных или сети Интернет со скоростями равными или превышающими: 10 Мбит/сек. – для ФАП; 50 Мбит/сек. – для школ и СПО, расположенных в сельской местности; 100 Мбит/сек. – для школ и СПО, расположенных в городах. Число социально значимых объектов каждого вида, а также динамика показателей, начиная с 2019 года, отражается и контролируется в государственной интегрированной информационной системе управления общественными финансами «Электронный бюджет» (ГИИС ЭБ).

Обеспечение доступного качественного образования, отвечающего требованиям современного инновационного социально-экономического развития Московской области и успешной социализации детей и молодежи, удовлетворение потребности экономики Московской области в кадрах высокой квалификации во многом определяется реализацией мероприятий государственной программы Московской области «Образование Подмосковья» на 2020-2025 годы, утвержденной постановлением Правительства Московской области от 15.10.2019 № 734/36 «Об утверждении государственной программы Московской области «Образование Подмосковья» на 2020-2025 годы» [398].

Московская область обладает разветвленной инфраструктурой спортивных сооружений, способствующей активному вовлечению населения в занятия физической культурой и спортом. За 2019 год количество спортивных сооружений за счет строительства новых объектов спорта и паспортизации ранее построенных увеличилось на 257 единиц, что увеличило единовременную пропускную способностью на 5217 человек. По состоянию на 2023 год на территории Московской области зарегистрировано 12178 спортивных сооружений с единовременной пропускной способностью 291050 человек [148, 149, 263].

За период с 2018 по 2023 годы в Московской области отмечена ярко выраженная положительная динамика роста числа жителей, систематически занимающихся физической культурой и спортом. Так, в 2019 году занималось

спортом 3,1 млн человек (43,9 % от численности населения Московской области), а в 2023 году – уже 3,95 млн чел. (49,4% численности населения Московской области) [263].

Анализ воздействия на окружающую среду оценивается в Московской области по трем направлениям групп показателей: выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух, отходящих от стационарных источников; обеспечение населения качественной питьевой водой; система обращения с твердыми коммунальными отходами по их обработке и утилизации. В 2021-2023 годах осуществлялось наращивание и поступательное восстановление в полной мере производственной, операционной и экономической деятельности предприятий и компаний, которые способствовали потенциальному увеличению объемов выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух, отходящих от стационарных источников. Увеличение объемов выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух в указанный период составило с 215 до 223 тыс. тонн [263].

Регулярный анализ экологического состояния региона, с учетом влияния природных и антропогенных факторов, позволил осуществить оценку и прогноз этих изменений с целью проведения мероприятий, направленных на минимизацию негативного воздействия на окружающую среду [263]. С целью обеспечения охраны окружающей среды создана территориальная система наблюдения за состоянием окружающей среды Московской области, являющаяся частью единой системы государственного экологического мониторинга (государственного мониторинга окружающей среды).

На основании данных регионального социально-экономического развития Московской области за 2021-2023 гг. можно сделать вывод о положительной динамике и дальнейшем прогрессивном развитии экономики и социальной сферы Московской области. Вместе с тем, дальнейшее восстановление отраслей экономики будет сопровождаться фактически складывающейся эпидемиологической ситуацией, влиянием геополитических факторов, инфляционными ожиданиями и структурной перестройкой экономической сферы, при этом, при наличии всех видов необходимых экономических ресурсов, в

среднесрочной перспективе ожидается выход экономики Московской области на траекторию дальнейшего устойчивого социально-экономического развития региона.

3.2. Характеристика системы здравоохранения Московской области

Московская область в силу территориальной протяженности включает районы с разной плотностью населения, с различающимися условиями и динамикой социально-экономической активности, развитием территориальной и социальной инфраструктуры, уровнем доступа медицинской помощи населению. На территории Московской области медицинскую помощь населению оказывают в 369 медицинских организациях, из них 158 государственной формы собственности, 184 негосударственной формы собственности и 27 немедицинских организаций всех форм собственности, имеющих медицинские подразделения.

Число больничных организаций в 2022 году составило 164 единицы, с численностью 57,2 тыс. коек (66,5 на 10 000 населения, Российская Федерация – 78 на 10 000 населения), из них терапевтических – 13 707 койки (16 на 10 000 населения, Российская Федерация – 17 на 10 000 населения), хирургических – 10 831 койки (соответственно, 12,6 и 14,9), онкологических – 1 958 (соответственно, 2,3 и 3,2), инфекционных – 3 278 (соответственно, 3,8 и 5,0), психиатрических – 6 391 (соответственно, 7,4 и 8,8). Численность коек для беременных женщин и рожениц – 2450 (11,8 на 10 000 женщин в возрасте 15-49 лет, Российская Федерация – 15,2), медицинская помощь оказывается, в том числе 5 перинатальных центрах и 3 родильных домах. Из всего числа коек – койки для детей составляют 6 058 (34,7 на 10 000 детей в возрасте 0-17 лет, Российская Федерация – 49,6).

В Московской области в 2022 году насчитывалось 1 308 амбулаторно-поликлинических организаций с мощностью 213,9 тыс. посещений в смену (248,9 посещений в смену на 10 000 населения, Российская Федерация – 299,1).

Для лечения патологии системы кровообращения в Московской области функционируют 16 региональных сосудистых центров (число коек в них – 1 861) и 16 первичных сосудистых отделений (609 коек). Профилактическую работу среди населения осуществляют 36 Центров здоровья, 68 отделений медицинской профилактики амбулаторно-поликлинических организаций [148, 149, 263].

Медицинскую помощь жителям сельской местности Московского региона оказывают 11 медицинских организаций, в том числе 7, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, 240 поликлиник, амбулаторий, женских консультаций, центров, входящих в состав больничных организаций, 484 фельдшерско-акушерских пунктов. Численность коечного фонда составляет 7 848 коек круглосуточного стационара – 42,7 на 10 000 сельского населения, Российская Федерация – 36,8 [148, 149, 453].

В целях улучшения демографической ситуации в Московской области в последнее десятилетие реализуется комплекс мер, направленных на стимулирование рождаемости, оказание всесторонней поддержки семье, сохранение и укрепление здоровья граждан, увеличение продолжительности жизни населения и снижения смертности. Первое и второе место в структуре смертности занимают сердечно-сосудистые заболевания (38,5%) и новообразования (14%), что, безусловно, имеет отражение в стратегических государственных программах развития здравоохранения Подмосковья.

Заметим, что в 2022 году смертность населения от болезней системы кровообращения составила 451,7 случая на 100 тысяч населения (снижение относительно 2019 года на 4,6%), а смертность населения от новообразований (в том числе – злокачественных) составила 164,3 случаев на 100 тысяч населения (что на 8,2% ниже, чем в 2019 году) [148, 149, 251]. Это было, прежде всего, связано со снижением обращаемости пациентов с онкопатологией в условиях ограничительных мер пандемии новой коронавирусной инфекции.

При анализе причин неблагоприятных изменений показателей смертности от болезней системы кровообращения в Московской области в период 2019-2022 гг., были выделены следующие причины: приостановка планового консультативного

приема, прекращение диспансеризации в медицинских организациях в целях обеспечения охраны здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории Российской Федерации (в соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.03.2020 № 710-р «О временном приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации» [411] в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 27.06.2019 № 1391-р [414]); увеличение случаев поздней обращаемости пациентов в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой; специфический патогенез новой коронавирусной инфекции (COVID-2019), обуславливающий образование тяжелой коагулопатии, внутрисосудистых тромбозов, что значительно утяжеляло течение инфекционного процесса у пациентов с отягощенным коморбидным фоном (сахарный диабет, ожирение, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и другие сопутствующие заболевания) [263, 518, 575].

С целью снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Московской области при непосредственном участии автора были проведены следующие мероприятия:

- начиная с марта 2020 года в рамках государственного контракта на развитие государственной информационной системы «Единая медицинская информационно-аналитическая система Московской области» (далее – ЕМИАС МО) создан регистр пациентов, перенесших заболевания сердечно-сосудистой системы;

- были открыты 50 специализированных кабинетов для лечения больных с хронической сердечной недостаточностью (далее – ХСН) и 36 стационарных отделений ХСН;

- в апреле 2020 года на базе ГБУЗ МО «Воскресенская первая районная больница» открыт региональный сосудистый центр для лечения больных с острым коронарным синдромом;

- актуализирована маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом и новой коронавирусной инфекцией (COVID-2019);

- с июня 2020 года были возобновлены плановая амбулаторная и стационарная виды помощи, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь по кардиологическому и неврологическому профилям и диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;

- проводились контрольные мероприятия по соблюдению порядков оказания специализированной медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями.

Указанные мероприятия с учетом их комплексного характера позволили существенно снизить показатели смертности населения от болезней системы кровообращения – так, согласно официальным данным по итогам 2022 года этот показатель снизился на 12% (по сравнению с данными 2021 года) – до 451,7 на 100 тысяч населения [65]. Значительный вклад в достижение указанного показателя внесло также оснащение медицинских организаций региона современным медицинским оборудованием и техникой (включая ангиографы) в последние три года – и первыми организациями, получившими указанную аппаратуру, стали Красногорская городская клиническая больница и МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Специализированная онкологическая помощь на территории Московской области в 2019 (допандемийном) году оказывалась в 51 медицинской организацией на 1499 койках онкологического профиля круглосуточного стационара, 520 койках дневного стационара. С целью снижения смертности жителей Московской области от онкологических заболеваний, начиная с 2019 года:

- реализуется Московская региональная государственная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 гг.;

- работают 15 врачебных консилиумов по профилю «онкология»;

- совершенствуется маршрутизация пациентов онкологического профиля;

- сформировано единое информационное пространство, обеспечивающее системный учет, диагностику, лечение и реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями;

– открыты три центра амбулаторной онкологической помощи в 2020 году: ГБУЗ МО «Коломенская центральная районная больница», ГБУЗ МО «Подольская городская клиническая больница» (в 2019 году – Центр амбулаторной онкологической помощи на базе ГБУЗ МО «Клинская городская больница») и два референс-центра;

– улучшается материально-техническая база медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и стационарную помощь по федеральной и региональной программам финансирования.

Вышеуказанные мероприятия позволили сохранить тенденцию снижения показателя смертности от онкологических заболеваний и приостановить подъем уровня смертности от болезней системы кровообращения, который произошел в первом полугодии 2020 года.

С целью дальнейшего формирования комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение смертности от болезней системы кровообращения и новообразований в рамках стратегической Государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы, утвержденной Постановлением Правительства Московской области № 715/36 от 09.10.2018 г. [403] при непосредственном участии диссертанта был разработан комплекс дополнительных мероприятий, включая:

– увеличение выездных форм работы (в том числе – выезды мобильных комплексов для охвата населения, проживающего на территориях, удаленных от центральных областных больниц, профилактическими осмотрами и диспансеризацией);

– продолжение и расширение мероприятий по телефонному, дистанционному консультированию и мониторингованию пациентов для скорейшего решения вопросов коррекции терапии или необходимости госпитализации;

– обеспечение преемственности терапии между стационарным и амбулаторным этапами лечения через систему ЕМИАС МО: «Модуль стационар» и «Модуль поликлиника»;

- обеспечение через ЕМИАС МО выписки рецептов пациентам, перенесшим отдельные заболевания сердечно-сосудистой системы;
- проведение контрольных мероприятий по соблюдению протоколов лечения, выполнению клинических рекомендаций, в том числе в рамках ведомственного контроля;
- информирование застрахованных лиц старше 18 лет о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра (СМС-рассылка страховыми медицинскими организациями, размещение информации на официальных сайтах и страницах медицинских организаций в социальных сетях, таргетная e-mail рассылка, информация в областных и муниципальных СМИ, размещение баннеров, плакатов, брошюр и информационных листов в учреждениях здравоохранения, многофункциональных центрах Московской области);
- проактивная позиция медицинских организаций (индивидуальное приглашение прикрепленного населения для прохождения диспансеризации и профилактических осмотров с предоставлением удобного времени).

В настоящее время в Московской области продолжается работа, направленная на снижение заболеваемости, смертности матерей и новорожденных, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи в родовспомогательных учреждениях, в том числе организовано индивидуальное сопровождение каждой беременной женщины от женской консультации до родильного отделения.

В рамках реализации регионального проекта Московской области «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» разработана региональная программа «Укрепление общественного здоровья», на базе которой муниципальные образования разрабатывают соответствующие муниципальные программы по формированию здорового образа жизни, направленные на повышение мотивации жителей региона на вовлеченность в занятия спортом, отказа от вредных привычек, укрепление установок самосохранительного

поведения и приверженности профилактическому подходу в вопросах сохранения и укрепления здоровья.

Одной из наиболее значимых задач системы здравоохранения региона является обеспечение наилучшего качества медицинской помощи населению, что, прежде всего, требует решения вопросов кадровой обеспеченности медицинских организаций области. В Московской области реализуется целый ряд мероприятий, направленных на обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами и ликвидацию кадрового дефицита в медицинских организациях.

В организациях здравоохранения Московской области численность работников в 2022 году составляла 186,9 тысяч, из них врачей – 37,9 тысяч человек (44,1 на 10 000 населения, Российская Федерация – 50,8 на 10 000 населения), средний медицинский персонал - 63,3 тысяч человек (73,7 на 10 000 населения, Российская Федерация – 98,3 на 10 000 населения) [148, 149].

Ежегодно, по целевым программам высшего профессионального образования для медицинских организаций региона подготавливается 150 врачей, из них 80,0% врачей, завершивших послевузовскую подготовку, приступают к работе в организациях здравоохранения Московской области. Совместно с главами муниципальных образований Московской области Министерством здравоохранения Московской области реализуются мероприятия по повышению привлекательности трудоустройства в регионе для молодых врачей – в частности, разрабатываются дорожные карты по обеспечению жилыми помещениями 300 врачей «первичного звена» и 150 «узких» специалистов. Тем не менее, в системе здравоохранения Московской области все еще сохраняется потребность во врачах следующих специальностей: терапевты участковые, педиатры участковые, оториноларингологи, офтальмологи, неврологи, общей практики (семейные) – 377 человек.

Обострение вопроса кадровой обеспеченности системы здравоохранения в последние годы было определено эпидемиологическими условиями в регионе. Территориальное положение Московской области, близость к городу Москве (главному транспортному хабу страны), высокая динамика ежедневного трафика и перемещения в рамках рабочего времени трудоустроенных в Москве жителей

области определили высокий риск распространения инфекции в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) [405].

В условиях эпидемиологического риска в апреле 2020 года в Московской области медицинские учреждения были перепрофилированы на лечение пациентов с различными формами новой коронавирусной инфекции (COVID-2019), что также потребовало открытия специализированных лабораторий и сопутствующих служб. Безусловно, прежде всего, работа системы здравоохранения в этот период потребовала привлечения всех имеющихся кадровых ресурсов, оперативного обучения персонала деятельности в условиях нового инфекционного агента и соблюдения требований безопасности при оказании медицинской помощи населению. В указанный период были предприняты беспрецедентные меры, включающие не только оперативное развертывание коечного фонда, но и организацию зон (сортировки) оказания помощи населению, выстраивание транспортной логистики и маршрутизации пациентов и документации, информационную работу с жителями региона [305, 364, 391, 401, 407, 431, 432].

Одним из наиболее актуальных вопросов в период пандемии было обеспечение средствами индивидуальной защиты (СИЗ) персонала инфекционных отделений для оказания медицинской помощи пациентам с различными формами новой коронавирусной инфекции (COVID-2019), мониторинга наличия указанных средств и своевременной закупки [364]. Предприятиями Московской области был оперативно налажен выпуск медицинского оборудования и средств защиты для населения и кадрового состава системы здравоохранения [54, 92]. Условия высокой трудовой нагрузки и вынужденного многочасового пребывания медицинских работников в СИЗ, частого использования санитайзеров и средств для мытья рук, были сопряжены с развитием у врачей и медсестринского персонала различных поражений кожи (раздражения, сухости, аллергических дерматитов и СИЗ-ассоциированных дерматозов,), кровоподтеков от защитных очков, перегрева и обезвоживания [54, 92]. Это потребовало повышения требований к качеству материалов СИЗ, а также доработки правил их применения медицинским персоналом для снижения рисков СИЗ-ассоциированных поражений кожи [92].

В целом, на территории Московской области было задействовано более 50 инфекционных отделений для оказания медицинской помощи пациентам с различными формами новой коронавирусной инфекции (COVID-2019). Коечный фонд инфекционных отделений, задействованных под лечение коронавирусной инфекции, увеличился с 2239 коек до 15919 на начало июня 2020 года, подведение кислорода было обеспечено для 4001 койки, в том числе с искусственной вентиляцией легких (далее – ИВЛ) – 458 коек. Норматив Минздрава России по развертыванию коечного фонда в Московской области в условиях пандемии был выполнен в полном объеме.

На основании анализа статистических, экономических, нормативно-правовых документов, характеризующих функционирования системы здравоохранения Московской области за последние годы была разработана и утверждена стратегическая Государственная среднесрочная программа Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на 2019-2024 годы [403] (диссертант являлся одним из участников процесса планирования и подготовки материалов Программы – Приложение С, Т).

Целью указанной Программы выступило повышение доступности и качества медицинских услуг, направленное на обеспечение более здоровой и продолжительной жизни всех жителей Московской области. Для достижения стратегической цели были сформулированы следующие перспективные задачи:

- оказание доступной и квалифицированной медицинской помощи всех видов, включая первичную медико-санитарную, скорую и специализированную, путем развития высокоразвитой инфраструктуры здравоохранения, предусматривающей три уровня оказания медицинской помощи, позволяющей устранить дублирование функций и выделения ресурсов, которые в настоящее время нерационально затрачиваются на развитие высоких технологий в условиях небольших медицинских учреждений;
- профилактика и современное лечение сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, путем разработки и реализации долгосрочных программ борьбы с сердечно-сосудистой и онкологической патологией;

- развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям;
- проведение активной профилактики заболеваний и мер, направленных на формирование здорового образа жизни у населения;
- обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами и рациональное управление ресурсами в сфере здравоохранения [403].

Принимая во внимание, что в Государственной программе Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы» [403] детально разработаны мероприятия по развитию системы обеспечения качества медицинской помощи, но не предусмотрена обратная связь с потребителем медицинских услуг, который является центральным звеном в системе здравоохранения, необходимым представляется включение медико-социологического мониторинга в качестве дополнительного метода стратегического управления системой здравоохранения региона [476]. В условиях стратегической парадигмы дальнейшего развития здравоохранения, основанной на пациентоцентризме, оценка пациентами качества предоставленной медицинской помощи и других услуг, предоставляемых медицинскими организациями региона использование технологий медико-социологического мониторинга представляется крайне важной мерой, позволяющей оценить стратегическое развитие регионального здравоохранения.

3.3. Историко-экономический анализ основных векторов финансового обеспечения системы здравоохранения Московской области за период 2010-2021 гг.

Период с 2010 по 2021 годы для системы здравоохранения Московской области совпал с кардинальными изменениями в финансировании национального здравоохранения [321, 338, 474, 477]. До 2016 года специализированная медицинская

помощь в условиях круглосуточного и дневного стационаров оплачивалась по региональным медико-экономическим стандартам (МЭС), разработанным в 2005-2008 гг. специалистами министерства здравоохранения Московской области и территориального фонда ОМС [338]. Этот экономический инструмент использовался в Московской области в течение семи лет (с 2009 г. по 2015 г.) и существенно повлиял как на финансирование отдельных медицинских организаций, так и на финансирование системы здравоохранения в целом.

Начиная с 2013 года, в здравоохранении России (в рамках базовой программы ОМС) на федеральном уровне стали использоваться как инструмент финансирования (и финансового планирования) медицинской помощи клинко-статистические группы (КСГ), которые были разработаны по инициативе федерального фонда ОМС России в 2012 году с привлечением экспертов Всемирного банка [380, 478].

В свою очередь, изменение финансовых потоков в системе ОМС Российской Федерации были обусловлены принятием в 2010 году нового закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (Федеральный закон №326 от 29.11.2010 г.), который начиная с 2011 года определил трансформацию децентрализованной схемы распределения финансовых ресурсов системы ОМС в централизованную. В децентрализованной схеме все средства ОМС за исключением части страховых взносов, перечисляемых в федеральный фонд ОМС, были сконцентрированы на счетах территориальных фондов субъектов РФ, что определяло зависимость средств ОМС в регионе от уровня экономической активности (а точнее от размера фонда оплаты труда).

При этом до 2011 года законодательно не был определен размер страховых взносов за неработающее население региона – что приводило к зависимости данного взноса от бюджетной обеспеченности и экономического состояния региона. Внедряемая централизованная схема изначально была ориентирована на сбор всех средств ОМС на счетах федерального фонда ОМС (с последующим их распределением по территориальным программам ОМС) для обеспечения их выравнивания в масштабах страны. Кроме того, в централизованной модели размер

страховых взносов за неработающее население и порядок их перечисления был определен федеральным законом, что обеспечило их гарантированный сбор [369].

Таким образом, централизованная финансовая модель ОМС обеспечивала выравнивание финансовых возможностей регионов для реализации базовой программы ОМС. В централизованной финансовой модели страховщиком стал федеральный фонд ОМС, а страховые организации стали выполнять только контрольные функции, став, по сути, финансовым «посредниками», передающими централизованные средства ОМС медицинским организациям. Учитывая, что при переходе на централизованную финансовую модель были законодательно закреплены направления расходования средств ОМС – управляемость средствами ОМС за счет централизации сбора и распределения финансовых ресурсов стала более действенной и эффективной.

В децентрализованной финансовой модели самая сложная и дорогостоящая медицинская помощь (высокотехнологичная) финансировалась за счет средств бюджетов (федерального и регионального) и не входила в базовую программу ОМС. В этой ситуации получение жителями различных регионов необходимой им высокотехнологичной медицинской помощи было затруднено в силу территориального ограничения доступности данной помощи и различного уровня её финансового обеспечения в разных регионах России.

В рамках централизованной страховой модели вся высокотехнологичная медицинская помощь была распределена по двум разделам, для которых применяются разные схемы финансирования. Методы ВМП, включенные в I раздел, вошли в базовую программу ОМС и оплачиваются по единым для всей России финансовым нормативам, а для иногородних пациентов – территориальным фондом ОМС. Методы ВМП, включенные во II раздел, оплачиваются органом исполнительной власти, которая является учредителем медицинской организации по единым для всей страны тарифам. Органы власти получают средства для оплаты ВМП II раздела непосредственно от федерального фонда ОМС.

Отношения между территориальным фондом ОМС, страховой компанией и поставителем медицинских услуг регулируются в рамках гражданско-правовых

договоров. С 2020 года федеральный фонд ОМС стал финансировать частные медицинские организации по ВМП II раздела, заключая для этих целей гражданско-правовой договор, с 2021 года федеральный фонд ОМС стал напрямую, изымая средства из субвенций территориальным фондам ОМС, финансировать специализированную и высокотехнологичную помощь (по I разделу), оказываемую медицинскими организациями, находящимися в подчинении у федеральных органов власти, заключая для этих целей гражданско-правовой договор.

Перечисленные изменения в организации и финансировании системы ОМС в России потребовали новых инструментов распределения централизованных средств из федерального фонда ОМС в территориальные фонды. В 2012 году предполагалась делать это с использованием методики федерального фонда по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ ОМС с использованием возрастно-половых категорий.

Данная методика стала результатом научных исследований, проведенных в 2010-2011 годах, выявивших устойчивую зависимость между объемом медицинской помощи по различным медицинским профилям, возрастом и полом граждан [478]. Были определены 38 возрастно-половых категорий, распределяющих все население России с переменным шагом, учитывающими потребность в медицинской помощи. Для «перевода» объективно рассчитанных объемов медицинской помощи, учитывающих региональные особенности её потребления, в финансовые ресурсы необходим был универсальный «инструмент», который можно было использовать как для планирования медицинской помощи, так и для её оплаты. В международной практике для анализа, планирования и финансирования медицинской помощи, практически во всех экономически развитых странах, используются диагностически-связанные группы (DRG) [478]. Для России таким финансовым инструментом должны были стать клинико-статистические группы (КСГ), первая версия которых была разработана к концу 2012 года [478].

Внедрение указанных финансовых инструментов требовало также учитывать и особенности региона. Специфическими особенностями Московской области,

влияющими на формирование и экономическое обоснование территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, являются следующие:

1. **Территориальное расположение Московской области.** Московская область – единственный регион в России, окружающий крупнейший субъект РФ – город Москву. С другой стороны, Московская область имеет своеобразную «радиальную» транспортную сеть (автомобильную и железнодорожную), направленную в сторону Москвы, что создает специфическую структуру движения трудовых миграционных потоков и, соответственно, движение потоков пациентов, получающих медицинскую помощь в медицинских организациях Московской области. Таким образом, встречное движение пациентов в Москву и из неё требует самого серьезного внимания к планированию и финансированию медицинской помощи (особенно в рамках территориальной программы ОМС) с учетом межтерриториальных расчетов.

2. **Управление лечебной сетью Московской области.** Московская область существенно отличается от большинства регионов России тем, что в центре области расположен самый большой по численности проживающего населения субъект Российской Федерации – город Москва. Исторически сложившаяся ещё в советский период многоуровневая система здравоохранения, состоящая из районного (участковые, районные и центральные районные медицинские организации), городского (городские и центральные городские медицинские организации), регионального (областные и краевые больницы), республиканского (медицинские организации союзных республик и городов Москвы и Санкт-Петербурга) здравоохранения, а также всесоюзных клинических институтов, оптимально обеспечивала этапность оказания медицинской помощи населению. Данная система здравоохранения регулировалась ведомственными приказами, методиками и указаниями, которые не только регулировали клинико-организационные аспекты государственной системы здравоохранения, но и предлагали систему экономических норм и нормативов, обеспечивающую, пусть и усредненное, но гарантированное финансирование всех видов ресурсов – начиная

от заработной платы сотрудников системы здравоохранения и заканчивая мягким инвентарем и обмундированием для пациентов и персонала бюджетных больниц всей страны.

Обеспечение жителей Московской области медицинской помощью в советский период несколько отличалось от других регионов огромной страны ввиду расположения Московской области и г. Москвы, в которой было сосредоточено подавляющее число ведущих медицинских учреждений и клинических институтов, обеспечивающих государство самой современной медицинской помощью. Вышеизложенное стало предпосылкой формирования областной системы здравоохранения, несколько отличающейся от большинства других областей и краев – прежде всего, в Московской области не было необходимости создавать областные лечебно-профилактические учреждения, поскольку пациенты направлялись на лечение в крупнейшие медицинские организации г. Москвы, что также отразилось в современной период на межтерриториальных расчетах и других межрегиональных экономических отношениях [455, 456].

В 2000 году была предложена и стала реализовываться на практике модель медицинских округов Московской области, научно обоснованная д.м.н., профессором В.Ю. Семеновым [456]. Для нескольких административно- и финансово- независимых муниципальных системам здравоохранения определялись общие подходы к организации маршрутизации пациентов и планированию объема медицинской помощи в рамках муниципального заказа как части территориальной программы госгарантий обеспечения населения Московской области бесплатной медицинской помощью. При этом в медицинских организациях медицинского округа население получало основной объем первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной. В рамках системы медицинских округов, в целом, решались следующие задачи:

- обеспечение пропорционального развития сети здравоохранения отдельных муниципальных образований, входящих в медицинский округ;

- преобразование порядка предоставления медицинской помощи на уровне выше муниципального;
- согласование управления объемами медицинской помощи в пределах округа;
- оптимизация структуры муниципальной лечебной сети в соответствии с потребностями населения медицинского округа;
- достижение оптимальной медико-организационной самостоятельности округа через рациональное использование существующих возможностей медицинских организаций, расположенных на территории округа, а также формирование нового окружного уровня медицинской помощи – с переносом на него части областных медицинских технологий;
- создание сопоставимых экономических условий для оказания медицинской помощи с использованием методов подушевого финансирования с частичным, регулируемым фондодержанием (из бюджета и ОМС); единой тарифной политики в системе ОМС области и единых правил финансирования медицинской помощи;
- внедрение новых механизмов децентрализованного управления ресурсами внутри округа;
- сокращение совокупных удельных затрат, связанных с оказанием медицинской помощи внутри округа;
- формирование единого информационно-технологического пространства для оперативного управления системой предоставления медицинской помощи населению округа [455, 456].

Для реализации концепции медицинских округов в Московской области были предложены следующие направления реформирования:

- формирование и внедрение единых клинических и социальных гарантий для жителей медицинских округов;
- совершенствование нормативно-правовой и методической базы регионального здравоохранения;
- оптимизация первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи для жителей Московской области;
- централизация управления муниципальным здравоохранением через создание координирующих органов – советов медицинских округов [456].

В течение 2001-2003 гг. были сформированы двенадцать медицинских округов. Основной целью создания медицинских округов стала интеграция ранее административно и экономически независимых муниципальных систем здравоохранения для создания принципиально новой модели, направленной на рациональное использование имеющихся ресурсов муниципального здравоохранения. Создание медико-организационного пространства медицинского округа расширило возможности каждого муниципального образования по нескольким направлениям:

- во-первых, медицинский округ позволял обеспечить координацию и интеграцию муниципальных систем здравоохранения для обеспечения населения медицинской помощью более широкого спектра;

- во-вторых, создание медицинских округов повысило доступность специализированной медицинской помощи и исключило профильное дублирование в отдельных медицинских организациях. Группа муниципальных образований, включенных в медицинский округ, могло в этой ситуации как сохранить имеющиеся лечебные мощности, так и организовать дополнительные виды специализированной помощи, что в свою очередь снижало нагрузку на областные специализированные центры, подведомственные Минздраву Московской области;

- в-третьих, формирование медицинского округа явилось новой формой оптимизации деятельности системы здравоохранения региона. Данная оптимизация имела значительные преимущества перед независимой реструктуризацией отдельных муниципальных образований, так как была обоснованной и рациональной в распределении объёмов медицинской помощи;

- в-четвертых, объединение нескольких муниципальных лечебных сетей в одну функционально интегрированную сеть определило принципиально новые и гораздо большие потенциальные возможности для рационального и экономного использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материальных, технологических и финансовых);

- в-пятых, организация медицинского округа способствовала положительным изменениям в распределении средств здравоохранения и

обязательного медицинского страхования (ОМС), которые позволяют обеспечить устойчивую финансовую основу как муниципального, так и окружного уровней организации и предоставления медицинских услуг [455, 456].

Медицинские округа функционировали в Московской области до 2012 года [455, 456, 458]. В 2013 году в связи с изменением законодательства и в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [387], поэтапной передачей муниципальных медицинских организаций из муниципальной собственности в региональную, с непосредственным подчинением Министерству здравоохранения Московской области и финансированием из средств областного бюджета, изменением порядка планирования медицинской помощи в системе ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правилами ОМС деятельность медицинских округов была прекращена [386]. В 2015 году процесс передачи, в основном, был завершен, муниципальные органы управления здравоохранением были ликвидированы и перед министерством здравоохранения была поставлена новая задача по повышению эффективности управления системой здравоохранения области.

Для координации медицинской и фармацевтической деятельности государственных медицинских (фармацевтических) организаций в муниципальных образованиях, на территории которых они расположены, были созданы пятнадцать территориальных управлений Министерства здравоохранения Московской области. Кроме государственных медицинских организаций, расположенных на территории муниципальных образований и входящих в состав территориальных управлений, медицинскую помощь населению оказывали другие государственные медицинские организации, расположенные в Москве и в других регионах России, а также негосударственные медицинские организации. Координация деятельности данной категории медицинских организаций осуществлялась непосредственно Министерством здравоохранения Московской области. В 2016 году пятнадцать территориальных управлений в условиях реформирования здравоохранения и оптимизации кадрового потенциала были укрупнены (до восьми) и преобразованы,

а в 2019 году в условиях дальнейшего внедрения экономических методов управления в условиях рыночной экономики – были полностью ликвидированы.

3. Региональные медико-экономические стандарты. Существенная роль при проведении анализа финансового обеспечения системы предоставления бесплатной медицинской помощи населению региона отводится изучению используемых способов оплаты (финансирования) медицинской помощи, так как при изменении методов оплаты необходимо оценивать влияние данных изменений на уровень сопоставимости результатов анализа в разные временные периоды. В системе здравоохранения Московской области переход на оплату стационарной и стационарозамещающих технологий медицинской помощи по единым национальным клинико-статистическим группам был осуществлен только в 2016 году (Рисунок 1).

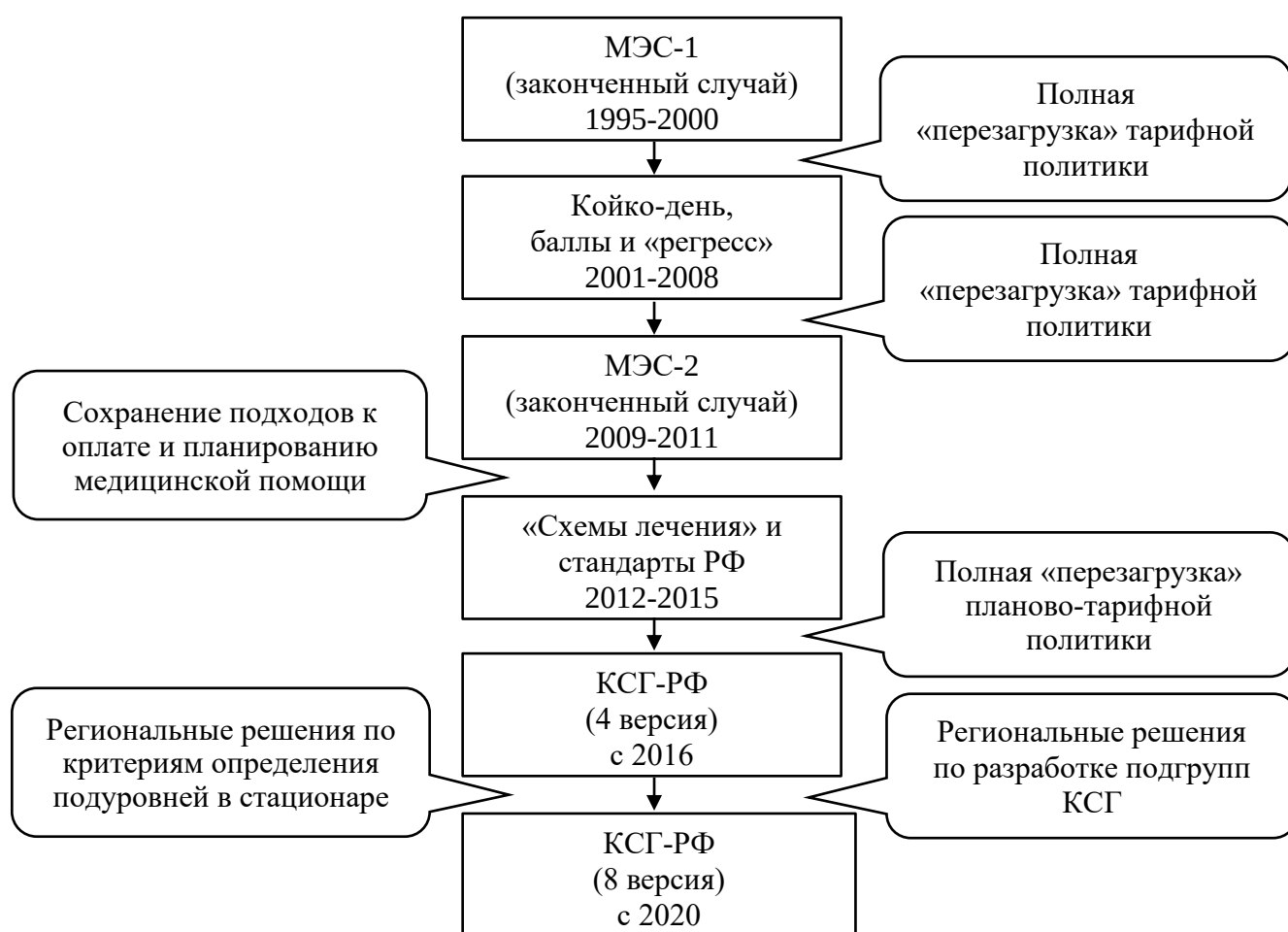


Рисунок 1 – Изменения способов оплаты медицинской помощи в Московской области в 1995-2020 гг.

Указанные процессы были исторически связаны с изменениями подходов к финансированию медицинской помощи в регионе. Так, в Московской области в течение 1994 года были разработаны медико-экономические стандарты, основой которых были схемы лечения больных и схемы оказания медицинских услуг, определявшие усредненные наборы различных технологических компонентов (медицинских услуг, медикаментов, изделий медицинского назначения и пр.). Эти схемы формировались главными специалистами управлений здравоохранения г. Москвы и Московской области, рассчитывались специалистами страховой медицинской организации, на разработанном для этих целей программном обеспечении. Экономические данные для указанных расчетов предоставляли медицинские организации, непосредственно предоставлявшие все виды медицинской помощи, входящие в программу ОМС. Использовалась общая номенклатура медицинских и сервисных услуг, необходимая для формирования схем лечения пациентов.

Однако к началу XXI века (2000-2001 гг.) накопились нерешаемые системные противоречия – в частности, в Московской области платеж на неработающее население (составлявший большую часть финансирования программы ОМС в указанный период) обеспечивали муниципальные образования региона, находящиеся в разных финансово-экономических условиях. Медицинские организации области, в подавляющем большинстве, были муниципальными и финансировались в зависимости от экономической состоятельности городов и районов области, что приводило к передаче средств от более финансово-обеспеченных территорий в менее обеспеченные муниципальные образования. Считая такую модель «несправедливой», руководство этих районов старалось уклониться от платежа на неработающее население. В связи с этим вместо единых МЭС была предложена схема, позволяющая учитывать уровень платежа на неработающее население района / города и нивелирующая прямое сопряжение между процессом предоставления медицинской помощи и финансовыми ресурсами.

В 2001 году была кардинально изменена вся тарифная политика в территориальной системе ОМС Московской области. Оплата стационарной

медицинской помощи была переведена на оплату по койко-дням, а амбулаторной помощи – по посещениям. Необходимо отметить, что в этот исторический период в значительной части регионов России использовались такие же методы оплаты медицинской помощи по программе ОМС. Специфической особенностью для Московской области было то, что тарифы койко-дня в стационаре, пациенто-дня в дневном стационаре и посещения в поликлинике были рассчитаны не в рублях, а в баллах, которые отражали относительные расходы в различных профильных отделениях и по разным врачебным специальностям. В 2008 году началась разработка второй версии МЭС в Московской области, в 2009 году произошла полная перезагрузка тарифной политики в системе ОМС Московской области, и бальная система расчетов стала более не актуальной.

В течение последующих лет региональные МЭС были усовершенствованы с использованием федеральных стандартов медицинской помощи, введенных в практику отечественного здравоохранения в 2012-2013 годах. Также были разработаны схемы лечения, обеспечивающие региональную адаптацию федеральных стандартов медицинской помощи. Предложенные в 2013 году федеральные КСГ не были использованы, так как их клинико-экономические характеристики существенно уступали региональным МЭС, сформированным на базе федеральных стандартов и региональных схем лечения. Так, в 2013 году в Московской области для круглосуточного и дневного стационара использовались:

- 1) более 11 тысяч нозологических форм в соответствии с МКБ-10 включенные в стандарты медицинской помощи и схемы ведения пациентов;
- 2) утверждено более 700 стандартов медицинской помощи;
- 3) более 3110 тарифов законченного случая на основе стандартов медицинской помощи (334) и схем ведения пациентов (2778) по базовой программе ОМС;
- 4) 36 тарифов законченного случая лечения на основе клинико-профильных групп (по видам медицинской помощи сверх базовой программы ОМС – по социально-значимым заболеваниям).

В 2016 году, ввиду активного развития способов оплаты по КСГ в России и для обеспечения сопоставимости данных по предоставленной медицинской

помощи, особенно при межтерриториальных расчетах, министерством здравоохранения Московской области совместно с территориальным фондом ОМС было принято решения о переходе на четвертую версию федеральных КСГ. В дальнейшем этот способ оплаты совершенствовался (без кардинальных изменений), но, в целом, метод оплаты предоставленной медицинской помощи с использованием КСГ используется в Московской области до настоящего времени (в актуализированной 8 версии). Тем не менее, для учета региональных особенностей были разработаны и используются подгруппы КСГ, что соответствует положениям стратегической государственной Программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы, утвержденную постановлением Правительства Московской области 11.12.2018 № 918/44 [478].

4. Виды медицинской помощи, оказываемые сверх базовой программы ОМС в Московской области. С введением в 1993 году в Российской Федерации обязательного медицинского страхования, оплачивалась медицинская помощь населению по всем заболеваниям, за исключением таких социально значимых болезней как туберкулез, ВИЧ-инфекция (СПИД), венерические, психические заболевания, а также состояния, связанные с употреблением психотропных веществ, оплата за которые осуществлялась за счет средств бюджетов. Кроме этого, за счет средств бюджетов обеспечивалось финансирование капитального строительства (и ремонта) медицинских организаций региона, приобретение медицинской организацией оборудования (свыше 100 тысяч рублей за единицу) и различных мероприятий по целевым государственным задачам. В Московской области, начиная с 2013 года, за счет средств ОМС оплачивались социально-значимые виды медицинской помощи, традиционно финансируемые за счет бюджетных средств, и только в 2021 году финансирование лечения социально-значимых заболеваний жителей Московской области стало обязательством областного бюджета [381].

Начиная с 2020 года и по настоящее время, в соответствии с постановлением правительства Московской области от 27.12.2019 года № 1047/45 «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 гг.» [404], существенно изменились виды помощи и перечень мероприятий оказываемых гражданам за счет средств обязательного медицинского страхования и бюджетных средств. Так, в настоящее время сформирован перечень услуг, исключаемых из подушевого норматива на амбулаторную помощь для всех регионов России – это: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (МРТ), УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования, проводимые с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, средства на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

В реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Московской области участвуют 468 медицинских организаций: 54% – государственные, в том числе и федеральные медицинские организации (уменьшение доли связано с их объединением и укрупнением), 46% – частные медицинские организации.

Необходимо отметить, что одной из причин, способствующих усложнению экономических отношений в региональном здравоохранении и территориальной системе обязательного медицинского страхования, является не наличие более 3110 тарифов законченного случая на основе стандартов медицинской помощи (334) и схем ведения пациентов (2778) по базовой программе ОМС, а отсутствие областного расчетно-экономического аналитического Центра, в котором должна накапливаться финансово-экономическая информация от всех правосубъектов обязательного медицинского страхования и, прежде всего, от всех медицинских организаций, участвующих в реализации государственной стратегической Программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы, с целью осуществления анализа эффективности использования выделенных значительных средств (Таблица 8) и проведения текущей корректировки величины тарифов на медицинские услуги по базовой программе ОМС (рассчитанных в соответствии с Тарифным соглашением на определенный календарный год).

Таблица 8 – Финансовое обеспечение Государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы [403]

Источники финансирования государственной программы, в том числе по годам:	Расходы (тыс. рублей)						
	Всего	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год	2024 год
Средства бюджета Московской области	600168081,00	107126220,00	94933849,00	99168371,00	99125209,00	99639689,00	100174743,00
Средства федерального бюджета	12709882,00	4268669,00	3562686,00	2132837,00	915230,00	915230,00	915230,00
Средства бюджетов муниципальных образований Московской области	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Внебюджетные средства, всего, в том числе:	672443834,40	92854067,20	99814605,70	107396863,50	115344483,20	123908755,10	133125059,70
Средства бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области	624023115,40	85554067,20	92222605,70	99501183,50	107132976,20	115368788,10	124243494,70
Средства от приносящей доход деятельности	48420719,00	7300000,00	7592000,00	7895680,00	8211507,00	8539967,00	8881565,00
Инвестиционные средства	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Благотворительные взносы и пожертвования от физических и юридических лиц	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Всего, в том числе по годам:	1285321797,40	204248956,20	198311140,70	208698071,50	215384922,20	224463674,10	234215032,70

В связи с вышеизложенным, нами предложен организационный механизм по сопровождению в практике утвержденных стратегических планов, путем создания Областного расчетно-экономического аналитического Центра, в котором должна накапливаться финансово-экономическая и иная информация от всех правосубъектов обязательного медицинского страхования, а также от всех медицинских организаций, участвующих в реализации государственной стратегической Программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы с целью осуществления анализа эффективности использования выделенных значительных средств и проведения корректировки величины тарифов на медицинские услуги по базовой программе ОМС, рассчитанных в соответствии с Тарифным соглашением на соответствующий календарный год с учетом оценки мнения всех участников процесса, в том числе и пациентов (Рисунок 2). Основные задачи и направления деятельности Областного расчетно-экономического аналитического Центра, инициатива открытия которого на базе МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского была поддержана Минздравом региона:

I. Медико-организационные векторы:

1. Организация проведения системного анализа выполнения Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы, включая программу госгарантий бесплатного предоставления населению медицинской помощи (в том числе территориальную программу обязательного медицинского страхования), с учетом оказания медицинской помощи медицинскими организациями любой ведомственной принадлежности и различных форм собственности.

2. Разработка, обоснование и практическое применение критериев оценки эффективности деятельности медицинских организаций, выполняющих Программу, в том числе оценка эффективности деятельности медицинского персонала.

3. Определение соответствия уровня использования кадровых и технологических ресурсов государственных медицинских организаций Московской области потребностям жителей Московской области, проживающих в зоне обслуживания данными медицинскими организациями.

4. Разработка и обоснование методических рекомендаций по устранению выявленного несоответствия ресурсного потенциала медицинских организаций Московской области потребностям населения.

5. Обоснование рациональных моделей организации первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи, способствующих эффективному использованию ограниченных ресурсов регионального здравоохранения и оптимальному обеспечению потребностей жителей, с учетом уровня заболеваемости (по данным медицинской статистики) и территориальных (транспортных) особенностей региона.

6. Разработка предложений по оптимизации организационно-экономической модели территориальной системы ОМС для Правительства Московской области, в рамках работы Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия).

7. Экспертиза организационно-экономических моделей, предложенных правосубъектами системы здравоохранения Московской области, в том числе региональной системы ОМС, на соответствие ресурсному обеспечению и стратегическим задачам, утвержденным Государственной программой Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы.

II. Финансово-экономические векторы:

1. Разработка и обоснование территориальных нормативов единиц объема медицинской помощи и финансовых затрат для формирования и при необходимости корректировки действующей Программы.

2. Оптимизация методологии ценообразования, с учетом ресурсного обеспечения, клинических рекомендаций, порядков и стандартов медицинской помощи.

3. Формирование методологии оценки соответствия плана финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций запланированным объемам медицинской помощи и соответствующему ресурсному обеспечению.

4. Обоснование необходимости привлечения дополнительных медицинских организаций различных форм собственности и ведомственной принадлежности для предоставления медицинской помощи в рамках Программы.

5. Подготовка материалов для рабочих групп Комиссии по вопросам экономического планирования и тарифного регулирования в территориальной программе ОМС.

III. Медико-социологический мониторинг:

1. Медико-социологический мониторинг стратегического развития регионального здравоохранения, путем использования медико-социологического инструментария для проведения количественных и качественных исследований на всех уровнях территориального здравоохранения в соответствии с Государственной стратегической программой Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы.

2. Изучение социально-экономической характеристики пациентов (потребителей медицинских услуг) и их мнений о состоянии и проблемах регионального здравоохранения.

3. Осуществление медико-социологической оценки имиджевых параметров медицинских организаций, расположенных в административных образованиях Московской области.

4. Формирование социально-конструированного портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования.

5. Изучение мнения пациентов и врачей-экспертов о состоянии специализированных медицинских служб и подготовка предложений по их совершенствованию.

6. Проведение научно-исследовательских работ по совершенствованию анализа, планирования и ценообразования в системе здравоохранения (по заказу Министерства здравоохранения Московской области и других правосубъектов).

7. Оказание методической помощи медицинским организациям, реализующим Программу по вопросам планирования и финансирования (ценообразования), формирования плана финансово-хозяйственной деятельности.

1. Расчет интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения региона, на основании аккумулированных данных, позволяющий в динамике дополнительно оценить ход реализации Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы».



Рисунок 2 – Структурно-функциональное взаимодействие в ходе реализации стратегической Государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 3

1. Московская область в силу имеющихся особенностей как субъекта (территориальная близость столичного региона, цифровой и инновационно-ориентированный характер развития региона, плотность населения, загруженность транспортной инфраструктуры, специфика социально-экономических и трудовых процессов в области, маятниковый трафик ежедневного перемещения трудозанятого населения, динамика эпидемиологической обстановки и наличие разветвленной сети лечебных учреждений и др.) отличается спецификой планирования стратегического развития как региона в целом, так и ключевых социальных систем – прежде всего, системы регионального здравоохранения. Наблюдаемая в условиях пандемии COVID-19 стагнация показателей развития Московской области в настоящее время замещается наблюдаемыми тенденциями социально-экономического роста, что позволяет прогнозировать в среднесрочной перспективе выход экономики Московской области на траекторию дальнейшего устойчивого социально-экономического развития региона (с учетом влияния геополитических факторов, инфляционных ожиданий и структурной перестройки экономической сферы).

2. В Московской области сформирована и действует эффективная система организации и финансирования медицинской помощи, осуществляемая с использованием программно-целевого метода в рамках Государственных стратегических программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья», который гарантирует оптимальное использование значительных средств из многих источников, в том числе бюджета Московской области и средств ОМС. Выполнение государственного задания на оказание медицинской помощи населению Московской области осуществляется в полном объеме и только в соответствии с нормативами, утвержденными в Московской областной Программе государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи.

3. Органом управления здравоохранением Московской области совместно с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования постоянно осуществляется работа по укреплению финансовой устойчивости медицинских организаций: предотвращение образования кредиторской задолженности; оптимальное использование дорогостоящего медицинского оборудования и врачей-специалистов в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи; уменьшение объемов дорогостоящего стационарного лечения с круглосуточным пребыванием путем развития стационарозамещающих видов медицинской помощи, неотложной помощи и общих врачебных практик, увеличение объема профилактической медицинской помощи в амбулаторном звене; создание условий (внедрение новых современных технологий) для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в крупных медицинских организациях Московской области.

4. Одной из наиболее значимых задач системы здравоохранения региона выступает обеспечение наилучшего качества медицинской помощи населению, что, прежде всего, требует решения вопросов кадровой обеспеченности медицинских организаций области. Для выполнения указанной задачи в Московской области реализуется ряд мероприятий, направленных на обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами и ликвидацию кадрового дефицита в медицинских организациях.

5. В целях контроля за выполнением государственного задания уполномоченным органом управления в сфере здравоохранения Московской области осуществляется сбор и анализ отчетности по выполнению государственных заданий, но при этом не осуществляется обратная связь с потребителями медицинских услуг – центральным звеном системы организации медицинской помощи с использованием методологии медико-социологического мониторинга, что в условиях выстраивания организации здравоохранения на принципах пациентоориентированности не является прогрессивным способом контроля за использованием значительных финансовых средств и достижения оптимальных результатов стратегического развития здравоохранения в регионе.

6. При наличии в настоящее время в каждом субъекте РФ детально разработанных концептуальных программно-целевых подходов, программ стратегического планирования развития здравоохранения, эффективность их реализации остается по разным причинам не на должном уровне, что актуализирует необходимость разработки технологии медико-социологического мониторинга реализации программных положений в практической деятельности и переориентации в большей степени стратегического планирования на удовлетворение потребностей и ожиданий пациентов при получении медицинской помощи оптимального качества.

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ ИСПОЛНЕНИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИКО- СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ДЛЯ ЕЁ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

4.1. Стратегическое планирование развития региональной системы здравоохранения в государственной программе Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на период 2019-2024 годов»

В соответствии с Федеральным законом от 28.06.2014 N 172-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «О стратегическом планировании в Российской Федерации» [384, ст. 1] установлены правовые основы стратегического планирования в Российской Федерации, координации государственного и муниципального стратегического управления и бюджетной политики, полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и порядок их взаимодействия с общественными, научными и иными организациями в сфере стратегического планирования. Закон регулирует отношения, возникающие между участниками стратегического планирования в процессе целеполагания, прогнозирования, планирования и программирования социально-экономического развития субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, отраслей экономики и сфер государственного и муниципального управления, а также мониторинга и контроля реализации документов стратегического планирования, направленного на решение задач устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, её субъектов и муниципальных образований [384].

Вместе с тем, закон определяет понятия мониторинга и контроля реализации документов стратегического планирования как деятельность участников

стратегического планирования по комплексной оценке хода и итогов реализации документов стратегического планирования, а также по оценке взаимодействия участников стратегического планирования в части соблюдения его принципов и реализации ими полномочий в сфере социально-экономического развития. Таким образом, создаваемые системы стратегического планирования в субъектах РФ подразумевают под собой формирование механизма обеспечения согласованного взаимодействия всех участников этого процесса на базе основных принципов стратегического планирования, используемых при осуществлении разработки и реализации документов, а также мониторинга и контроля реализации этих документов в рамках целеполагания, прогнозирования, планирования и программирования с использованием нормативно-правового, информационного, научно-методического, финансового и иного ресурсного обеспечения [304, 384].

Базовыми принципами системы стратегического планирования являются принципы: единства и целостности, разграничения полномочий, преемственности и непрерывности, сбалансированности системы стратегического планирования, результативности и эффективности стратегического планирования, ответственности участников стратегического планирования, прозрачности (открытости) стратегического планирования, реалистичности, ресурсной обеспеченности, измеряемости целей, соответствия показателей целям и программно-целевом принципе. Принцип измеряемости целей означает, что должна быть обеспечена возможность оценки достижения целей социально-экономического развития с использованием количественных и (или) качественных целевых показателей, критериев и методов их оценки, используемых в процессе стратегического планирования [28, 116, 437, 458, 571].

К документам стратегического планирования, разрабатываемым на уровне субъекта Российской Федерации, относятся государственные программы субъекта Российской Федерации – документы стратегического планирования, содержащие комплекс планируемых мероприятий, взаимоувязанных по задачам, срокам осуществления, исполнителям и ресурсам и обеспечивающие наиболее эффективное достижение целей и решение задач социально-экономического развития субъекта Российской Федерации [384, 392, 396, 400, 405, 419-422].

Государственные программы субъекта РФ разрабатываются в соответствии с приоритетами социально-экономического развития, определенными стратегией социально-экономического развития субъекта Российской Федерации с учетом отраслевых документов стратегического планирования Российской Федерации и стратегий социально-экономического развития макрорегионов, на период, определяемый высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации и предназначены для решения задач стратегического планирования: определение внутренних и внешних условий, тенденций, ограничений, диспропорций, дисбалансов, возможностей, включая финансовые, социально-экономического развития субъектов Российской Федерации, отдельных отраслей и сфер государственного и муниципального управления; организация мониторинга и контроля реализации документов стратегического планирования; научно-техническое, информационное, ресурсное и кадровое обеспечение стратегического планирования; создание условий, обеспечивающих вовлечение граждан и хозяйствующих субъектов в процесс стратегического планирования [396].

Целью мониторинга результатов стратегического планирования является повышение эффективности функционирования системы стратегического планирования, осуществляемого на основе комплексной оценки основных социально-экономических и финансовых показателей, содержащихся в документах стратегического планирования, а также повышение эффективности деятельности участников стратегического планирования по достижению в установленные сроки запланированных показателей социально-экономического развития субъектов Российской Федерации, для чего необходимо решение следующих задач [473]:

- оценка результативности и эффективности документов стратегического планирования, разрабатываемых в рамках целеполагания, прогнозирования, планирования и программирования отраслей экономики и сфер государственного и муниципального управления;
- проведение анализа, выявление возможных рисков и угроз и своевременное принятие мер по их предотвращению;

– разработка предложений по повышению эффективности функционирования системы стратегического планирования [384].

Ежегодно проводится оценка эффективности реализации каждой государственной программы субъекта Российской Федерации. Порядок проведения указанной оценки и ее критерии устанавливаются высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации [384]. Вместе с тем, при анализе государственных программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья» установлено, что при формировании оценок и критериев достижения результатов стратегического планирования не в полной мере использованы следующие критерии [402]:

- равная социальная доступность медицинской помощи;
- соответствие услуг здравоохранения потребностям и ожиданиям населения;
- оптимальная территориальная доступность медицинской помощи;
- удовлетворенность медицинской помощью.

С целью обеспечения обратной связи от главного правосубъекта системы здравоохранения – пациента, как потребителя медицинских услуг, и его оценки результатов стратегического планирования, использования для этого вышеизложенных и других критериев, диссертантом предложена пятиуровневая технология медико-социологического мониторинга, использование результатов которого предоставляет возможность лицам, принимающим решения в сфере охраны здоровья граждан, оптимизировать комплекс стратегических мероприятий по совершенствованию системы медицинского обеспечения, в динамике уточнить его в соответствии с социально-конструируемым портретом потребителя медицинских услуг, учесть наиболее актуальные проблемы с точки зрения пациентов и векторы не только экономического, но и социального развития региона.

Одним из важнейших направлений деятельности Министерства здравоохранения Московской области является реализация мер государственной

политики, направленных на снижение смертности населения, прежде всего от основных причин смерти, профилактику, своевременное выявление на ранних стадиях и лечение заболеваний, которые дают высокий процент смертности среди населения, снижение материнской и младенческой смертности, повышение рождаемости и увеличение продолжительности жизни.

Наиболее острыми проблемами здоровья населения Московской области являются снижение уровня рождаемости в 2022 году – до 8,6 случая на 1 000 населения (в 2020 году – 10,3) и превышающий рождаемость уровень общей смертности – 11,7 случая на 1 000 населения в 2021 году (в 2020 году – 14,5; в 2019 году – 12,1), особенно среди мужчин трудоспособного возраста в результате несчастных случаев, отравлений и травм. Все это приводит к росту естественной убыли населения (2019 – 2,5; 2020 – 4,2; 2022 – 3,1 на 1000 населения) [263].

Основными причинами смертности жителей Московской области на протяжении ряда лет остаются болезни системы кровообращения (38,5%), новообразования (14,0%), болезни нервной системы (11%), внешние причины (7,5%) [263, 564].

Однако остаются социально-обусловленные проблемы, с одной стороны – низкий уровень информированности населения о необходимости скорейшего обращения при возникновении симптомов, с другой стороны кадровый дефицит и недостаточное материальное оснащение первичных сосудистых отделений в соответствии со стандартами, рекомендованными Министерством здравоохранения Российской Федерации, недостаточные возможности реабилитационной помощи, уровень финансирования по клинико-статистическим группам целого ряда заболеваний, в том числе при хронических формах ИБС, которая вносит основной вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (60,0%) [263, 478, 526]. Низкие расценки для оказания помощи больным с геморрагическим инсультом не покрывают затраты на расходные материалы, что ограничивает возможности проведения инвазивных вмешательств даже при госпитализации этих больных в подходящие сроки [171].

Необходимо внедрение в практику новых маркеров миокардиального

повреждения, которые рекомендованы в настоящее время для обязательного использования, а также полного липидного профиля для контроля эффективности профилактических мероприятий. Имеет место недостаточное финансирование программы дополнительного льготного обеспечения. В связи с этим возникают проблемы с наличием препаратов и, соответственно, получением их пациентами [229, 294, 323]. Нет системы автоматизированного контроля эффективности проводимых мероприятий [193, 338].

Для решения проблемы диагностики злокачественных новообразований необходимо оснащение первичного звена здравоохранения необходимым оборудованием, квалифицированными кадрами, отработка и соблюдение маршрутизации пациентов, актуализация диспансерных групп, своевременное выявление предопухолевых и фоновых заболеваний и повышение знаний населения о самодиагностике и ранних симптомах заболевания путем улучшения просветительской деятельности. Одной из важных проблем остается позднее выявление злокачественных новообразований в амбулаторно-поликлинических учреждениях Московской области.

В Московской области в 2022 году показатель материнской смертности составил 2,7 случая на 100 тыс. родившихся живыми (в 2019 – 6,9; в 2020 – 6,3). Показатель младенческой смертности в 2021-2022 годах находился на уровне 3,7 случая на 1 000 живорожденных (в 2020 году – 3,2 случая).

Целями государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на 2019-2024 годы» (с изменениями, внесенными постановлением Правительства Московской области от 11.12.2018 N 918/44) [402] являются улучшение состояния здоровья населения, обеспечение доступности и улучшение качества оказания медицинской помощи населению Московской области, повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения Московской области.

В рамках реализации указанных целей решаются следующие задачи:

1. Увеличение продолжительности жизни населения Московской области за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний;

2. Повышение доступности и качества оказания специализированной медицинской помощи населению Московской области;

3. Улучшение качества медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям, повышение качества жизни детей и женщин в Московской области;

4. Обеспечение доступности и повышение качества медицинской реабилитации в условиях трехуровневой системы оказания медицинской помощи, развитие паллиативной медицинской помощи;

5. Обеспечение населения Московской области качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами;

6. Обеспечение доступности специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродового периода, больным и недоношенным новорожденным;

7. Выполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Указанные цели и задачи будут достигнуты в процессе реализации вышеназванных подпрограмм.

Работа над подпрограммами Государственной программы, а также концептуальными направлениями её реализации, позволила сформулировать основные задачи, решаемые в рамках этой стратегии (Приложение С, Т).

Подпрограмма 1. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» предусматривает реализацию задач и мероприятий, которые обеспечат увеличение продолжительности жизни населения за счет формирования здорового образа жизни у населения Московской области, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска и профилактики заболеваний, развития системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний, первичной медико-санитарной помощи; приобретение оборудования, в том числе передвижных медицинских комплексов, проведение иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Будет продолжено развитие профилактической направленности

педиатрической службы, внедрение и усовершенствование стационарозамещающих технологий в амбулаторном звене, дооснащение медицинскими изделиями и создание комфортных условий пребывания детей и родителей в детских медицинских организациях, что в свою очередь обеспечит повышение доступности медицинской помощи и эффективности предоставления медицинских услуг детскому населению [266, 445].

Стратегические (концептуальные) преобразования системы здравоохранения Московской области, реализуемые в рамках Подпрограммы 1, основаны на необходимости развития первичной медико-санитарной помощи в целях повышения ее доступности, укрепления материально-технической базы и модернизации инфраструктуры амбулаторно-поликлинической службы в соответствии с потребностями населения Московской области, требованиями федерального законодательства, необходимости выполнения Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», устанавливающих требования к сфере здравоохранения, достижение целей и решение задач, и включают [423]:

1. Формирование в социуме понимания и принятия культуры взаимных обязательств в деле охраны здоровья граждан (возможно с использованием технологий социального маркетинга), что одновременно позволит снизить темпы роста нагрузки на стационарное звено медицинской помощи и позволит направить дополнительные финансовые ресурсы на увеличение объема профилактических мер;

2. Формирование стиля здорового образа жизни у граждан, в том числе у детей и подростков, информирование населения Московской области о факторах риска для их здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирование мотивации к снижению уровня влияния факторов риска на хронические неинфекционные заболевания, что также предполагает: совершенствование структуры медицинской профилактики; проведение комплексных мер по ограничению потребления табака в Московской

области (повышение информированности населения о вреде активного и пассивного курения); снижение распространенности факторов риска, связанных с питанием; формирование трехуровневой системы профилактики кризисных состояний и медицинской помощи;

3. Повышение уровня информированности населения о негативных последствиях злоупотребления алкогольной продукцией и психоактивными средствами, расширение системы раннего выявления их употребления путем совершенствования технологий работы центров здоровья и системы взаимодействия их с наркологическими диспансерами;

4. Проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения в соответствии с федеральными нормативно-правовыми актами, проведение профилактического консультирования в ходе диспансеризации населения и плановых профилактических осмотров, в ходе которых решаются задачи по раннему выявлению злокачественных новообразований на I-II стадии заболевания, а также организации дифференцированных скрининговых исследований в Московской области по поводу распространенности туберкулеза.

5. Снижение численности лиц, зараженных инфекционными заболеваниями, снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, путем проведения иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

6. Обеспечение населения в соответствии с действующим законодательством лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, специализированными продуктами детского лечебного питания, государственной социальной помощью в соответствии с законодательством Московской области (в том числе льготное обеспечение), за счет средств федерального бюджета (в том числе орфанных заболеваний).

Подпрограмма 2. «Совершенствование оказания специализированной (в том числе – высокотехнологичной) медицинской помощи, скорой (в том числе специализированной) медицинской помощи, медицинской эвакуации» позволит

повысить доступность и качество оказания специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, путем модернизации материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь, оснащение медицинских организаций современным оборудованием; будет способствовать повышению комфортности пребывания больных в государственных учреждениях здравоохранения Московской области; обеспечит развитие трехуровневой системы оказания медицинской помощи с маршрутизацией пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Стратегические (концептуальные) преобразования системы здравоохранения Московской области, реализуемые в рамках Подпрограммы 2 основаны на необходимости развития специализированной медицинской помощи (включая высокотехнологичную) и скорую медицинскую помощь, в целях повышения ее доступности в соответствии с потребностями населения Московской области, требованиями федерального законодательства, необходимости выполнения указов Президента Российской Федерации, устанавливающих требования к сфере здравоохранения, и задачами государственной программы Российской Федерации «Развитие Здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 г. № 1640 [390, 425], и включают:

1. Систематическую работу по оптимизации структуры сети путем объединения маломощных больниц и поликлиник, коечного фонда медицинских организаций и интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, а также развитие стационарозамещающих технологий; увеличения объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

2. Повышение доступности и качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов получаемыми услугами системы здравоохранения за счет повышения эффективности её функционирования, внедрения системы обеспечения качества медицинской помощи;

3. Создание условий для развития инновационно-технологических видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской области,

предоставляемых не только в федеральных медицинских организациях, но и в отдельных областных учреждениях здравоохранения, обладающих необходимым потенциалом с дальнейшим их тиражированием и внедрением в системе обязательного медицинского страхования;

4. Реновацию парка медицинской техники и технологий во всех специализированных медицинских организациях, осуществления капитального ремонта по мере необходимости;

5. Для снижения смертности населения на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи – совершенствование оказания скорой (с учетом экстренной специализированной) медицинской помощи, медицинской эвакуации, в том числе путем реновации вертолетной санитарной авиации;

6. Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пациентам с социально значимыми заболеваниями, в том числе туберкулезом, сахарным диабетом, бронхиальной астмой и другими;

7. Реализацию региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (достижения показателей, определенных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»);

8. Реализацию региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями»;

9. Развитие специализированной медицинской помощи, обеспечивающей трансплантацию органов и тканей; организация заготовки, переработки, хранения, транспортировки и обеспечения безопасности донорской крови в Московской области;

Подпрограмма 3. «Охрана здоровья матери и ребенка» обеспечит дальнейшее совершенствование службы родовспоможения путем создания системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка; повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям, в том числе новорожденным с низкой и экстремально низкой массой тела; развитие получают высокотехнологичные репродуктивные технологии, способствующие увеличению

рождаемости, и социальная поддержка беременных женщин, кормящих матерей, детей в возрасте до трех лет, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в лечебно-профилактических учреждениях; оптимизация проведения массового скрининга новорожденных на наследственные заболевания, в том числе по внедрению новых скрининговых методик в практику здравоохранения Московской области.

Стратегические (концептуальные) преобразования системы здравоохранения Московской области, реализуемые в рамках Подпрограммы 3 основаны на необходимости оптимизации службы родовспоможения и детства, совершенствования специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения фетальной и неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий, развитие специализированной помощи детям, разработку и внедрение в педиатрическую практику инновационных достижений и включают:

1. Обеспечение приоритета в субъекте РФ по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, актуализация и повышение внимания государства к вопросам заботы о здоровье детей с целью дальнейшего развития человеческого потенциала;
2. Формирование системного подхода к решению актуальных проблем материнства и детства, в том числе вследствие реновации медико-технологического парка службы, включении новых учреждений и технологических процессов в трехуровневую эффективную сеть, маршрутизации пациентов с учетом сопутствующих клинически-значимых особенностей с целью обеспечения социальной, медицинской и экономической эффективности;

Подпрограмма 4. «Развитие реабилитационной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения, оказание паллиативной помощи, в том числе детям» обеспечит развитие реабилитационной медицинской помощи детям; реорганизацию санаторной службы, в том числе улучшение материально-технической базы детских санаториев; реновацию медико-технологического парка, что позволит сократить сроки лечения туберкулезной интоксикации у детей,

контролировать эффективность лечебных мероприятий, снимать нежелательные побочные эффекты антибактериальных противотуберкулезных препаратов, улучшить качество оказания санаторной медицинской помощи детскому населению Московской области. Совершенствование паллиативной помощи детям улучшит доступность паллиативной медицинской помощи, путем увеличения числа паллиативных коек детского населения в стационарах Московской области, оснащения выездных бригад для оказания паллиативной помощи детям на дому.

Стратегические (концептуальные) преобразования системы здравоохранения, реализуемые в рамках Подпрограммы 4 основаны на необходимости развития реабилитационной и паллиативной медицинской помощи в целях повышения ее доступности в соответствии с потребностями населения Московской области, необходимости выполнения указов Президента Российской Федерации, устанавливающих требования к деятельности государственного здравоохранения, задачами государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и включают:

1. Внедрение современных инновационных подходов к организации лечения и реабилитации, ориентация на активное долголетие и улучшение качества жизни лиц пожилого и старческого возраста с целью увеличения продолжительности жизни населения путем создания мониторинговой системы жизненно-важных функций организма для осуществления профилактики осложнений хронических заболеваний, ранней и индивидуальной реабилитации пациентов, адекватной интеграции их в социуме;
2. Создание материально-технической базы, формирование кадрового потенциала для дальнейшего развития системы детской реабилитации;
3. Развитие санаторно-курортного лечения детей путем модернизации и реорганизации части санаториев с учетом потребностей детского населения, увеличения финансирования службы, обеспечения преемственности в вопросах медицинской реабилитации и расширения перечня заболеваний для направления на долечивание в санатории согласно порядкам и стандартам оказания медицинской помощи;

4. Совершенствование оказания реабилитационной помощи непосредственно после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

5. Организация паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях, создание и развитие службы выездной паллиативной помощи больным, в том числе с онкологическими и другими социально значимыми заболеваниями, в том числе тяжелыми хроническими психическими заболеваниями, отработка моделей оптимальной организации поддерживающей помощи на всех этапах ее оказания.

Подпрограмма 5. «Финансовое обеспечение системы организации медицинской помощи» направлена на обеспечение деятельности государственных учреждений здравоохранения Московской области в части предоставления субсидий на выполнение государственного задания и на иные цели, предусмотренные действующим законодательством, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, финансируемой за счет средств регионального бюджета, а также комфортность пребывания больных.

Стратегические (концептуальные) преобразования системы здравоохранения, реализуемые в рамках Подпрограммы 5 основаны на необходимости развития медицинской помощи в целях повышения ее доступности в соответствии с потребностями населения Московской области, выполнения указов Президента Российской Федерации, устанавливающих требования к системе здравоохранения и решение задач, установленных в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и включают в себя:

1. Реализация программно-целевого метода, способствующего рациональному использованию средств бюджета, обеспечению выполнения государственного задания в соответствии с нормативами областной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Оптимизация финансового менеджмента в системе регионального здравоохранения путем действенного учета и контроля за выполнением государственного задания; профилактики образования кредиторской

задолженности; уменьшения административных расходов; эффективного использования дорогостоящего оборудования и высококвалифицированного медицинского персонала; уменьшения объемов дорогостоящего стационарного лечения с круглосуточным пребыванием вследствие развития стационарозамещающих видов медицинской помощи в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи.

Подпрограмма 6. «Обеспечивающая подпрограмма» предусматривает реализацию задач и мероприятий, которые обеспечат выполнение функций Министерством здравоохранения Московской области, направленных на рациональное и целевое использование средств бюджета при реализации своих и переданных полномочий Российской Федерации в области охраны здоровья граждан. Стратегические (концептуальные) преобразования системы здравоохранения, реализуемые в рамках Подпрограммы 6 основаны на необходимости выполнения указов Президента Российской Федерации, устанавливающих требования к системе здравоохранения и решение задач, утвержденных в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и включают:

Реализация государственной политики на территории Московской области в деле охраны здоровья населения субъекта Российской Федерации, в том числе обеспечение защиты и соблюдение прав и свобод граждан по предоставлению государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Подпрограмма 7. «Реализация Московской областной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части обязательного медицинского страхования» направлена на обеспечение условий по доступности и качеству медицинской помощи, оказываемой в рамках Базовой программы обязательного медицинского страхования, путем бездефицитного её финансового обеспечения, в том числе и в других субъектах Российской Федерации, а также дополнительного финансового обеспечения в рамках Программы ОМС (за счет межбюджетных трансфертов из бюджета Московской области, прочих поступлений) по перечню страховых случаев, видов

и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным Базовой программой ОМС.

Стратегические (концептуальные) преобразования системы здравоохранения, реализуемые в рамках Подпрограммы 7 основаны на необходимости развития системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение ее качества и эффективности, включая актуализацию социально-экономического механизма в деле охраны здоровья граждан и включают:

1. Обеспечение сбалансированности финансового обеспечения и объема предоставляемых медицинских услуг в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования с целью предотвращения кредиторской задолженности медицинских организаций;
2. Совершенствование методологии способов оплаты медицинской помощи и тарифной политики на территории субъекта РФ;
3. Оптимизация деятельности областной Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и разработка принципов корректировки финансовых объемов в отчетном периоде, утверждаемых для каждой медицинской организации (по видам медицинской помощи и нозологиям; по ведомственной подчиненности; перераспределение между учреждениями).

В целях контроля за реализацией государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы, утвержденную постановлением Правительства Московской области от 09.10.2018 N 715/36 «О досрочном прекращении реализации государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 годы и утверждении государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы» (с изменениями, внесенными постановлением Правительства Московской области от 11.12.2018 N 918/44) [403] государственный заказчик ежеквартально до 15 числа месяца, следующего за отчетным кварталом формирует в подсистеме ГАСУ:

1. Оперативный отчет о реализации мероприятий государственной программы по форме, утвержденной распоряжением Министерства экономики и финансов Московской области, который содержит:

- перечень выполненных мероприятий государственной программы с указанием объемов, источников финансирования, результатов выполнения мероприятий и фактически достигнутых целевых значений показателей;

- анализ причин несвоевременного выполнения программных мероприятий;

2. Оперативный (годовой) отчет о выполнении государственной программы по форме, утвержденной распоряжением Министерства экономики и финансов Московской области, который содержит:

- наименование объекта, адрес объекта, планируемые работы;

- перечень фактически выполненных работ с указанием объемов, источников финансирования; анализ причин невыполнения (несвоевременного выполнения) работ.

Государственный заказчик ежегодно в срок до 1 марта года, следующего за отчетным, формирует в подсистеме ГАСУ годовой отчет о реализации государственной программы для оценки эффективности реализации государственной программы. Один раз в три года государственный заказчик формирует в подсистеме ГАСУ комплексный отчет о реализации мероприятий государственной программы (не позднее 1 апреля года, следующего за отчетным). Годовой и комплексный отчеты о реализации государственной программы должны содержать:

1. Аналитическую записку, в которой указываются:

- степень достижения запланированных результатов и намеченных целей государственной программы и подпрограмм;

- общий объем фактически произведенных расходов, всего и, в том числе, по источникам финансирования и в разрезе муниципальных образований Московской области, на территории которых реализовывались мероприятия государственной программы;

2. Таблицу, в которой указываются данные:

- об использовании средств бюджета Московской области и средств иных, привлекаемых для реализации государственной программы источников по каждому программному мероприятию и в целом по государственной программе;

- по мероприятиям, не завершенным в утвержденные сроки, – причины их невыполнения и предложения по дальнейшей реализации.

По показателям, не достигшим запланированного уровня, приводятся причины невыполнения и предложения по их дальнейшему достижению.

Как видно из изложенного выше материала, анализ результативности выполнения государственной стратегической программы развития здравоохранения Подмосковья на 2019-2024 гг. предлагается осуществлять в основном по финансово-экономическим, структурным и другим критериям, при этом не учитывается влияние программных действий на самого пациента, работников системы здравоохранения, что можно определить только методом обратной связи используя технологию медико-социологического мониторинга.

Выделенные нами стратегические преобразования в дальнейшем развитии здравоохранения Московской области стали основой для формирования медико-социологического инструментария настоящего диссертационного исследования и легли в основу концептуальной модели организации медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения (5 уровней МСМ), с учетом пациентоориентированности, начиная на первом уровне с исследования социально-экономической характеристики пациента (потребителя медицинских услуг) и его мнения о состоянии и проблемах территориального здравоохранения в условиях реализации государственных стратегических планов.

4.2. Социально-экономическая характеристика пациента (потребителя медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области

В разные исторические периоды (и в разных социально-экономических условиях) государство определяет наиболее оптимальные векторы развития ключевых социальных институтов как подсистем общества, прежде всего обуславливая совершенствование организации системы предоставления гражданам медицинской помощи, в том числе – путем разработки и внедрения в практику государственных стратегических программ развития отрасли как в целом в стране, так и в отдельных ее субъектах [98, 471]. Актуальность изучения

отношения населения к реформам отрасли, стратегическому развитию здравоохранения определяется тем, что сама система здравоохранения является важнейшей социальной организацией, затрагивающей жизнедеятельность россиян.

Как правило, предлагаемые изменения в организации системы здравоохранения осуществляются с целью реализации новых программ и подходов по улучшению здоровья населения, повышения доступности и качества предоставляемой медицинской помощи, роста уровня социальной справедливости при получении медицинской помощи, приведения в соответствие потребностей и ожиданий пациентов с возможностями системы здравоохранения, которые детерминированы имеющимися экономическими ресурсами в регионе и в стране в целом. Оценка результатов программно-целевого, стратегического планирования развития системы здравоохранения не всегда осуществляется объективно и по данным научных источников – как правило, не используется принцип обратной связи с потребителями медицинских услуг, в отношении которых составляются указанные программы и планируются значительные финансовые ресурсы [368].

Реализованные ранее исследования особенностей адаптации населения к реформам системы здравоохранения, реализованные в рамках медико-социологического мониторинга (МСМ) во всех сферах здравоохранения [265, 366, 371-374], были направлены на выявление и фиксацию изменений, происходивших в системе управления, трудовых отношениях, трудовой мотивации, моделях поведения, экономических и социальных институтах социума. МСМ экономических преобразований в системе здравоохранения на региональном уровне позволил выявить фактически протекающие социально-экономические процессы, обусловленные внедрением ОМС, оценить эффективность реформирования экономики здравоохранения в указанный период, определить новые векторы социальных и экономических изменений предоставления и получения медицинских услуг в условиях перехода к рыночной экономике, изучить новые феномены, связанные с трансформацией здравоохранения как социального института (в частности, появление новых организационно-правовых форм хозяйствования и др.) [366, 368].

Вместе с тем, увлеченность экономическими реформами и внедрением экономических методов управления отраслью не позволили в полной мере решить задачи, для решения которых и необходим МСМ: оценивать итоги систематического контроля результатов реформ; выявлять проблемные точки в организации здравоохранения; формировать материалы для оценки реализации стратегических программ; оказывать содействие в осуществлении контроля за уровнем обеспечения экономическими ресурсами и эффективностью их использования, а также системно изучать динамику уровня удовлетворенности потребителей медицинских услуг получаемой медицинской помощью в условиях значительных финансовых инвестиций и структурных преобразований отрасли вследствие реализации стратегических программ её развития [378, 556, 577].

Несмотря на то, что положительными результатами стратегического планирования развития здравоохранения, как правило, признаются лишь улучшения одного или нескольких следующих групп показателей, характеризующих состояние здоровья населения, состояние системы медицинского обслуживания населения, медико-технологические характеристики деятельности медицинских организаций (используемые медицинские технологии, профилактическая работа и диспансеризация, эффективность управления, уровень использования медицинского оборудования, уровень квалификации персонала, эффективность использования имеющихся ресурсов и другие), экономические показатели деятельности системы здравоохранения (повышение эффективности), необходимо констатировать, что без оценки по типу обратной связи уровня удовлетворенности пациентов доступностью и качеством различных видов медицинской помощи, баланса между потребностями в медицинских услугах и ожиданиями в отношении медицинского сервиса и фактическими условиями их предоставления, информация, получаемая лицами, принимающими стратегические решения, будет неполной – что может в дальнейшем отразиться на корректности стратегического планирования развития отрасли [58, 190].

Пациент становится полноправным субъектом системы охраны здоровья только тогда, когда за ним признается право влияния на деятельность этой системы путем учета его интересов – при этом изучение составляющих социально-

конструированного портрета потребителя услуг системы здравоохранения является важнейшей задачей, позволяющей объективно оценить его мнение, содержание обращений и жалоб. Медико-социологические исследования по изучению социально-экономической характеристики пациентов (потребителей медицинских услуг) и их мнения о состоянии и проблемах территориального здравоохранения должны также проводиться с целью выяснения ожиданий в отношении распределения ресурсов и приведения деятельности системы здравоохранения в соответствие с потребностями населения [219, 331].

Изучение удовлетворенности пациентов качеством предоставленных медицинских услуг – действенное средство выявления и решения проблем в деятельности медицинской организации и один из ключевых критериев оценки качества медицинской помощи, что выступает одним из ключевых аспектов при оценке стратегического развития здравоохранения в регионе. Эффективное стратегическое планирование развития системы здравоохранения региона предусматривает, прежде всего, учет потребностей и интересов пациентов, что определяет необходимость изучения сформировавшегося социального запроса, социально-демографических и экономических особенностей социальных групп пациентов как потребителей услуг.

4.2.1. Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения

В 2022 г. на базе Московского областного научно-исследовательского клинического института имени М.Ф. Владимирского (МОНИКИ) было проведено медико-социологическое исследование (n=531), направленное на изучение социально-экономических характеристик пациентов (потребителей медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области и выявления их мнений о состоянии и проблемах территориального здравоохранения [368]. Данное

исследование является инструментом оценки первого уровня МСМ стратегического развития регионального здравоохранения [368] и охватило совершеннолетних пациентов, приезжавших из всех районов области и обратившихся за амбулаторной помощью с последующей госпитализацией в стационар МОНИКИ.

Превалирующая часть респондентов составляли женщины ($61,2 \pm 2,1\%$), что соответствует гендерному распределению в генеральной совокупности. Возраст опрошенных находился в интервале 18-85 лет, средний возраст составил 50 лет и совпал с медианным значением. Большинство участников опроса ($59,5 \pm 2,1\%$) находились в возрастной группе от 41 до 70 лет, возраст еще $17,5 \pm 1,6\%$ респондентов был 31-40 лет. Две возрастные группы респондентов (от 18 до 30 лет и старше 71 года) составили $13,2 \pm 1,5\%$ и $9,8 \pm 1,3\%$ опрошенных. Симметричность распределения ($-0,906$), совпадение медианы и среднего значения позволило принять гипотезу о нормальном распределении данных.

В структуре опрошенных мужского пола преобладает ($65,1 \pm 3,4\%$) количество респондентов в возрасте 31-60 лет, среди участниц женского пола, показатель возраста большинства опрошенных смещен в сторону 41-70 лет ($59,4 \pm 2,8\%$) (Рисунок 3).

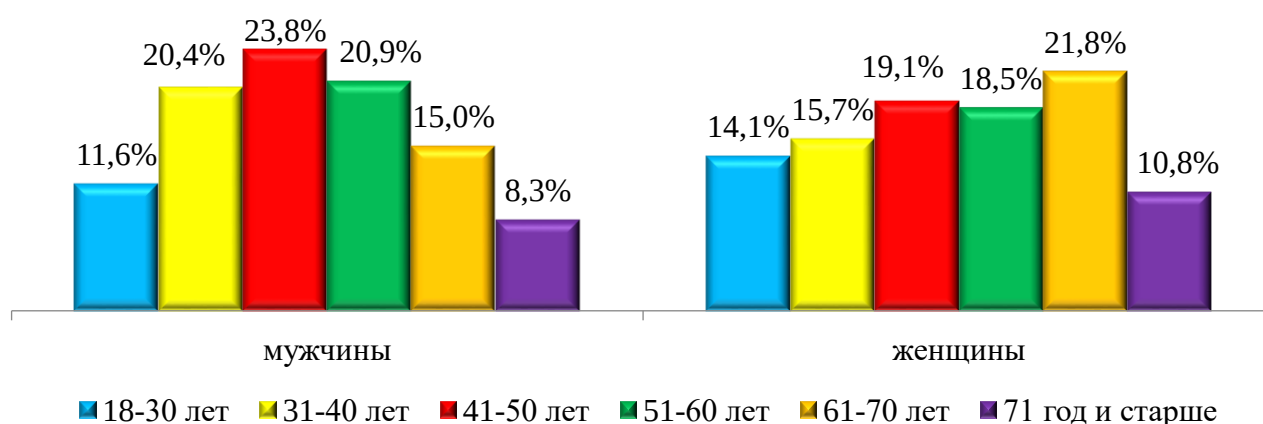


Рисунок 3 – Половозрастное распределение респондентов (%)

Половина ($50,1 \pm 2,2\%$) респондентов на момент опроса состояли в зарегистрированном браке, еще $4,9 \pm 0,9\%$ описали свой статус как «совместное

проживание с партнером». Шестая часть опрошенных никогда не вступали в брак ($16,9 \pm 1,6\%$), были разведены $14,5 \pm 1,5\%$ жителей Московской области, являлись вдовыми еще $13,2 \pm 1,5\%$ участников опроса. Не дали ответа на данный вопрос $0,4\%$ респондентов.

Большинство опрошенных ($68,7 \pm 2,4\%$) были жителями областных городов, еще $31,3 \pm 2,4\%$ респондентов проживали в сельской местности региона. При этом более половины участников опроса (суммарно $70,4 \pm 2,4\%$) постоянно проживают в областном городе Московской области более 10 лет ($30,9 \pm 2,4\%$) или всю жизнь ($39,5 \pm 2,4\%$), а каждый седьмой респондент ($13,8 \pm 4,1\%$) – от 5 до 10 лет. Количество респондентов, переехавших в Московскую область менее пяти лет назад, составило $15,7 \pm 4,2\%$.

Общий образовательный уровень респондентов, во многом определяет особенности их поведения в вопросах здоровья и самосохранительные установки. Большинство респондентов (суммарно – $52,9 \pm 3,0$) имели высшее ($39,3\%$) или неоконченное высшее ($13,6\%$) образование, треть опрошенных ($29,9 \pm 3,6\%$) получили среднее специальное образование, а образовательный уровень $17,2 \pm 4,0\%$ респондентов включал среднее образование.

Трудовой стаж большинства респондентов ($71,4 \pm 2,0\%$) превышал 15 лет, что объективно соответствует среднему возрасту респондентов (Рисунок 4).

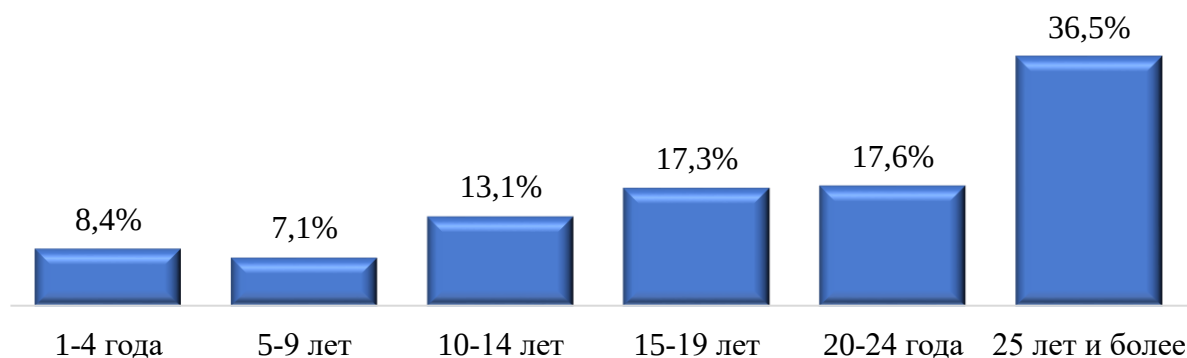


Рисунок 4 – Показатели трудового стажа респондентов (%)

Бюджет каждого пятого респондента ($22,5 \pm 1,8\%$) составил менее 20 тысяч рублей в месяц на одного члена семьи, уровень ежемесячного дохода $49,1 \pm 3,1\%$

опрошенных составил от 20 до 40 тысяч рублей на одного члена семьи. От 40 до 60 тысяч рублей на одного члена семьи в месяц получали $20,1 \pm 1,7\%$ участников исследования, еще $8,3 \pm 1,2\%$ – более 60 тысяч рублей. Важно отметить, что за последний год (на момент опроса – 2022 г.) материальное положение $40,3 \pm 3,4\%$ респондентов не изменилось или ухудшилось ($38,0 \pm 3,4\%$). Отметим укрепление своего финансового положения лишь $9,0 \pm 4,1\%$ участников опроса. Значительная часть опрошенных ($12,7 \pm 4,1\%$) не смогли определиться с ответом.

Помимо ключевых социально-демографических составляющих, изучались и другие аспекты социально-конструированного портрета пациента системы здравоохранения Московской области, а также его стиля и образа жизни [376]:

1) Самооценка состояния своего здоровья, так как она является интегральным показателем восприятия физического и психического благополучия индивида посредством самоощущений своих возможностей и качеств, определения жизненных установок и перспектив [13, 191, 560]. В целом, более половины участников опроса ($56,5 \pm 3,2\%$) считают состояние своего здоровья удовлетворительным, еще $23,0 \pm 3,8\%$ оценили свое здоровье как «плохое» и «очень плохое» ($19,8\%$ и $3,2\%$). При этом пятая часть пациентов высоко оценили уровень своего физического самочувствия (описали здоровье как «хорошее» $16,9 \pm 3,9\%$, «отличное» – $3,0 \pm 0\%$ участников опроса). Отдельные респонденты ($0,6\%$ опрошенных) отметили, что наблюдаемое ухудшение здоровья – временное («нахожусь под контролем врача»).

Пол респондента не имел значимой связи с их показателями самооценки здоровья. Однако мужчины несколько чаще давали более экстремальные оценки своему состоянию ($4,4\%$ мужчин против $2,2\%$ женщин оценили свое здоровье как «отличное», $4,4\%$ мужчин против $2,5\%$ женщин охарактеризовали состояние своего здоровья как «очень плохое»), тогда как в распределении ответов респондентов женского пола отмечается большее количество усредненных позиций и склонность интерпретировать состояние своего здоровья исходя из актуального состояния (оценили состояние своего здоровья как «удовлетворительное» $53,9 \pm 3,5\%$ мужчин против $58,2 \pm 2,8\%$ женщин). Полученные данные (возраст и самооценка

состояния своего здоровья, возраст и удовлетворенность собственным здоровьем) могут говорить об общем ухудшении показателей здоровья с возрастом, критической точкой в котором обозначен возраст 50 лет.

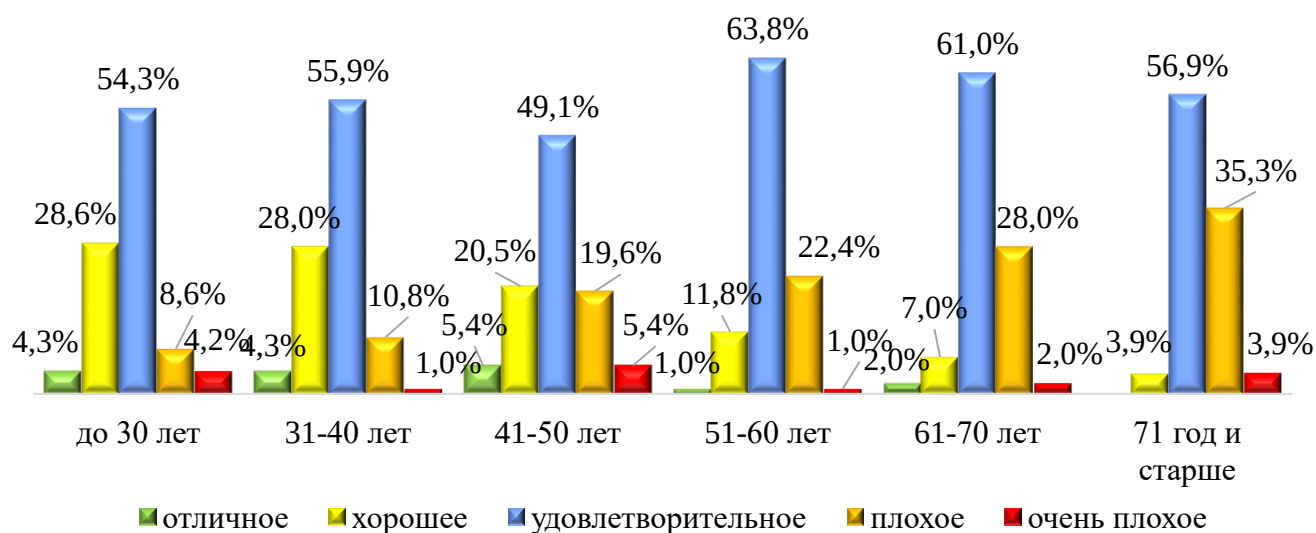


Рисунок 5 – Самооценка состояния здоровья респондентами разного возраста (%)

Наибольшая доля оценивших свое здоровье как «плохое» и «очень плохое» была в группе респондентов с неполным средним образованием – что также может быть связано с их принадлежностью к старшей возрастной группе, в которой чаще встречаются лица с неполным средним образованием (Рисунок 5, 6).

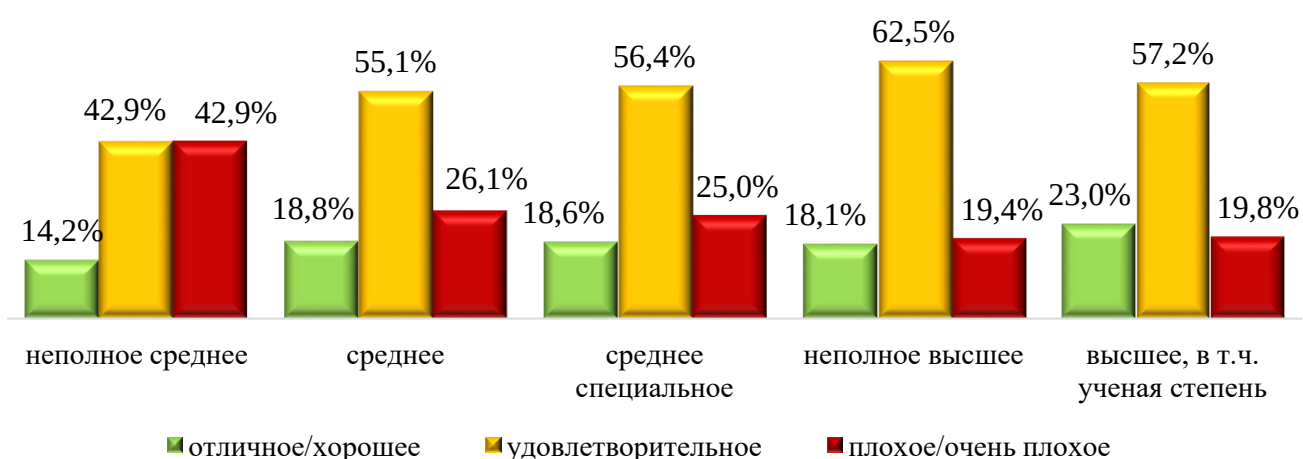


Рисунок 6 – Самооценка состояния здоровья респондентами в сопряженности с их уровнем образования (%)

По полученным данным, в когорте пациентов, имеющих низкий уровень материального достатка, наблюдается наибольшее число тех, кто оценил состояние своего здоровья как «плохое» и «очень плохое» – $43,5 \pm 6,7\%$ из числа «живущих за гранью бедности» и $33,1 \pm 6,5\%$ из числа тех, кому «средств хватает только на самое необходимое» (Рисунок 7).

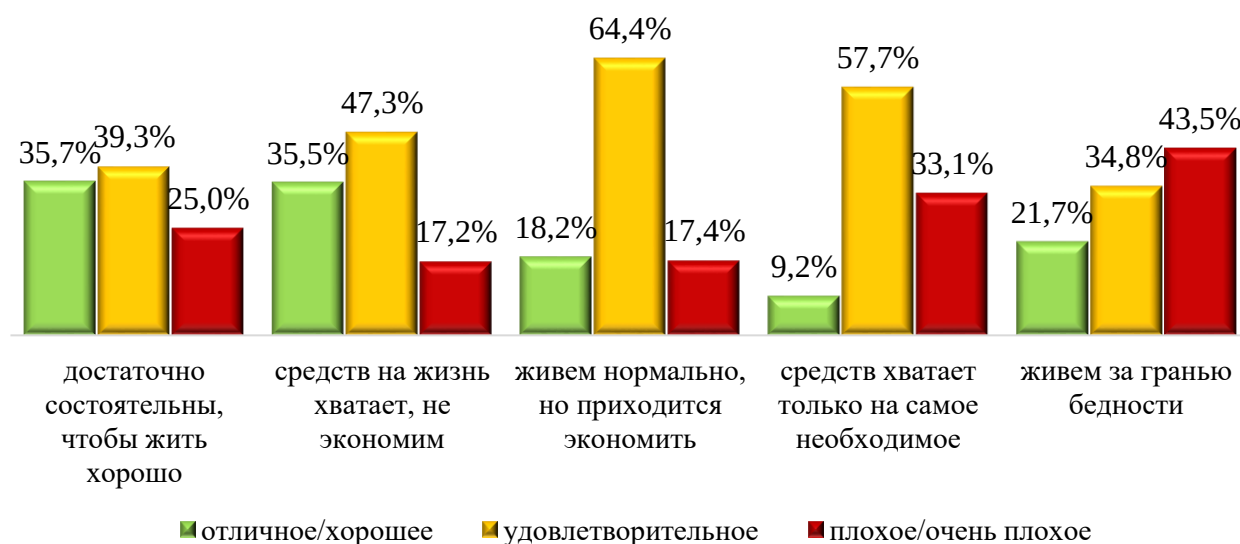


Рисунок 7 – Самооценка состояния здоровья респондентами в сопряженности с их уровнем материального достатка (%)

Учитывая тот факт, что $60,9 \pm 5,3\%$ из числа «живущих за гранью бедности» и $55,0 \pm 5,1\%$ из тех, кому «средств хватает только на самое необходимое» имеют образовательный уровень не выше среднего специального (неполное среднее, среднее, среднее специальное), можно говорить о взаимосвязи финансовых сложностей жителей со средним уровнем образования и возможностей для сохранения и укрепления своего здоровья.

Отмечено, что группа респондентов, которых условно можно обозначить как «семейных» (состоящих в браке или проживающих совместно с партнером), несколько чаще оценивает состояние своего здоровья как «хорошее» по сравнению с «несемейными» участниками опроса (выбравшими вариант «холост / не замужем», «вдовец / вдова», «разведен(а)»). Так, среди опрошенных, имеющих семью, $21,9 \pm 3,4\%$ оценили свое здоровье как «отличное» и «хорошее», тогда как

этот показатель у несемейных составил $18,1 \pm 3,2\%$ – при этом негативные оценки здоровья («плохое» и «очень плохое») дали $20,0 \pm 3,2\%$ семейных против $27,0 \pm 3,3\%$ одиноких респондентов (Рисунок 8).

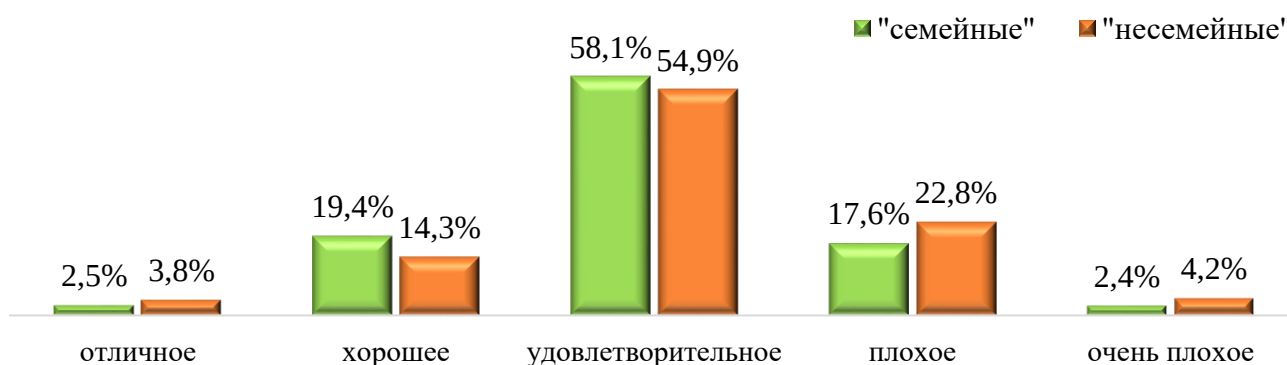


Рисунок 8 – Самооценка состояния здоровья респондентами (%), сопряженность с семейным статусом)

Формирование проблем со здоровьем треть респондентов связывали с отсутствием регулярного отдыха ($28,8 \pm 3,7\%$), возрастными изменениями ($28,1 \pm 3,7\%$) и рабочей нагрузкой ($27,7 \pm 3,7\%$). Признают, что их самочувствие является следствием невнимательного отношения к своему здоровью $26,4 \pm 3,7\%$ пациентов, и близкой к этому варианту является группа ответивших, что причиной проблем с их здоровьем стали вредные привычки ($12,1 \pm 4,0\%$). Не курят и «редко употребляют алкогольные напитки» $70,9 \pm 2,0\%$ респондентов.

Каждый пятый участник опроса отметил влияние на свое самочувствие плохого питания ($19,4 \pm 3,9\%$), а также последствий перенесенных заболеваний, операций и травм ($19,2 \pm 3,9\%$), и равное количество респондентов ($17,9 \pm 3,9\%$) объяснили состояние своего здоровья недоступностью качественной медицинской помощи и неудовлетворительными экологическим и санитарным состояниями района проживания. Плохая наследственность как причина имеющихся проблем со здоровьем была выделена $14,9 \pm 4,0\%$ пациентов, а десятая часть респондентов связывали имеющиеся нарушения здоровья с длительными конфликтами на работе ($10,7 \pm 3,3\%$) или дома ($9,8 \pm 3,2\%$) (Рисунок 9).



Рисунок 9 – Мнения респондентов о причинах имеющихся у них проблем со здоровьем (множественный выбор, %)

При этом женщины несколько чаще склонны объяснять наличие проблем со здоровьем возрастными изменениями (30,5% у женщин против 25,2% у мужчин) и недоступностью качественной медицинской помощи (19,1% у женщин против 16,0% – у мужчин), тогда как пациенты мужского пола чаще склонны полагать, что их особенности здоровья связаны с плохим питанием (25,7% у мужчин и 15,4% у женщин), длительной конфликтной ситуацией на работе (12,6% у мужчин против 9,5% у женщин) и плохой наследственностью (16,0% у мужчин против 14,1% у женщин). При этом можно отметить наличие корреляций между рабочей нагрузкой и отсутствием отдыха (p -Спирмена = 0,406 при $p \leq 0,01$, двухсторонняя), плохой экологией (p -Спирмена = 0,227), плохим питанием (p -Спирмена = 0,266), а также наблюдалась связь между конфликтами на работе и дома (p -Спирмена = 0,234).

Для сохранения и укрепления здоровья важной является стратегия поведения в течение своей жизни, выбираемая индивидом. Соблюдение принципов здорового образа жизни способствует увеличению показателей продолжительности и качества жизни [109, 239, 344]. В соответствии с полученными данными, $27,9 \pm 3,7\%$ участников опроса характеризуют себя как «приверженцев ЗОЖ», $55,7 \pm 2,9\%$ опрошенных указали периодическое соблюдение принципов ЗОЖ, а еще $16,4 \pm 4,0\%$ признались, что не ведут здоровый образ жизни. Женщины чаще указывали, что придерживаются принципов ЗОЖ, нежели респонденты мужского пола (всегда или периодически соблюдают требования здорового образа жизни $88,8 \pm 1,8\%$ женщин и $75,4 \pm 3,1\%$ мужчин).



Рисунок 10 – Меры по поддержанию своего здоровья, предпринимаемые респондентами (множественный выбор, %)

Осознанное ведение здорового образа жизни основано на формировании устойчивых поведенческих паттернов, включающих активный образ жизни и прохождение регулярных медицинских осмотров. Половина пациентов-жителей Московской области ($53,9 \pm 2,9\%$) в целях поддержания собственного здоровья совершают прогулки на свежем воздухе, еще треть ($31,8 \pm 3,6\%$) самостоятельно занимается физкультурой, гимнастикой, бегают или катаются на велосипеде. Треть респондентов ($36,9 \pm 3,4\%$) указала, что старается правильно питаться, каждый

четвертый из опрошенных указал в качестве мер для сохранения здоровья прием витаминов или БАДов ($27,3 \pm 3,7\%$) и регулярное посещение врачей с профилактической целью ($26,0 \pm 3,7\%$), а еще $22,0 \pm 3,8\%$ регулярно посещают банные комплексы. Платные группы в спортивных клубах посещает только десятая часть респондентов ($10,5 \pm 3,4\%$), что может быть связано с высокой стоимостью указанных услуг. Среди участников опроса $10,9 \pm 2,2\%$ не предпринимает никаких действий по сохранению своего здоровья (Рисунок 10).

Поведенческие установки в вопросах здоровья у пациентов с разным уровнем материального дохода отличаются. При анализе данных респонденты были разделены на группу с высоким уровнем дохода (варианты ответов: «состоятельны, чтобы жить хорошо» и «средств на жизнь хватает, не экономим») и группу с низким уровнем дохода (варианты ответов «приходится экономить», «средств хватает только на самое необходимое» и «живем за гранью бедности»).



Рисунок 11 – Меры по поддержанию своего здоровья, предпринимаемые потребителем медицинских услуг в Московском регионе (множественный выбор, в сопряженности с уровнем дохода, %)

Респонденты с высоким уровнем дохода чаще готовы предпринимать меры по сохранению и укреплению своего здоровья, требующие финансовых затрат – в частности, чаще посещают платные группы в спортивных клубах и банные комплексы. При этом выбор мер по сохранению своего здоровья пациентами с низким уровнем дохода чаще делается в пользу бесплатных видов физической активности (прогулок на свежем воздухе, занятий физкультурой и гимнастикой в домашних условиях) – кроме того, представители этой группы стараются чаще посещать врачей с профилактической целью (Рисунок 11). Возможным объяснением является то, что жители Московского региона, имеющие низкий уровень достатка, понимают, что несвоевременно выявленное заболевание может стать финансовым бременем для семьи и повысит риск потери работы.

2) Организация здравоохранения и предоставление доступной медицинской помощи имеют определяющее значение для формирования показателей уровня удовлетворенности пациентов предоставленными услугами системы здравоохранения.

В соответствии с результатами опроса, основная группа респондентов указала, что привержена ($73,3 \pm 2,2\%$) традиционному (медикаментозному) лечению. При этом треть респондентов ($32,7 \pm 2,0\%$) обращаются в медицинские учреждения за амбулаторно-поликлинической помощью один раз в полгода, каждый четвертый респондент ($25,5 \pm 1,9\%$) вынужден делать это ежемесячно, еще треть (суммарно $32,8 \pm 2,0\%$) респондентов указали, что посещают врача «один раз в год и реже», а $8,9 \pm 1,2\%$ респондентов «практически не обращаются» за амбулаторно-поликлинической помощью в медицинские учреждения своего муниципального района. При этом женщины чаще, нежели мужчины обращаются в АПУ своего муниципального района – $61,8 \pm 2,1\%$ пациенток посещают врача не реже одного раза в полгода, тогда как аналогичный показатель среди мужчин составил $52,4 \pm 1,7\%$ (Рисунок 12).

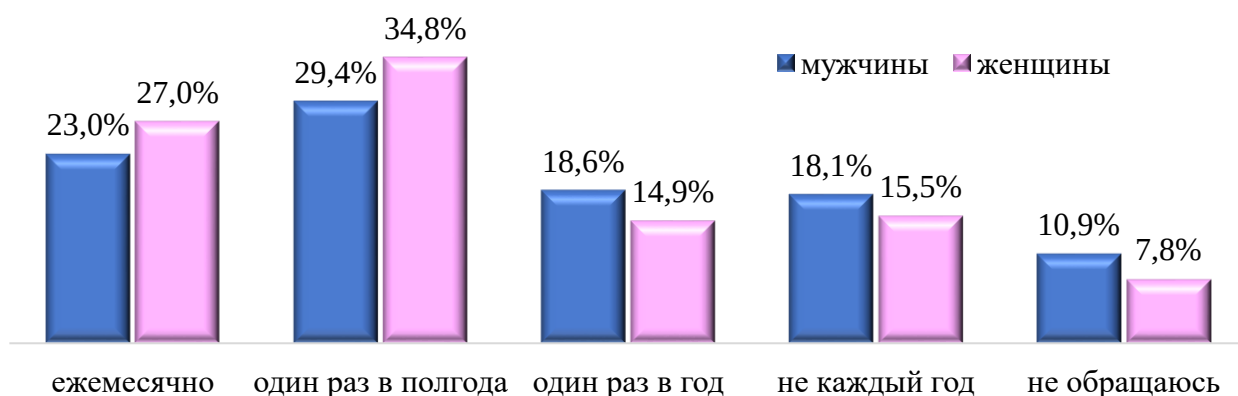


Рисунок 12 – Частота обращения респондентов в АПУ своего района / муниципального образования (% в сопряженности с гендерной принадлежностью)

В соответствии с данными опроса, ежемесячно получают медицинскую помощь в АПУ своего района (муниципального образования) чаще всего пациенты пенсионного возраста. Тем не менее, среди пациентов в возрастной категории 31-40 лет каждый третий ежемесячно посещает поликлинику. Среди пациентов редко или совсем не посещающих АПУ преобладают молодые респонденты в возрасте до 40 лет. Объяснимо, что медицинские услуги более востребованы у респондентов старшей возрастной группы, при этом высокие показатели обращаемости за медицинской помощью пациентов в возрасте 31-40 лет могут говорить об ответственном отношении указанной категории к своему здоровью или необходимости получения документа, подтверждающего временную нетрудоспособность гражданина (для работодателя).

Респонденты, указавшие наличие у них установленного хронического заболевания ($66,7 \pm 2,0$), чаще вынуждены обращаться в АПУ своего района (муниципального образования): треть ($30,2 \pm 2,4\%$) обращается ежемесячно и $37,0 \pm 2,6\%$ не реже, чем раз в полгода, тогда как у пациентов без хронической патологии аналогичные показатели составили $15,0 \pm 2,7\%$ и $23,7 \pm 3,2\%$ соответственно. Однако настораживает тот факт, что $44,6 \pm 2,6\%$ пациентов с хроническим заболеванием не считают нужным обращаться в медицинскую организацию для прохождения ежегодной диспансеризации.

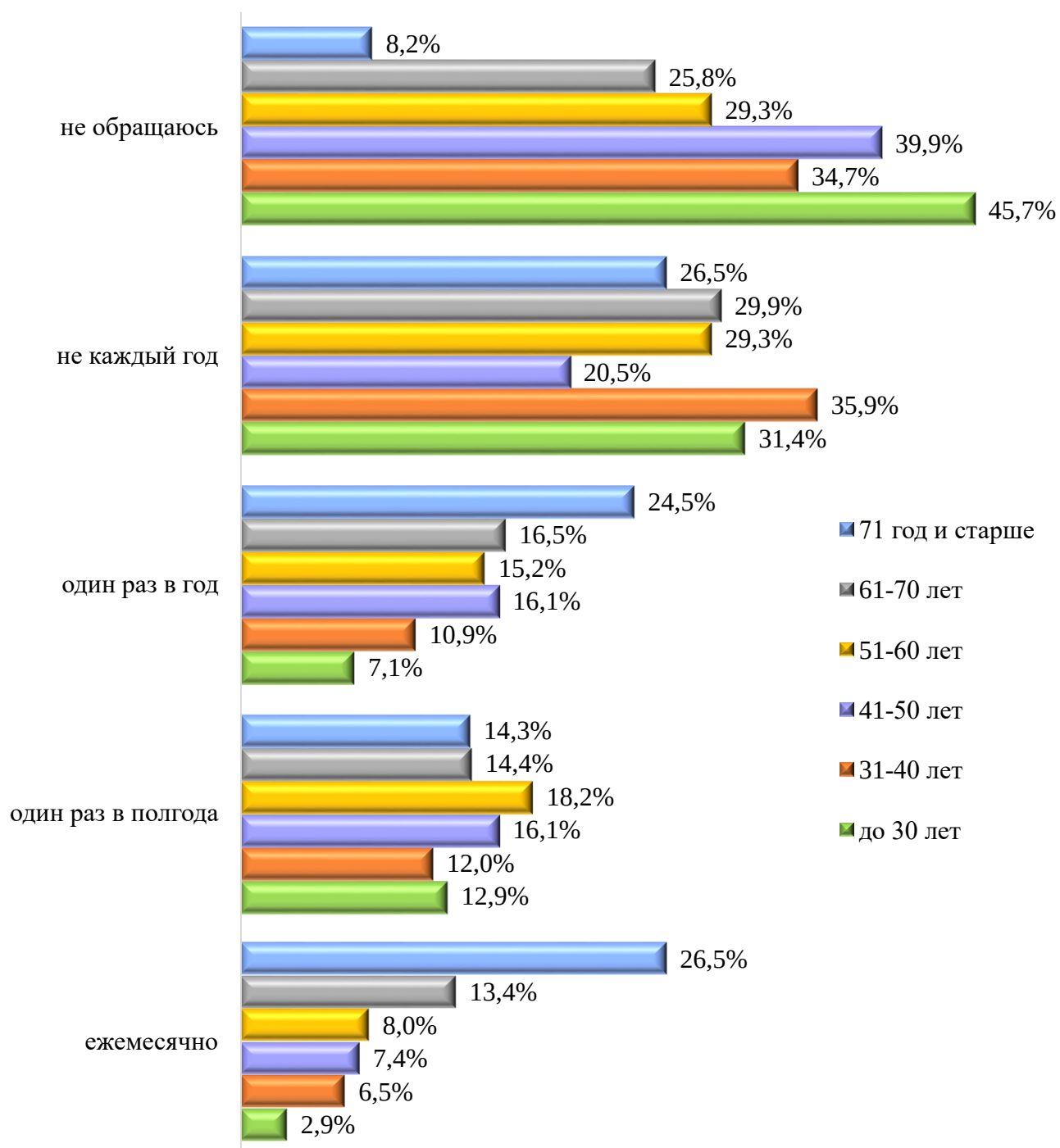


Рисунок 13 – Частота обращения за стационарной помощью в медицинскую организацию своего района / муниципального образования пациентами разных возрастных групп (%).

Стационарная медицинская помощь может быть оказана в экстренном и плановом порядке, однако пребывание в стационаре обычно связывается с существенными нарушениями здоровья и длительным состоянием

нетрудоспособности. В соответствии с данными опроса, $32,8 \pm 2,0\%$ респондентов ни разу не обращались за стационарной помощью и почти столько же ($28,7 \pm 2,0\%$) попадали на стационарное лечение «не каждый год». При этом, $14,8 \pm 1,5\%$ опрошенных указали, что получают медицинскую помощь в стационарных условиях один раз в полгода или год ($14,6 \pm 1,5\%$), а $9,1 \pm 1,2\%$ участников опроса попадает в стационар каждый месяц.

Вполне логичным выглядит закономерный рост числа обращений за стационарной медицинской помощью пациентов в возрастной группе старше 71 года ($26,5\%$ – ежемесячно, $24,5\%$ – ежегодно). Вместе с тем, каждый пятый из числа респондентов младше 40 лет и каждый третий в группе 41-60 лет ежегодно попадает в стационар (Рисунок 13), что может быть тревожным сигналом при оценке состояния здоровья трудовых ресурсов Московского региона.

3) Оценка пациентами уровня удовлетворенности качеством медицинской помощи является важным показателем оценки деятельности медицинской организации в целом. По данным анализа, $42,6 \pm 2,1\%$ опрошенных пациентов считают «удовлетворительным» качество оказанной им медицинской помощи, а каждый третий уверен, что услуги медицинской организации были оказаны на высоком уровне и заслуживают оценки «хорошо» ($27,7 \pm 1,9\%$) и «отлично» ($5,9 \pm 1,0\%$). Наряду с этим, каждый десятый респондент оценил качество оказываемой медицинской помощи как «плохое» ($9,6 \pm 1,2\%$) и «очень плохое» ($2,5 \pm 0,7\%$). Еще $11,7 \pm 1,4\%$ затруднились с ответом. Несмотря на превалирование оценок положительной направленности, наличие среди пациентов значительной доли недовольных оказанными услугами может говорить о систематических случаях неудовлетворительного оказания медицинской помощи.

В сопряженности с показателями пола оценка качества оказанной медицинской помощи имеет незначительные различия: мужчины несколько чаще ставили высокие оценки (суммарно «отлично» и «хорошо» поставили $37,0\%$ мужчин против $31,6\%$ женщин) и реже – низкие (суммарно «очень плохо» и «плохо» – $11,2\%$ мужчин против $15,9\%$ женщин).

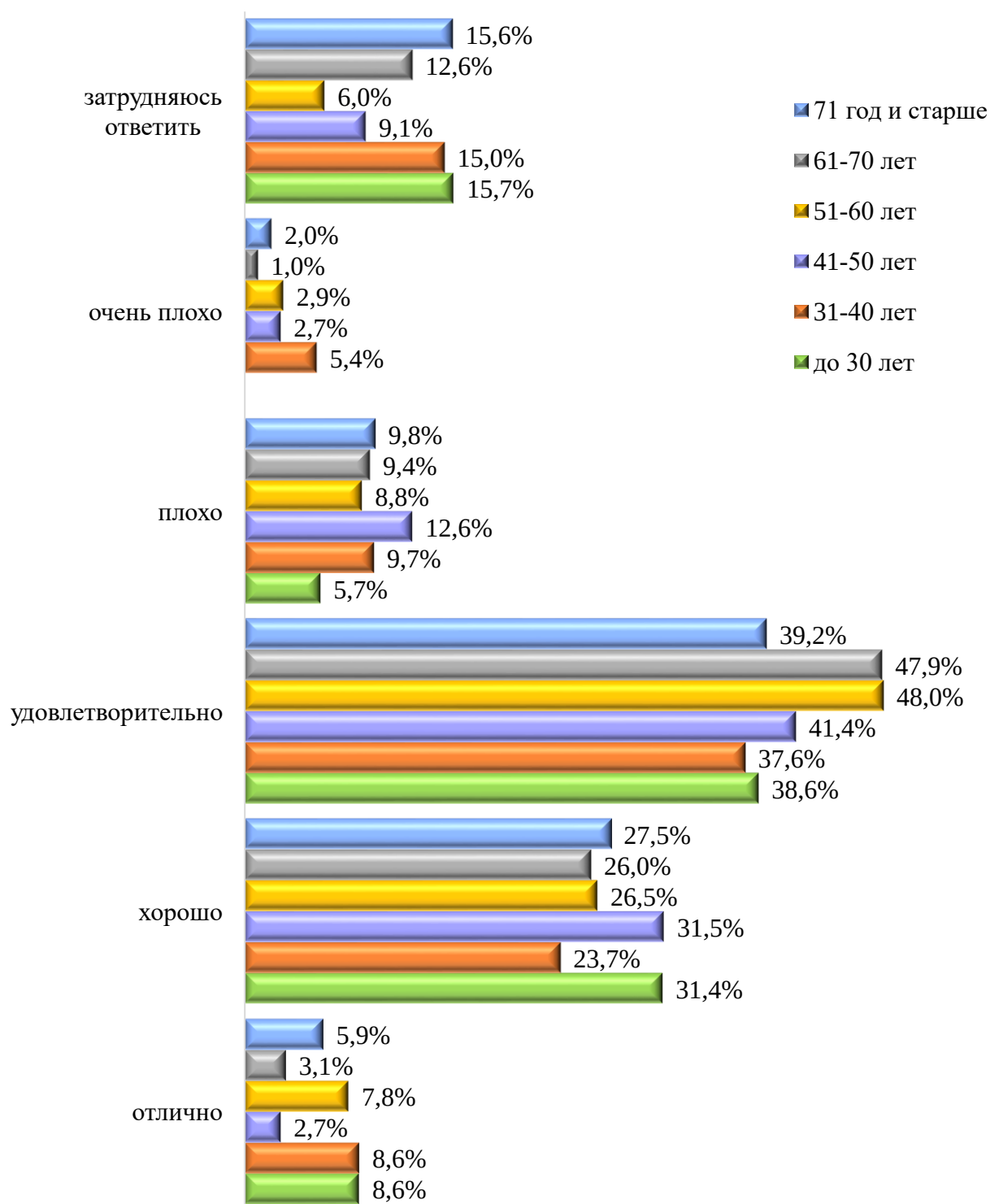


Рисунок 14 – Оценка качества оказанной медицинской помощи респондентами разного возраста (%)

При рассмотрении вопроса оценки качества оказанной медицинской помощи в соответствии с возрастом (Рисунок 14) можно отметить, что респонденты до 30 лет более высоко оценивали качество медицинской помощи (40,0% дали оценки

«отлично» и «хорошо»), при этом респонденты в группе 31-50 лет были настроены наиболее критично (15,3% оценили как качество медицинской помощи «плохое» и «очень плохое»).

4) Информационное обеспечение потребителей медицинских услуг системы здравоохранения Московского региона во многом определяет своевременность обращения за медицинской помощью и приверженность терапии. Более половины ($59,5 \pm 2,7\%$) пациентов получают медицинскую информацию о заболеваниях, методах их лечения и лекарственных препаратах от медицинских специалистов, а еще $40,7 \pm 3,3\%$ – посредством поисковых запросов в сети Интернет. Тем не менее, каждый четвертый участник исследования ($25,6 \pm 3,7\%$) опирается в принятии решений в отношении своего здоровья на информацию, полученную от знакомых и родственников, а еще $17,5 \pm 3,9\%$ – из телевизионных передач. Информационные объявления в поликлинике становятся каналом получения медицинских знаний для $16,9 \pm 4,0\%$ опрошенных, а каждый десятый респондент ($11,3 \pm 4,1\%$) изучает научно-популярную литературу. Периодические издания ($8,1 \pm 4,1\%$) и радио ($5,5 \pm 4,2\%$) являются наименее популярными у респондентов каналами получения информации о здоровье и заболеваниях, методах их лечения и лекарственных препаратах.

5) Взаимоотношения врача и пациента зачастую определяют доверие к проводимым манипуляциям, выполнение предписаний и, в итоге, влияют на результат лечения. Среди участников опроса, почти половина ($47,9 \pm 3,0\%$) признались, что у них есть «свой» доктор, которому они доверяют. При этом общая оценка взаимоотношений с врачом имеет положительный вектор: $34,7 \pm 3,5\%$ испытывают полное взаимопонимание и $41,7 \pm 3,0\%$ частично доверяют врачу. Однако, в ответах $8,8 \pm 1,2\%$ пациентов присутствует категорично негативное отношение к сложившимся с врачом взаимоотношениям, а еще $16,7 \pm 1,6\%$ – затруднились с ответом.

В соответствии с данными анализа, пациенты женского пола чаще склонны давать положительные оценки взаимоотношениям со своим врачом, нежели респонденты мужского пола. При этом, в соответствии с выделенными

возрастными группами, респонденты-мужчины в возрасте старше 71 года чаще склонны давать максимально положительные и отрицательные оценки ($41,2 \pm 3,2\%$ из указанной группы отмечают полное доверие и взаимопонимание и $11,8 \pm 2,1\%$ – его полное отсутствие). Среди женской части опрошенных почти половина в крайних возрастных группах (старше 71 года – $45,7 \pm 2,9\%$ и до 30 лет – $43,5 \pm 2,9\%$) дали максимально положительные оценки сложившимся с врачом взаимоотношениям при минимальных показателях в указанных группах доли тех, кто считает, что у них «отсутствует всякое доверие и взаимопонимание с врачом» ($11,8 \pm 1,8\%$ и $0,0\%$, соответственно).

Доверительные отношения врача и пациента являются важным фактором, влияющим на комплаентность пациента. Среди участников опроса половина респондентов ($49,5 \pm 2,2\%$) указали, что всегда выполняют предписания врача, а еще $39,2 \pm 2,1\%$ признались, что не всегда следуют его рекомендациям. Не выполняют назначения врача $6,6 \pm 1,1\%$ респондентов, а $4,7 \pm 0,9\%$ затруднились с ответом на данный вопрос.

Даже в группе опрошенных, у которых сложились положительные отношения с врачом, четверть ($25,1 \pm 3,2\%$) не выполняют предписаний. Тем не менее, среди пациентов, у которых нет полного доверия и взаимопонимания с врачом, этот показатель еще выше: треть представителей этой группы ($30,6 \pm 3,1\%$) критично относятся к предписаниям, а еще $38,9 \pm 3,3\%$ самостоятельно принимают решение о (не)выполнении указаний врача. При этом каждый девятый респондент ($11,1 \pm 2,1\%$), несмотря на отсутствие доверительного отношения к врачу, строго выполняет предписания врача.

Важным для изменения сложившейся ситуации было понимание причин невыполнения пациентами назначений врача. В этой группе пациентов Московского региона пятая часть опрошенных ($20,7 \pm 3,9\%$) не смогла объяснить причины невыполнения предписаний врача. Равное число респондентов указало в качестве причин уклонения от рекомендаций врача нехватку средств на лечение ($14,5 \pm 4,0\%$) и неполное понимание предписаний ($14,1 \pm 4,0\%$). Значительная доля участников опроса не готова выполнять врачебные назначения из-за имеющихся

негативных установок в отношении официальной медицины: предвзятое отношение к лекарствам демонстрируют $13,2 \pm 4,0\%$ опрошенных, не согласны с выбранной терапией $8,7 \pm 3,1\%$ респондентов, еще $7,5 \pm 4,1\%$ не доверяют официальной медицине и врачу ($6,8 \pm 4,1\%$). Еще часть пациентов откровенно признают, что причиной невыполнения предписаний врача является их лень ($13,6 \pm 4,0\%$), а $6,4 \pm 4,2\%$ респондентов не верит в собственное выздоровление.

б) Оценка конфликтов пациентов и медицинских работников, и их каузальности в повседневной деятельности позволила представить следующие данные. У трети пациентов ($36,4 \pm 3,5\%$) были конфликты с врачом и другими специалистами медицинской организации (постоянно конфликтовали $3,6\%$ опрошенных, иногда – $32,8 \pm 3,6\%$). При этом более половины опрошенных ($60,1 \pm 2,7\%$) отметили, что не сталкивались с конфликтными ситуациями с медицинскими работниками. Не дали ответа на этот вопрос $3,6\%$ опрошенных.

При этом мужчины и женщины с близкой частотой сталкиваются с конфликтными ситуациями (постоянно $5,0\%$ мужчин и $3,2\%$ женщин, иногда – $31,6 \pm 3,3\%$ мужчин и $33,5 \pm 2,7\%$ женщин). Каждый пятый респондент отметил, что сталкивался с конфликтными ситуациями при взаимодействии с работниками регистратуры ($18,1 \pm 3,9\%$), еще $16,2 \pm 3,9\%$ участников опроса отметили, что были в ситуациях, когда возникали разногласия с врачом, а у $11,6 \pm 4,0\%$ – с медицинскими сестрами. Десятая часть пациентов отметили, что имели опыт преодоления разногласий с администрацией поликлиники ($9,6 \pm 4,0\%$), а $5,1\%$ – с младшим медицинским персоналом. При этом $8,1 \pm 4,1\%$ из числа опрошенных, указавших наличие спорных ситуаций во время их лечения, отметили, что конфликтовали с администрацией, врачебным и сестринским персоналом одновременно.

В группе тех, кто указал, что столкнулся с конфликтами с медицинскими работниками ($n=193$), ведущей причиной конфликта с врачом в $74,6 \pm 3,1\%$ случаев стало отсутствие талонов на прием, несоблюдение медицинской этики врачом ($34,2 \pm 3,4\%$) и его нежелание назначать ряд диагностических и / или лечебных процедур, которые пациент хотел бы получить ($31,6 \pm 4,2\%$). В этой ситуации возрастает риск самолечения пациентом и использования различных медицинских

манипуляций, не назначенных врачом. Кроме того, $19,7 \pm 2,9\%$ опрошенных указали, что столкнулись с ошибкой медицинского работника, а еще $14,0 \pm 2,5\%$ – с отказом сообщить информацию о состоянии здоровья / заболевания или методах лечения. Указали, что врач принял решение без согласия пациента $13,5 \pm 2,5\%$, а $10,4 \pm 2,2\%$ признались, что врач пытался извлечь личную материальную выгоду, что и стало источником конфликта. Несмотря на достаточно низкие показатели, такие ответы требуют дополнительного внимания со стороны администрации клиники к работе с кадрами.

Таким образом, социально-конструируемый портрет пациента (потребителя медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области включает следующие характеристики: это женщина ($61,2 \pm 2,1\%$) среднего возраста ($59,5 \pm 2,1\%$ находились в возрастной группе от 41 до 70 лет, средний и медианный возраст составил 50 лет) с высшим образованием ($52,9 \pm 3,0\%$), состоящая в устойчивых семейных отношениях (замужем ($50,1 \pm 2,2\%$) или совместно проживает с партнером ($4,9 \pm 0,9\%$), у которой было двое совершеннолетних детей (у $71,2 \pm 2,0\%$ респондентов есть дети, при этом у $57,7 \pm 2,7\%$ – двое и более детей, в $41,0 \pm 2,8\%$ случаях – старше 18 лет), постоянно проживающая в областном городе ($68,7 \pm 2,4\%$) более 10 лет. Работает ($68,8 \pm 3,7\%$) в бюджетной сфере ($29,9\%$) или коммерческой компании ($19,2\%$) более 15 лет ($71,4 \pm 2,0\%$), получает заработную плату в диапазоне 20-40 тысяч рублей в месяц ($49,1 \pm 3,1\%$), при этом за последний год ее материальное положение не изменилось ($40,3 \pm 3,4\%$) или ухудшилось ($38,0 \pm 3,4\%$). Не курит, редко употребляет алкогольные напитки ($70,9 \pm 2,0\%$), при этом периодически соблюдает принципы ЗОЖ ($55,7 \pm 2,9\%$), хотя не мотивирована на прохождение профилактического диспансерного обследования. Оценивает состояние своего здоровья как «удовлетворительное» ($56,5 \pm 3,2\%$), а имеющиеся хронические заболевания ($66,7 \pm 2,0$) связывает с отсутствием регулярного отдыха ($28,8 \pm 3,7\%$), возрастными изменениями ($28,1 \pm 3,7\%$), рабочей нагрузкой ($27,7 \pm 3,7\%$) и недостаточно внимательного отношения к своему здоровью ($26,4 \pm 3,7\%$). В целях поддержания собственного здоровья совершает прогулки на свежем воздухе ($53,9 \pm 2,9\%$), старается правильно питаться ($36,9 \pm 3,4\%$),

самостоятельно занимается физкультурой, гимнастикой, бегает или катается на велосипеде ($31,8 \pm 3,6\%$), принимает витамины / БАД ($27,3 \pm 3,7\%$), регулярно посещает врачей с профилактической целью ($26,0 \pm 3,7\%$). Имеет «своего» врача ($47,9 \pm 3,0\%$), всегда выполняет его предписания ($49,5 \pm 2,2\%$) и оценивает взаимоотношения с ним как доверительные ($34,7 \pm 3,5\%$ испытывают полное взаимопонимание и $41,7 \pm 3,0\%$ частично доверяют врачу), никогда не вступала в конфликт с медицинским персоналом ($63,6 \pm 3,5\%$). Обращается в медицинские учреждения за амбулаторно-поликлинической помощью не реже одного раза в полугодие ($58,2 \pm 2,0\%$), и качество медицинской помощи, в целом, оценивает как удовлетворительное ($42,6 \pm 2,1\%$) и хорошее ($33,6 \pm 1,9\%$). Привержена ($73,3 \pm 2,2\%$) традиционному (медикаментозному) лечению, при этом при необходимости получает медицинскую информацию о заболеваниях, методах их лечения и лекарственных препаратах от медицинских специалистов ($59,5 \pm 2,7\%$), либо посредством поисковых запросов в сети Интернет $40,7 \pm 3,3\%$, обращения к знакомым и родственникам ($25,6 \pm 3,7\%$).

4.2.2. Мнение пациентов (потребителей медицинских услуг) о состоянии и проблемах территориального здравоохранения

Согласно международным стандартам аккредитации медицинских организаций и данным Всемирной организации здравоохранения, качество медицинской помощи определяют такие составляющие, как высокий уровень реализации профессиональных функций медицинским персоналом, разумное использование ресурсов, минимизация пациентских рисков и высокий уровень удовлетворенности пациентов взаимодействием с медицинскими организациями различного уровня [242]. Именно поэтому развитие системы здравоохранения на современном этапе должно предусматривать наиболее полное удовлетворение социального запроса потребителей в совокупности с информированием о новых

возможностях использования современных инновационных медицинских технологий [284, 549].

В целом, респонденты оценивают функционирование системы здравоохранения Московского региона достаточно высоко – описали его состояние как «хорошее» и «удовлетворительное» совокупно $63,3 \pm 2,6\%$ респондентов. Тем не менее, каждый пятый участник опроса ($20,4 \pm 3,9\%$) считает, что состояние системы здравоохранения Московской области можно охарактеризовать как «плохое». Еще $16,3 \pm 4,0\%$ затруднились с ответом.

На взгляд респондентов, даже в условиях стратегического развития и реформирования системы здравоохранения в последние годы, качество медицинского обслуживания изменилось в худшую сторону ($29,9 \pm 2,0\%$) или не изменилось ($24,7 \pm 1,9\%$). При этом только один из шести участников опроса ($17,6 \pm 1,7\%$) отметил в деятельности системы здравоохранения изменения в лучшую сторону. Более четверти пациентов ($27,8 \pm 2,0\%$) затруднились с ответом.

В соответствии с данными анализа, мужчины чаще женщин склонны отмечать положительные изменения в деятельности системы здравоохранения. При этом мнения об улучшении были зафиксированы в ответах мужчин в возрасте 51-60 лет ($27,9\%$ из их числа), среди женской аудитории опрошенных максимальный показатель отметивших положительную тенденцию наблюдается в возрасте 41-50 лет и составляет $22,6\%$ из числа опрошенных данной группы. Вместе с тем, максимальные негативные отклики в отношении произошедших в результате реформирования изменений наблюдаются у респондентов женского пола в возрастной группе 51-60 лет и достигают показателя $60,9\%$ (Рисунок 15). Учитывая, что доля участниц опроса указанной возрастной группы (51-60 лет) составила $11,3\%$ от всего количества опрошенных, необходимо обратить внимание на возможные факторы, оказывающие влияние на негативное восприятие деятельности системы здравоохранения в связи с реализацией стратегических планов по ее развитию на современном этапе.

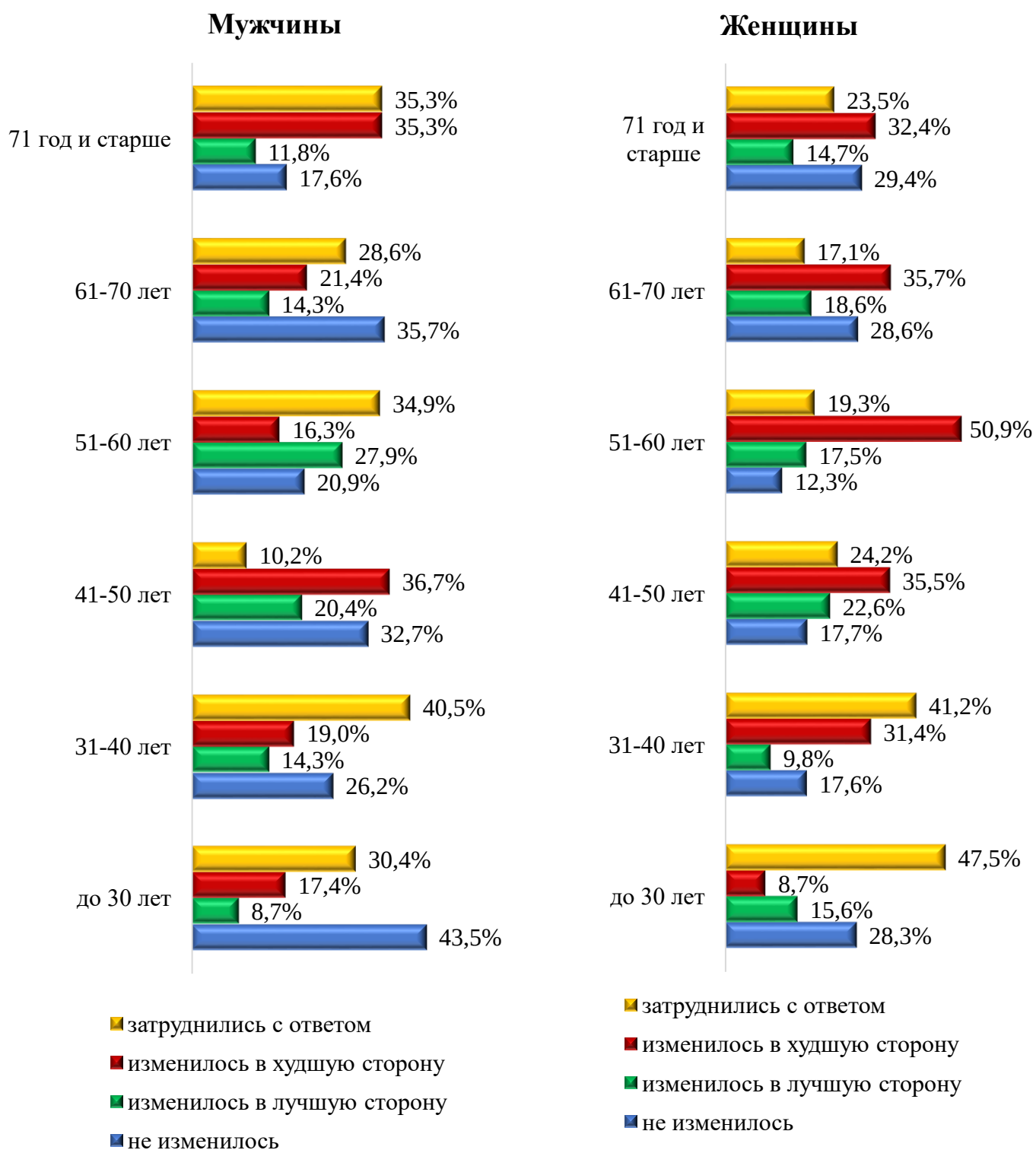


Рисунок 15 – Распределение мнений респондентов об изменениях деятельности системы здравоохранения в связи с проводимыми реформами (%), сопряженность с полом и возрастом)

Отмечено, что опрошенные с более низким уровнем дохода чаще отмечали негативные изменения в системе при проводимом реформировании, тогда как

почти половина пациентов, имеющих подушевой ежемесячный доход более 70 тысяч рублей, не заметили изменений деятельности системы здравоохранения в последнее время (Рисунок 16).

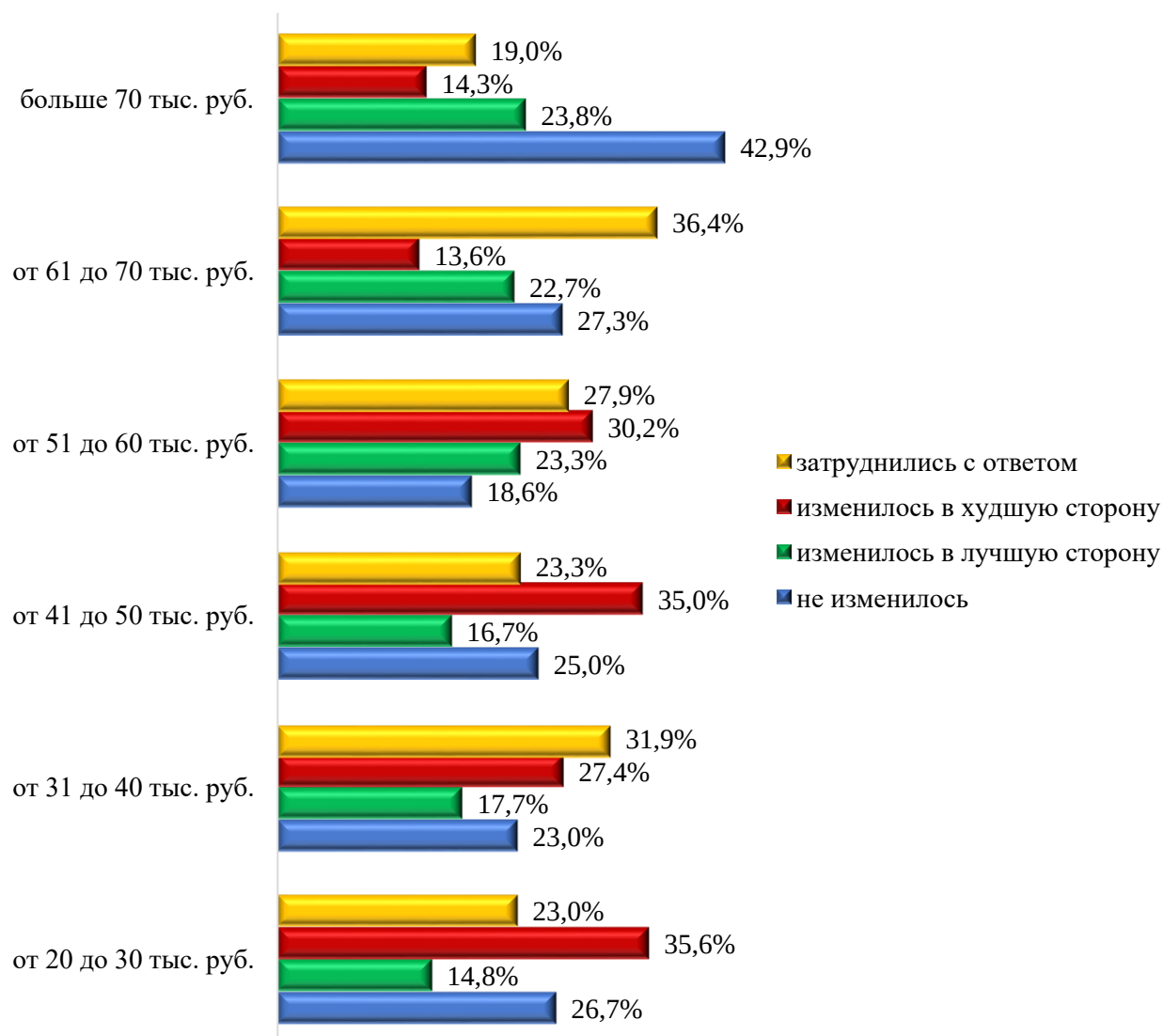


Рисунок 16 – Распределение мнений респондентов с разным уровнем дохода об изменениях в деятельности системы здравоохранения (%)

Интересно, что $43,3 \pm 2,2\%$ респондентов считают, что в наибольшей степени отвечают современным требованиям оказания медицинской помощи населению принципы советской (бюджетной) системы здравоохранения, а четвертая часть респондентов ($26,7 \pm 1,9\%$) отметила смешанную систему организации медицинской помощи (включающую как бюджетное, так и страховое обеспечение) как оптимальную. Систему организации медицинской помощи, основанную на

принципах обязательного медицинского страхования, которая внедрена уже более 30 лет назад и функционирует в отечественном здравоохранении, считают наиболее соответствующей современным требованиям $15,3 \pm 1,6\%$ опрошенных жителей региона. Частная медицинская помощь нашла поддержку в ответах $8,4 \pm 1,2\%$ респондентов и еще $6,3 \pm 1,1\%$ считают оптимальной систему здравоохранения, основанную на принципах государственно-частного партнерства (Рисунок 17).



Рисунок 17 – Распределение мнений респондентов о системе здравоохранения, в наибольшей степени соответствующей современным требованиям оказания медицинской помощи населению (%)

Возможным объяснением может служить тот факт, что большую часть выборочной совокупности составили пациенты, заставшие советскую бюджетную систему организации медицинской помощи. Так, сопряженность этого вопроса с возрастом респондентов отражает увеличение доли приверженных советской системе финансирования здравоохранения в старшей группе. При этом более всего поддерживают существующую систему здравоохранения опрошенные в возрасте 31-60 лет, а частное финансирование медицинской помощи чаще остальных выбирали респонденты в возрасте до 40 лет (Рисунок 18).

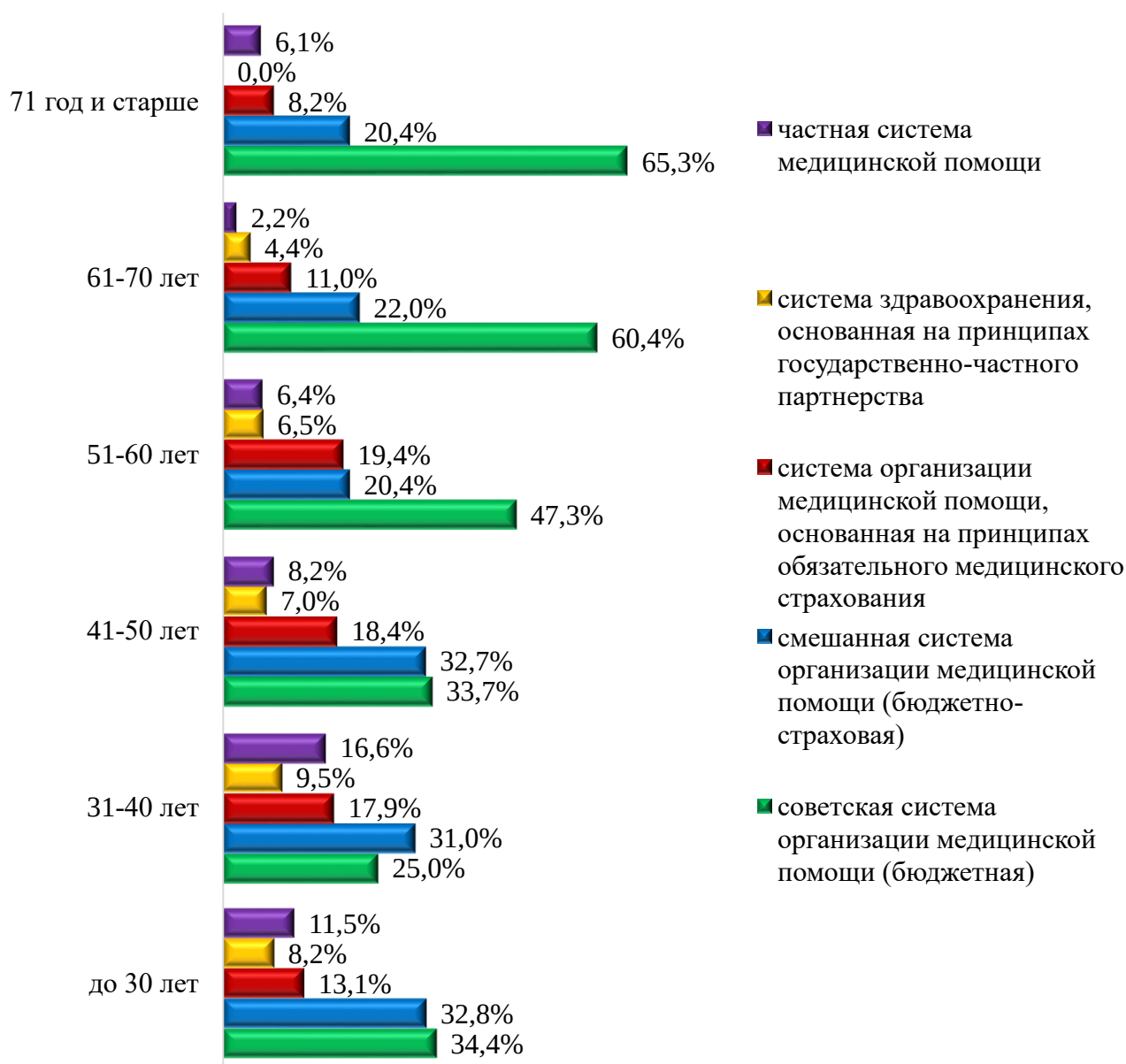


Рисунок 18 – Распределение мнений респондентов разных возрастных групп о системе здравоохранения, в наибольшей степени отвечающей современным требованиям оказания медицинской помощи населению (%)

Большинство участников ($59,2 \pm 2,1\%$) исследования считают, что медицинская помощь должна оказываться населению на бесплатной основе, однако еще четверть опрошенных ($27,3 \pm 1,9\%$) допускают, что наряду с бесплатными, пациенту могут быть предложены и платные медицинские услуги. Интересно, что $5,6 \pm 1,0\%$ указали, что пациент должен частично оплачивать медицинскую помощь – при этом доля финансового участия должна рассчитываться с учетом уровня его доходов, а еще $6,6 \pm 1,1\%$ респондентов уверены,

что «пациенты должны самостоятельно оплачивать медицинскую помощь». Ответы респондентов на вопрос о возможности софинансирования потребителем медицинских услуг были сгруппированы в сопряженности с уровнем дохода респондентов (Рисунок 19).



Рисунок 19 – Мнения респондентов с разным уровнем подушевого дохода о софинансировании оплаты медицинских услуг (множественный выбор, %)

Полученные данные показывают, что чем ниже уровень дохода пациента, тем чаще он поддерживает «бесплатную» медицину ($70,1 \pm 5,5\%$ у респондентов с доходом менее 20 тыс. руб.). Вместе с тем, каждый пятый малообеспеченный опрошенный готов время от времени оплачивать ряд платных медицинских услуг.

Информированность респондентов о возможности выбора медицинской организации и врача. Согласно № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. [386] и положений статьи 21 Федерального закона от № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. [387], пациент имеет право выбора медицинской организации, в которой он получает медицинскую помощь [387].

Треть опрошенных ($34,0 \pm 3,6\%$) указали, что используют указанную возможность, однако большинство пациентов либо никогда не использовали право на выбор медицинской организации ($42,9 \pm 3,3\%$), либо были неинформированными об этом праве ($23,1 \pm 3,8\%$).

При этом пациенты в большей части случаев также не пользуются своим правом выбора врача, полагаясь на устоявшуюся практику «участковой» организации и системы направлений к узким специалистам согласно распределению «по месту жительства» (Рисунок 20).

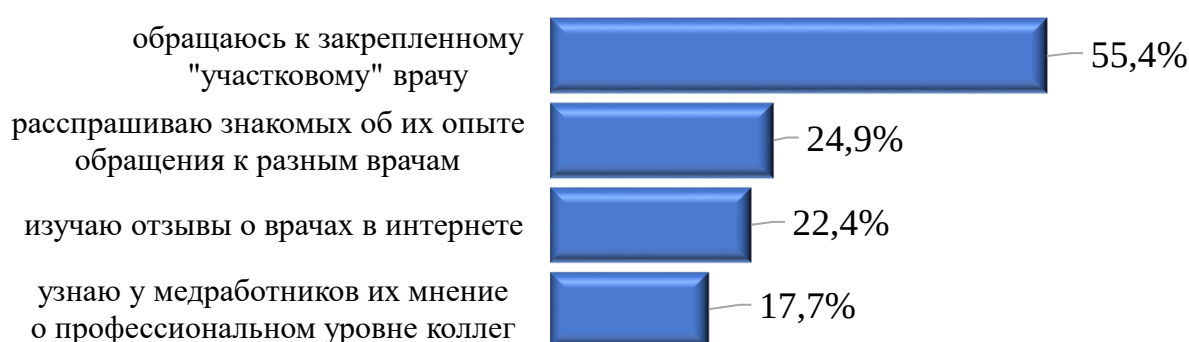


Рисунок 20 – Подходы к выбору врача респондентами (множественный выбор, %)

Среди опрошенных $64,7 \pm 3,0\%$ указали, что никогда не обращались за медицинской помощью в других регионах страны. Жители Подмосковья, которые столкнулись с необходимостью получения медицинской помощи за пределами Московской области ($35,3 \pm 3,0\%$), в большинстве случаев ($60,0 \pm 5,3\%$) получили необходимую помощь даже без предъявления полиса ОМС, однако $40,0 \pm 5,3\%$ респондентов, обратившихся в медицинские организации других регионов за получением медицинской консультации, столкнулись с отказом.

Удовлетворенность респондентов услугами медицинской организации. Удовлетворенность пациентов услугами медицинских организаций является одним из индикаторов качества оказанных услуг. Более трети пациентов Московского региона указали, что основными факторами их неудовлетворённости деятельностью медицинской организации выступают условия приема пациентов ($38,8 \pm 2,1\%$) и отсутствие (нехватка) необходимого оборудования для диагностики

и лечения ($33,7 \pm 2,1\%$). Четвертая часть опрошенных отметили, что их неудовлетворенность связана с невнимательным отношением со стороны медицинского персонала ($26,7 \pm 1,9\%$), недостатками работы медицинского учреждения в целом ($26,0 \pm 1,9\%$), качеством медицинского оборудования ($24,1 \pm 1,9\%$) и низкой, по их мнению, квалификации врачей ($21,8 \pm 1,8\%$) (Рисунок 21).



Рисунок 21 – Распределение мнений респондентов о факторах неудовлетворенности услугами медицинских организаций (% , множественный выбор)

При получении услуги ненадлежащего качества пациенты имеют право обратиться с жалобой в различные инстанции. Среди опрошенных пациентов региона $24,7 \pm 1,9\%$ отметили, что основными причинами их обращения с жалобой стало неудовлетворительное качество оказанной им медицинской услуги, а еще $18,3 \pm 1,7\%$ пациентов обратились в соответствующие инстанции из-за несоответствия оказанной медицинской помощи или услуги установленным критериям (например, недостаточный уровень обследования и др.). Каждый седьмой ($14,9 \pm 1,5\%$) респондент отметил, что основанием для жалобы стал отказ в предоставлении услуги, которая, по его мнению, должна была быть ему предоставлена и еще $14,7 \pm 1,5\%$ столкнулись с требованием «неформальной» оплаты услуги, которая должна была быть предоставлена по полису ОМС. При этом, каждый десятый ($9,4 \pm 1,3\%$) из числа тех, кто подавал жалобу, столкнулся с нарушением медицинской этики.

Восприятие респондентами платных медицинских услуг. В настоящее время пациент может получать медицинские услуги не только по полису ОМС, но и в частных медицинских организациях на платной основе, где могут предоставляться как медицинские (профилактика, диагностика, лечение заболеваний, реабилитация), так и немедицинские (транспортные услуги, дополнительное питание и др.) услуги. Согласно данным проведенного исследования, почти половина респондентов ($43,1 \pm 3,3\%$) указали, что не имеют возможности обращения в частные медицинские организации из-за имеющихся финансовых проблем. При этом $36,0 \pm 2,7\%$ отметили, что в ситуации оплаты медицинских услуг вынуждены сокращать другие расходы семьи. Тем не менее, каждый третий опрошенный ($30,9 \pm 2,0\%$) в случае необходимости имел финансовую возможность приобретения платных медицинских услуг, а $26,1 \pm 1,9\%$ не имели опыта самостоятельного приобретения услуг частной медицинской организации.

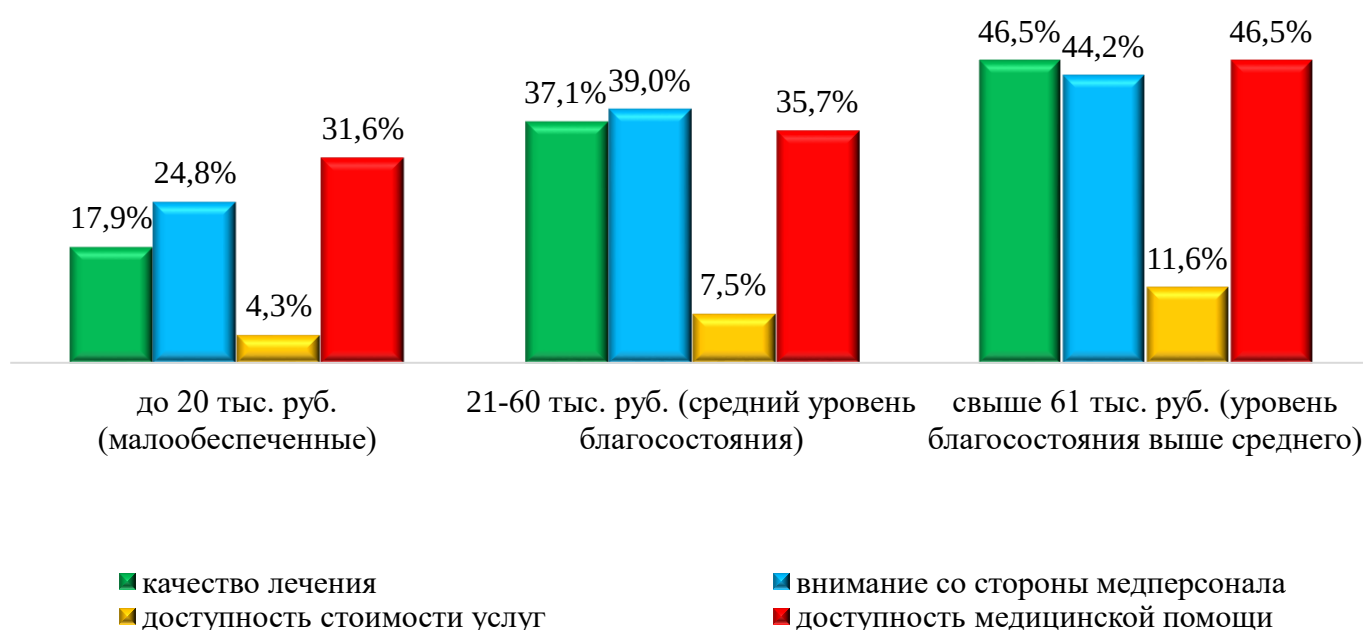


Рисунок 22 – Факторы, способствующие обращению пациентов в частные медицинские организации в сопряженности с доходом (множественный вопрос, %)

Отмечено, что участники опроса, имеющие низкий финансовый достаток, среди факторов привлекательности платных медицинских услуг в большей степени

выделяют доступность медицинской помощи и внимание со стороны медперсонала. При этом максимальный показатель важности привлекательной стоимости услуги отмечен в группе пациентов с уровнем дохода свыше 61 тыс. руб. в месяц (Рисунок 22).

Ожидания респондентов от врача поликлиники. В ситуации заболевания, необходимости профилактического или диспансерного обследования, получения справок и направлений, пациенты могут обратиться в амбулаторно-поликлиническую организацию по месту жительства. По мнению исследователей, от качества оказанных медицинских услуг и сложившихся взаимоотношений с медицинскими специалистами при оказании первичной медицинской помощи зависит последующая обращаемость за медицинской помощью, в том числе и в данную медицинскую организацию, что в дальнейшем может повлиять на раннее выявление заболеваний [47, 165, 247].

В целом, пациенты воспринимают сотрудников поликлиники положительно – так, $50,8 \pm 2,2\%$ респондентов доверяют медицинским работникам поликлиники, а четверть опрошенных ($26,2 \pm 1,9\%$) относятся к медработникам «с симпатией». Вместе с тем, часть пациентов охарактеризовали свое отношение как «недоверие» ($8,7 \pm 1,2\%$) и «антипатия» ($6,4 \pm 1,1\%$), а $27,7 \pm 1,9\%$ не смогли определиться с ответом на данный вопрос.

Каждый седьмой пациент в возрасте 31-40 лет испытывает недоверие в отношении медицинских работников, что является максимальным показателем среди всех возрастных групп. Наиболее благожелательные отношения (доверие и симпатия) со специалистами медицинской организации отмечены в возрастной когорте пациентов 41-60 лет (Рисунок 22).

Наиболее высоко оценивают пациенты возможность всегда застать своего врача на рабочем месте (4,1 балла по пятибалльной системе оценки) и его приверженность этическим принципам (4,1 балла), тогда как профессионализм и компетентность (4,0 балла), заинтересованность врача в качестве лечения (3,9 балла) и индивидуальный подход к пациенту (3,8 балла) были оценены ниже.

Треть респондентов ($31,3 \pm 3,6\%$) указывают, что при обращении за медицинской консультацией всегда чувствуют участие врача и его вовлеченность

в процесс лечения. Но, согласно мнениям $53,1 \pm 3,0\%$ респондентов, врач не всегда полностью включается в решение их проблем и сопереживает пациентам, а $14,3 \pm 4,0\%$ считают, что врач абсолютно не включен в процесс взаимодействия. Еще $1,3\%$ респондентов затруднились с ответом.

Нужно отметить, что наиболее оптимистичные настроения после приема врача испытывают пациенты в возрасте старше 41 года. При этом жители региона молодого возраста (до 40 лет) чаще других признаются, что не наблюдают никаких изменений в своем эмоциональном фоне после визита к медицинскому специалисту, а ощущение пессимизма, удрученности и озабоченности после приема у врача появляется почти у каждого пятого пациента в возрасте 31-40 лет (Рисунок 23).

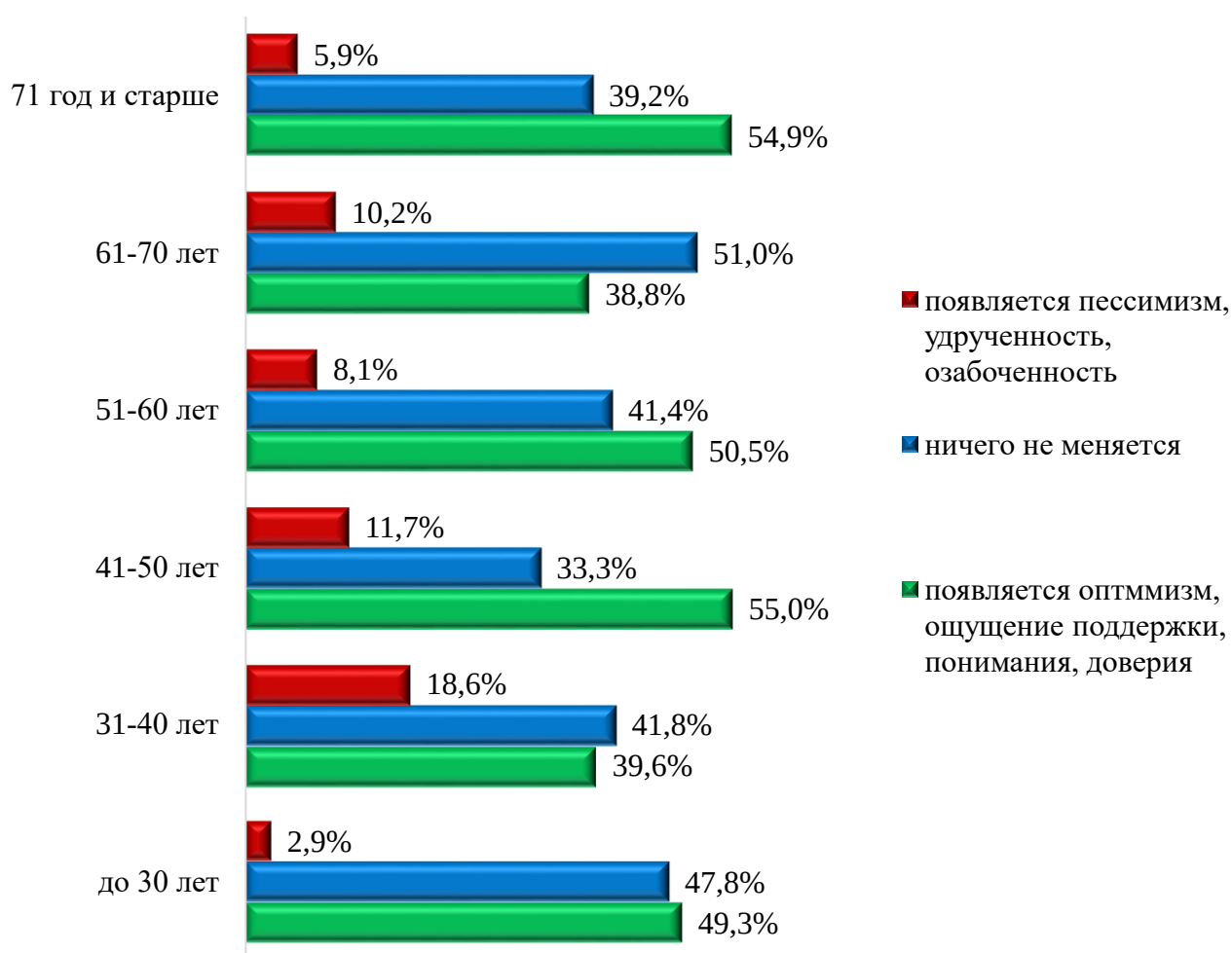


Рисунок 23 – Эмоциональное состояние пациентов разных возрастных групп после приема врача (%).

4.2.3. Образ «идеального» врача

Каждый пациент формирует представления об образе врача, в наибольшей степени отвечающим его личным культурным установкам и сложившимся представлениям общества о враче, а также на основе имеющегося личного опыта взаимодействия с медицинскими работниками. По мнению Н.Г. Осиповой и Т.В. Семиной, конструирование идеального типа врача связано со сформированным в обществе мировоззрением, «в связи с этим выработка методологии организации зрелых мировоззренческих форм необходима современной медицине как способ нравственной ориентации врача по отношению к больному человеку» [308].

По мнению Ж. Лакана, существует пять факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и пациента: пол, возраст, национальность, вероисповедание и сексуальная ориентация [214]. Исследования показали, что все эти факторы оказываются значимыми, однако более значимыми являются личностные и характерологические свойства [84, 180].

На основе изучения мнений пациентов, проживающих в Московской области и получающих медицинские услуги по программе ОМС в медицинских организациях, расположенных на территории административных образований региона, был сконструирован портрет «идеального врача». Для определения среднего возраста «идеального врача» респондентам предлагалось выразить свое мнение в открытых полях. Анализ данных включал анализ количественных показателей с дополнением ряда из текстовых значений, а также отдельно исследовалась текстовая переменная. Всего было получено 344 ответа (64,8%), из которых 185 имеют числовые, 107 – интервальные и 52 – текстовые значения.

Возраст «идеального врача» в представлениях опрошенных находится в интервале от 17 до 80 лет, средний возраст 43 года (медиана – 43 года). Основной модальный интервал находится в диапазоне 40-45 лет. Дисперсия составила 69,722, стандартное отклонение – 8,350 при асимметрии 0,603 (стандартная ошибка асимметрии 0,143). Верхний квартиль находится на отметке 47,88, нижний – 39,28.

Для описания гендерной принадлежности «идеального врача» респонденты могли выбрать мужской и женский пол, а также имели возможность выбрать вариант «не имеет значения». По данным исследования, 39,9% опрошенных не ответили на вопрос о половой принадлежности «идеального врача», для 21,5% респондентов пол врача не имеет значения. При исключении вышеуказанных вариантов ответа из анализа (и пересчете на 100% мнений), 51,8% опрошенных считают, что идеальный врач – женского пола.

Наличие ученой степени имеет значение только для каждого пятого опрошенного (21,7%), еще 24,4% респондентов считают ученую степень не обязательной или не имеющей значения для практической работы с пациентом (4,1%), а 53,9% не ответили на поставленный вопрос. При анализе ответов респондентов, считающих научную степень важной составляющей портрета «идеального врача» (108 ответов), 60,2% считают, что у врача должна быть степень доктора медицинских наук, четверти опрошенных (25,0%) представляется желаемой степень кандидата наук, и 14,8% отметили, что «любая» научная степень будет отличным дополнением к образу «идеального врача».

Вероисповедание идеального врача для 86,3% респондентов не имеет значения (включая 16,2%, выбравших варианты ответа: «не важно», «не принципиально», «все равно» и др.). Среди тех, кто указал конфессиональную принадлежность врача, большая доля респондентов указала на православное вероисповедание (94,6% от всего количества выбравших этот вариант ответа) и еще по 1,8% отметили в указанной графе агностицизм, ислам и иудаизм.

Каждый третий респондент (35,2%) отметил эмпатию как наиболее важное личностное качество идеального врача, а каждый четвертый (26,7%) указал на важность избирательной направленности восприятия. Для пятой части пациентов важно увидеть в образе «идеального врача» апперцепцию (19,5%), психоэмоциональную устойчивость (19,0%) и коммуникативность (18,0%). Элементы психологической наблюдательности были описаны в ответах 15,9% опрошенных. Личные качества «идеального врача» Московского региона были описаны респондентами в открытых полях (Таблица 9).

Таблица 9 – Личные качества идеального врача (множественный выбор, n=195)

Категория	Варианты ответа	%
Эмпатия	Добродушие, доброта, сочувствие, сопереживание, человечность, индивидуальный подход, сострадание, эмпатия, чуткость	35,4% (69 ответов)
Избирательная направленность восприятия	Внимательность, заинтересованность в лечении пациента, опыт, знания, самовыражение, усердие	26,7% (52 ответа)
Апперцепция (осознанное восприятие)	Быстрота, профессионализм, честность, компетентность, любовь к профессии, рассудительность, серьезность, интеллект, логика, настойчивость	19,5% (38 ответов)
Психоэмоциональная устойчивость	Аккуратность, дисциплинированность, опрятность, стрессоустойчивость, ответственность, уважение, желание работать, тактичность, организованность, пунктуальность, обязательность, перфекционизм, терпение, сдержанность, спокойствие, уверенность в себе, уравновешенность	19,0% (37 ответов)
Коммуникативность	Вежливость, взаимопонимание, доброжелательность, понимание, открытость, интеллигентность, общительность, приветливость, умение выслушать, умение объяснить, жизнерадостность	18,0% (35 ответов)
Психологическая наблюдательность	Корректность, отзывчивость, грамотный специалист, добропорядочность, добросовестность, желание помогать, заинтересованность в результате лечения, порядочность, желание помочь, надежность	15,9% (31 ответ)

Среди ожиданий респондентов в отношении профессиональных качеств врача лидировали такие варианты ответа как «профессионализм», «опыт», «компетентность». На втором месте по значимости оказалась эрудированность медицинского специалиста, на третьем – качества, способствующие установлению доверительных отношений с пациентом (Таблица 10).

Таблица 10 – Профессиональные качества «идеального врача» (множественный выбор, n=146)

Категория	Вариант ответа	%
Профессиональная компетентность	профессионализм, компетентность, знания в той области, где работает, результативность лечения, наличие опыта работы по специальности	48,6% (71 ответ)
Эрудированность	интеллект, грамотность, интеллигентность, эрудированность	18,5% (27 ответов)

Продолжение Таблицы 10

Категория	Вариант ответа	%
Пациентоцентричность	коммуникативность, умение найти общий язык с пациентом, внимание, индивидуальный подход	14,4% (21 ответ)
	любовь к своей профессии и эмпатия	
Высокие личные и моральные качества	дисциплинированность, дотошность, пунктуальность, организованность, трудолюбие	14,4% (21 ответ)
	милосердие, доброта, готовность помочь, отзывчивость	
	бескорыстие, честность, порядочность	
Профессиональная ответственность	приверженность профессиональной этике, ответственность, надежность	8,2% (12 ответов)
Стремление к профессиональному развитию	совершенствование знаний, повышение квалификации, освоение передовых технологий лечения, целеустремленность	7,5% (11 ответов)

Полученные данные позволяют сделать вывод, что, согласно представлениям респондентов, «идеальный врач» – это женщина (51,8%) среднего возраста (медиана – 43 года), отличающаяся высоким уровнем профессиональных компетенций (48,6%), но не имеющая ученой степени (78,3%), проявляющая эмпатию (35,2%) и внимание к пациенту (26,7%). Вероисповедание идеального врача для 86,3% опрошенных не имеет значения.

4.3. Мнение экспертов о деятельности и перспективах развития здравоохранения на территории административного образования Московской области

Одним из значимых социальных аспектов эффективности деятельности системы здравоохранения в регионе является степень удовлетворения потребности населения в получении доступной, качественной медицинской помощи. Низкий уровень удовлетворенности граждан медицинской помощью формируют снижение уровня обращаемости в медицинские организации системы здравоохранения региона. С другой стороны, руководители медицинских организаций и медицинские работники связывают повышение качества медицинского обслуживания, прежде всего,

с ростом заинтересованности в результатах своего труда, определяемым материальным стимулированием и использованием экономических методов управления персоналом [439].

С учетом этого, при реализации медико-социологических исследований необходимо оценивать не только используемые медицинские и цифровые технологии, организацию профилактической работы, использование медицинского оборудования, уровень квалификации персонала, но и такие показатели как обеспечение равного доступа к медицинским услугам для всех групп населения, удовлетворенность пациентов качеством и доступностью различных видов медицинской помощи [9, 372].

Принимая во внимание, что эта информация выступает основой для принятия решений руководителями медицинских организаций, являющихся не только непосредственными участниками реализации мер стратегического развития здравоохранения (утверждённых государственными среднесрочными Программами стратегического развития регионального здравоохранения), но и социальными агентами изменений в системе – очевидна необходимость изучения мнения специалистов руководящего звена о реализуемых преобразованиях в системе и перспективных направлениях ее развития [49, 350, 351].

Исходя из вышеизложенного, при разработке медико-социологического инструментария для изучения мнений экспертов о наличии и сложности решения основных проблем в здравоохранении на территории административного образования Московской области, были включены вопросы, направленные на оценку полноты и своевременности финансового обеспечения медицинской организации, мер по совершенствованию амбулаторно-поликлинического звена, оптимизации стационарной помощи, обеспечения клиники современным медицинским оборудованием, уровня лекарственного обеспечения, состояния скорой медицинской помощи, обеспечения транспортом, внедрения новых медицинских технологий, кадровой обеспеченности организации (врачебным и средним медицинским персоналом), имеющихся внебюджетных источников финансирования, состояния основных фондов (здания, изношенность медоборудования) [124, 367, 372].

Указанные аспекты были охвачены реализованным в рамках диссертационной работы в 2022 году медико-социологическим исследованием «Оценка руководителями эффективности деятельности медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московской области» (анкетный опрос руководителей медицинских организаций и их заместителей по медицинским вопросам, $n=231$).

Согласно данным исследования, почти половина респондентов ($48,6 \pm 3,3\%$) уверены, что смешанная система организации медицинской помощи (бюджетно-страховая) в наибольшей степени отвечает современным требованиям оказания медицинской помощи. Вместе с тем, каждый пятый руководитель медицинской организации ($20,7 \pm 2,7\%$) московского региона является приверженцем советской системы организации медицинской помощи, основанной на бюджетном финансировании. Несколько реже опрошенные выбирали вариант «система здравоохранения, основанная на государственно-частном партнерстве» ($17,1 \pm 2,5\%$) и «система организации медицинской помощи, основанная только на обязательном медицинском страховании» ($13,5 \pm 2,2\%$).

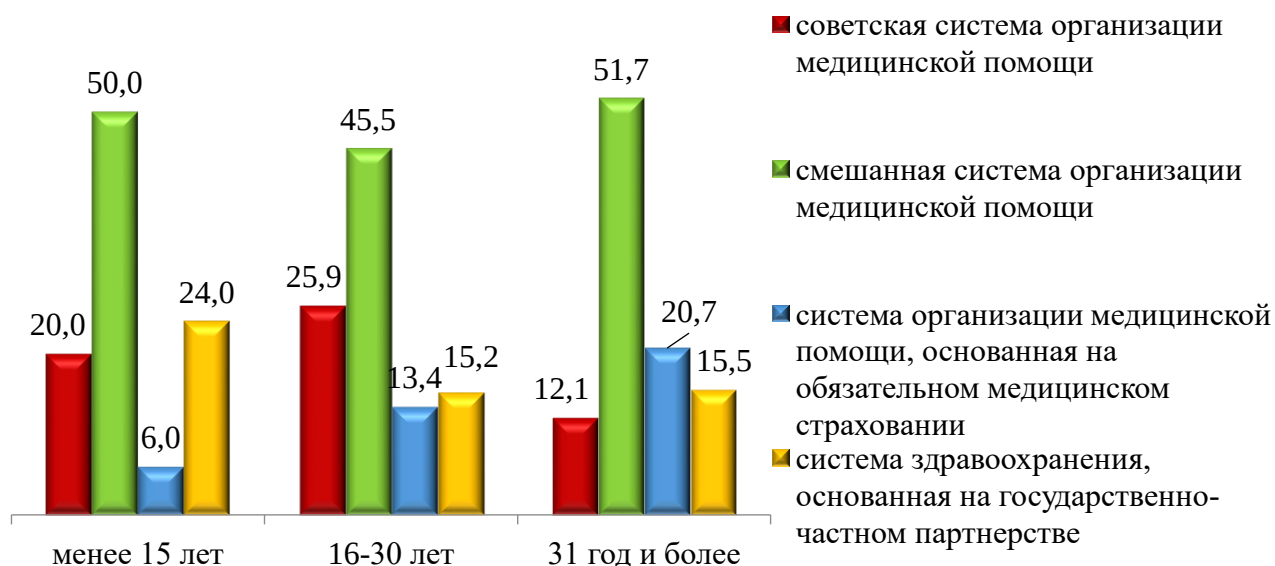


Рисунок 24 – Мнение респондентов об оптимальной системе организации здравоохранения в современных социально-экономических условиях в зависимости от стажа работы по специальности (%)

При этом каждый четвертый ($25,9 \pm 4,4\%$) руководитель со стажем работы по специальности 16-30 лет отмечает привлекательность советской системы здравоохранения, тогда как респонденты, чей трудовой стаж превышает 31 год и кто начинал свою профессиональную карьеру в советский период, более остальных привержены смешанной системе организации медицинской помощи, включающей как бюджетную, так и страховую составляющую, а советской системе отдали предпочтение только $12,1 \pm 3,3\%$ опрошенных указанной группы (Рисунок 24).

За последние годы система здравоохранения Московской области была существенно модернизирована в ходе реализации среднесрочной государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы», утвержденной постановлением Правительства Московской области от 09.10.2018 № 715/36 «О досрочном прекращении реализации государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 годы [410] и утверждении государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы» [403], а также государственной программы «Развития здравоохранения» [425, 427], в которую включен национальный проект «Здравоохранение», составляющими которого стали: развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи, борьба с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами, создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой информационной системы, развитие детского здравоохранения и др. Отдельными составляющими национального проекта является внедрение «бережливых» и современных информационных технологий в современную систему здравоохранения.

Руководители медицинских организаций оценили уровень влияния реализуемых программ модернизации системы здравоохранения области на 3,2 балла (среднее значение). При этом распределение оценок смещено в сторону больших значений (совокупно 46,1% составляет оценка 4 и 5 баллов), что служит основанием для вывода о скорее положительном влиянии стратегических среднесрочных программ на деятельность медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московского региона (Рисунок 25).



Рисунок 25 – Оценка респондентами эффективности государственных среднесрочных программ, способствующих стратегическому развитию здравоохранения Московской области (множественный выбор, %)

Внедрение информационных и цифровых технологических решений (прежде всего, электронной карты и документооборота медицинской организации), по мнению $56,7 \pm 3,3\%$ респондентов (которые суммарно оценили указанные изменения на 4 и 5 баллов), в большей степени способствует стратегическому развитию системы здравоохранения области, нежели внедрение «бережливых» технологий (средний балл 3,6 и 3,0 соответственно).

Руководители медицинских организаций считают наиболее способствующими стратегическому развитию системы здравоохранения Московского региона за последние шесть лет следующие блоки Программы (по 5-балльной шкале): внедрение высокотехнологичной медицинской помощи (средний балл – 3,6, реализованные меры по борьбе с сердечно-сосудистыми (средний балл – 3,5) и онкологическими заболеваниями (средний балл – 3,5).

«Средние» оценки респонденты поставили таким направлениям Программы как реализация мер по развитию детского здравоохранения (включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям – средний балл 3,4), система организации первичной медико-санитарной помощи (средний балл – 3,3), единый цифровой контур в здравоохранении (средний балл – 3,3), кадровый потенциал (средний балл – 3,0). Менее всего, по оценкам экспертов, способствовал стратегическому развитию здравоохранения за последние шесть лет экспорт медицинских услуг (средний балл – 2,8), что может быть обусловлено сложной геополитической ситуацией и ограничениями возможностей предоставления медицинских услуг иностранным гражданам.

Согласно полученным данным, более четверти участников опроса (25,1%) оценили влияние на стратегическое развитие здравоохранения Московского региона внедрение современных медицинских технологий максимально положительно (5 баллов), и такие же высокие оценки получило оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению (23,2%), развитие детского здравоохранения (21,1%) и борьба с онкологическими заболеваниями (19,8%).

При этом частотное распределение оценок руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований,

отражает недостаточно высокий вклад отдельных направлений деятельности в решение задач стратегического развития здравоохранения – прежде всего, экспорта медицинских услуг, обеспечения медицинских организаций дополнительными квалифицированными кадрами, внедрения «бережливых» технологий, получивших максимально низкие оценки в 1 балл (20,5%, 15,3%, 15,2% соответственно) (Рисунок 26).

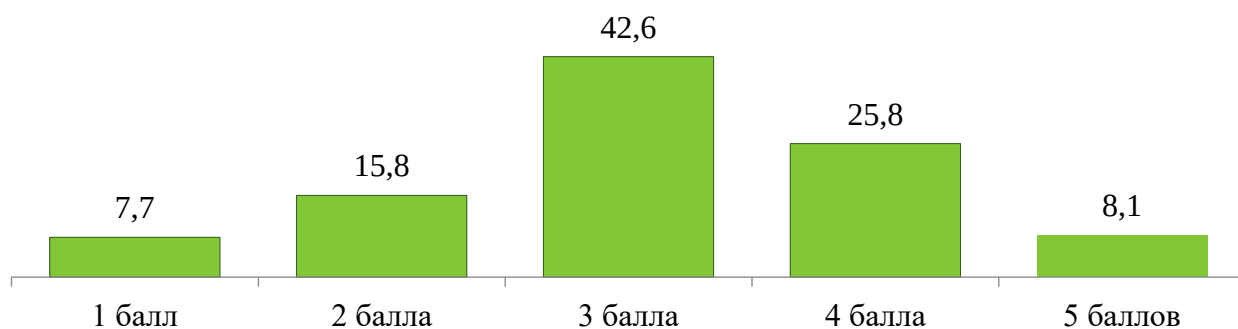


Рисунок 26 – Оценка респондентами состояния системы здравоохранения Московской области в целом (%)

Согласно полученным данным, руководители медицинских организаций, расположенных на территории административных образований региона, оценивают состояние системы здравоохранения Московской области в среднем на 3,1 балла. Учитывая, что 42,6% опрошенных руководителей поставили указанному параметру среднее значение (3 балла), распределение оставшейся массы ответов демонстрирует смещение в сторону положительных оценок (4 и 5 баллов совокупно поставили 33,9%). Вместе с тем экстремально низкие оценки состояния системы здравоохранения в 1 балл составили 7,7% опрошенных экспертов (Рисунок 26). При этом 62,4% выбравших оценку «1 балл» является руководителем амбулаторно-поликлинического учреждения, что может указывать на наличие определенных трудностей в организации указанного вида помощи в конкретном административном образовании.

В рамках стратегического планирования развития системы здравоохранения Московской области на ближайший среднесрочный период (6 лет) в современных социально-экономических условиях актуальным является выявление

существенных мероприятий, необходимых для совершенствования различных видов оказания медицинской помощи. В числе основных видов помощи на этапе разработки методологии исследования для оценки значимости и необходимости основных мероприятий, были выделены: первичная медико-санитарная помощь, стационарная помощь, в том числе специализированная медицинская помощь, скорая медицинская помощь, служба детства и родовспоможения, профилактика заболеваний, медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь. Немаловажным для дальнейшего стратегического планирования выступает и оценка материальных, финансовых и кадровых ресурсов. Отмечено, что согласно полученным средним оценкам экспертов, из всех перечисленных видов медицинской помощи более всего в дальнейшем стратегическом планировании нуждается служба детства и родовспоможения (средний балл по мероприятиям – 4,2), а также специализированная помощь больным с сосудистой патологией (средний балл по мероприятиям – 4,1) (Рисунок 27).



Рисунок 27 – Оценка экспертами значимости и необходимости мероприятий дальнейшего среднесрочного стратегического развития здравоохранения Московской области (средний балл)

Одной из важнейших задач первичной медико-санитарной помощи является профилактическая работа, направленная на раннее выявление заболеваний.

Согласно результатам опроса, развитие первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских амбулаторно-поликлинических учреждений, а также завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения, в наибольшей степени требуют первоочередного включения в очередную Программу среднесрочного стратегического планирования на 2025-2030 гг. (более половины (52,6%) респондентов оценили необходимость и значимость в 5 баллов, при среднем балле 4,2).

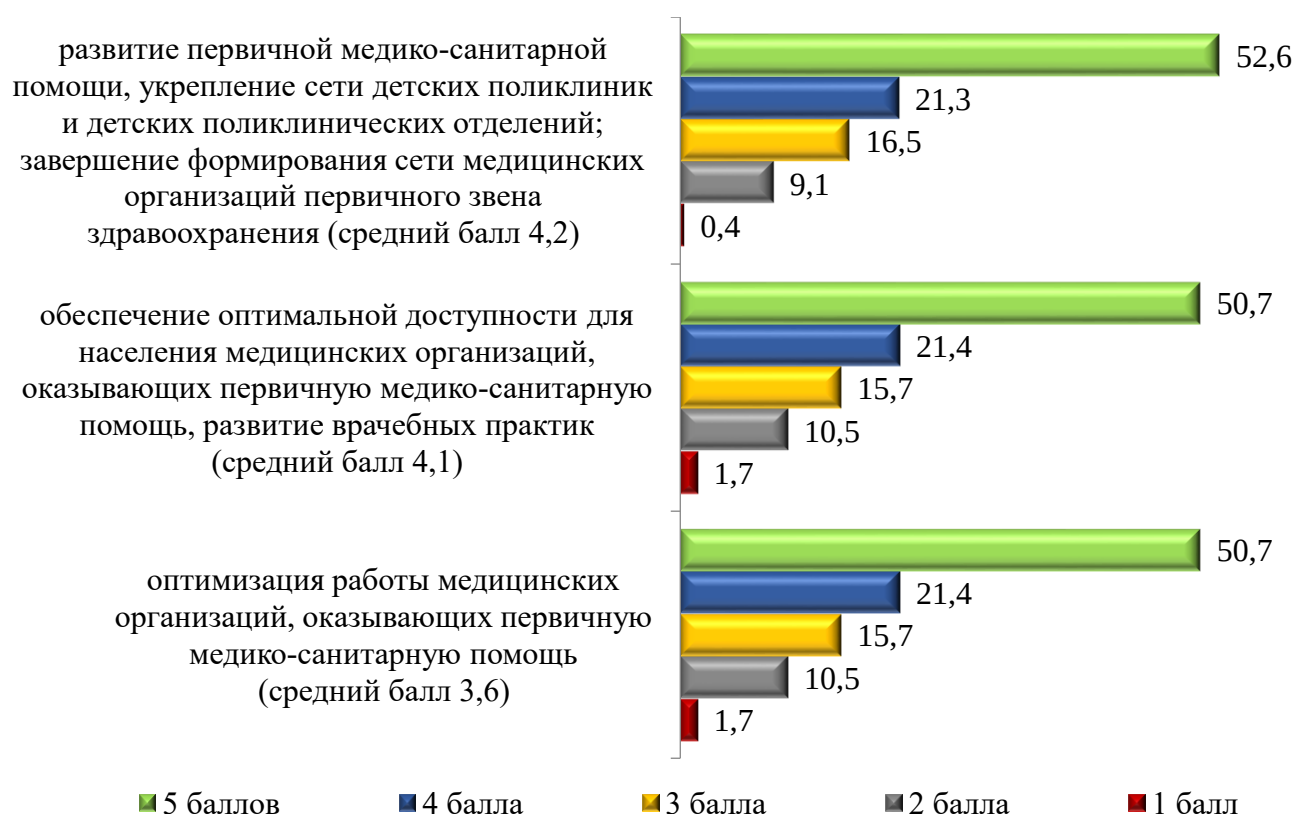


Рисунок 28 – Оценка респондентами значимости и необходимости дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московской области по разделу «первичная медико-санитарная помощь» (множественный выбор, %)

При этом, оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих медико-санитарную помощь; обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населённых пунктов, расположенных вдали от муниципальных центров); медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; развитие общеврачебных практик хотя и требует, по мнению респондентов, включения в очередную Программу среднесрочного

стратегического планирования, однако не определяет первостепенную их значимость (средний балл – 4,1 и 3,6 соответственно, Рисунок 28).

Стационарная медицинская помощь является основным звеном оказания специализированной медицинской помощи населению и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования методов и сложных медицинских технологий. В рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и территориальных программ модернизации здравоохранения, были реализованы мероприятия по совершенствованию социальной, медицинской и экономической эффективности работы стационаров. Согласно данным исследования, более половины экспертов (52,2% суммарно оценили преобразования в 4 и в 5 баллов) отмечают, что стратегическое планирование должно учитывать необходимость уменьшения объемов дорогостоящего стационарного лечения с круглосуточным пребыванием и развития стационарозамещающих видов медицинской помощи, неотложной помощи, а также открытия межмуниципальных лечебно-диагностических центров (Рисунок 29).

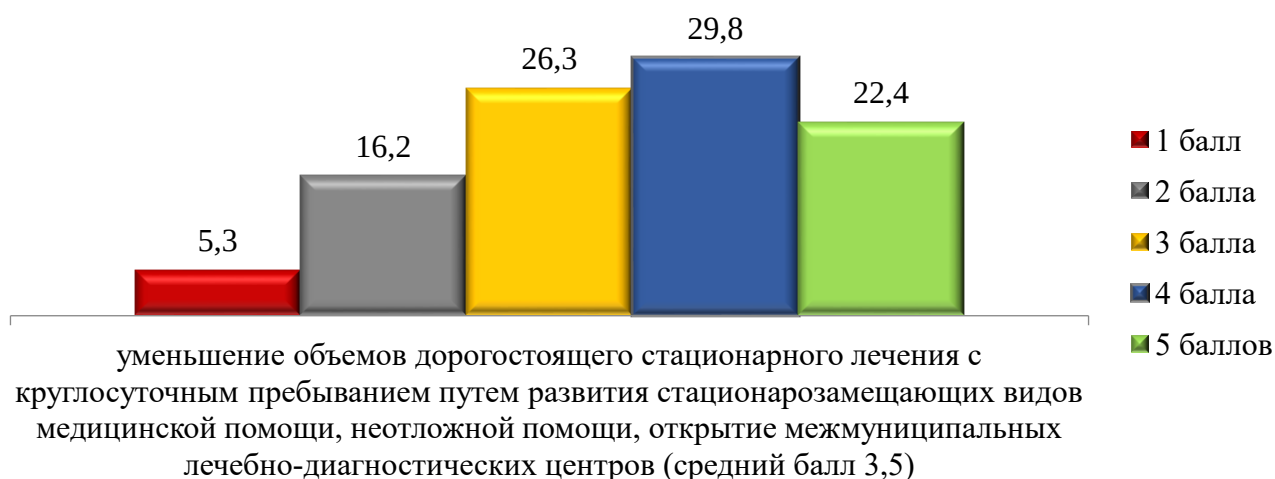


Рисунок 29 – Оценка респондентами значимости и необходимости дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московской области по разделу «стационарная медицинская помощь» (множественный выбор, %)

Скорая медицинская помощь, оказывающая экстренную медицинскую помощь населению, в настоящее время представляет скоординированную систему

оказания медицинской помощи на месте происшествия и в пути следования в лечебно-профилактическое учреждение. По мнению респондентов, учитывая формат работы службы скорой медицинской помощи, первостепенное значение для стратегического планирования имеет обеспечение своевременного оказания экстренной медицинской помощи с использованием санитарной авиации (средний балл - 4,0, при максимальных значениях 4 и 5 баллов совокупно в 71,5% ответов). При этом, передача станций и отделений скорой медицинской помощи в собственность Московской области и создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи в регионе как приоритетное направление стратегического планирования выбрали совокупно более половины опрошенных (59,9%) (Рисунок 30).

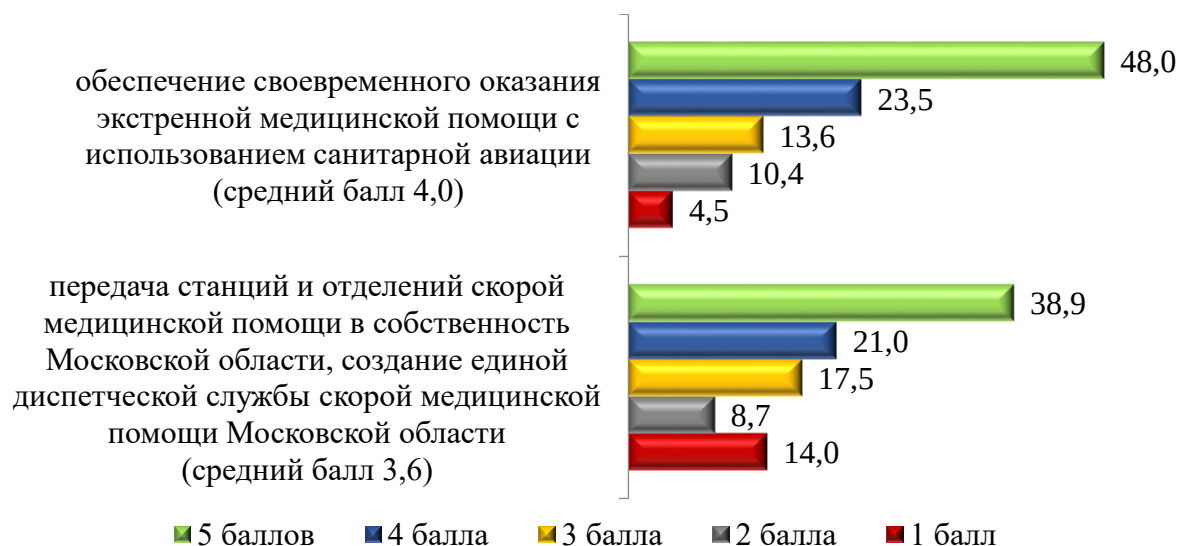


Рисунок 30 – Оценка респондентами значимости и необходимости дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московской области по разделу «скорая медицинская помощь» (множественный выбор, %)

С начала XXI века в России планомерно внедряется в практику деятельности системы здравоохранения комплекс мероприятий, направленных на сохранение и улучшение показателей репродуктивного здоровья населения, что и обусловило необходимость внедрения нового подхода к организации службы охраны здоровья матери и ребенка. Несмотря на реализованные меры, эксперты считают необходимым реализацию первоочередных мероприятий очередного

среднесрочного стратегического планирования развития службы детства и родовспоможения (максимальный средний показатель значимости и необходимости, рисунок 33). При этом, на взгляд респондентов, в наибольшей степени требует внимания развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей (средний балл – 4,3).

Большинство руководителей (75,9%) медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московской области, оценили на 4 и 5 баллов значимость и важность дальнейшего развития службы родовспоможения и детства, совершенствования специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развития неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий. Также большинство респондентов (76,3%) оценили развитие реабилитационной и паллиативной помощи детям на 4 и 5 баллов (Рисунок 31).

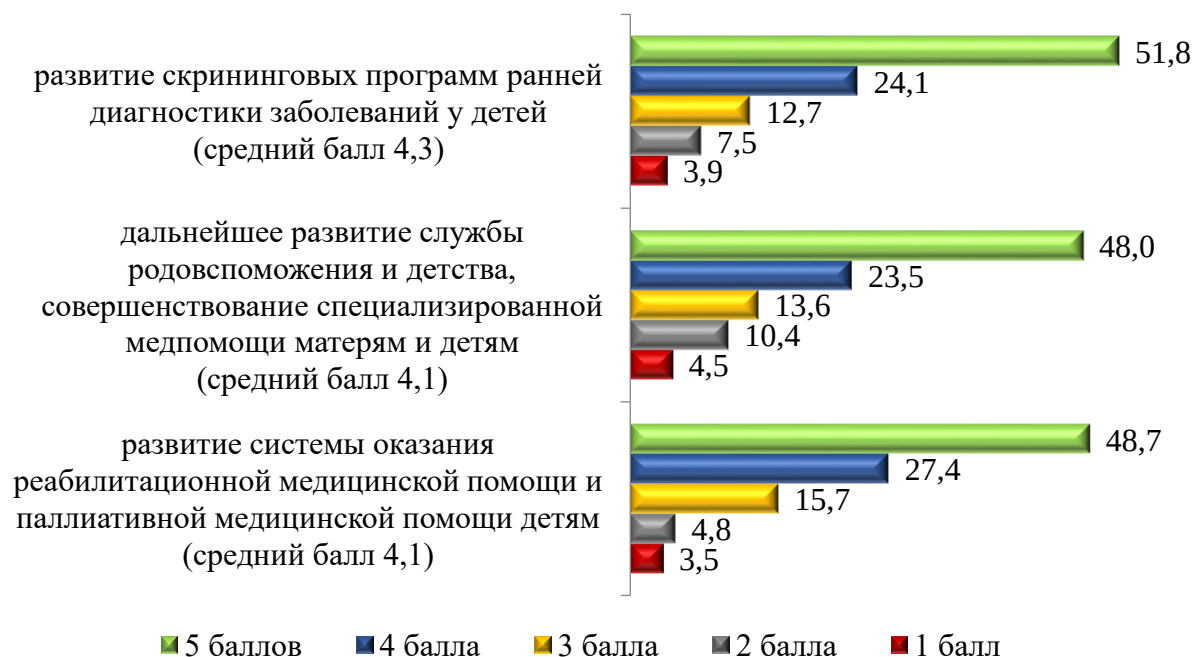


Рисунок 31 – Оценка респондентами значимости и необходимости дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московской области по разделу «служба детства и родовспоможения» (множественный выбор, %)

В соответствии с Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в региональных программах, в том числе

государственной Программе Московской области «Здравоохранение Подмосковья на 2019-2024 годы» [403], профилактика в сфере охраны здоровья и развитие первичной медико-санитарной помощи являются приоритетными направлениями и включены в основные цели указанных программ. Согласно данным исследования, мероприятия по обеспечению охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год (средний балл – 4,0) также требуют внимания при стратегическом среднесрочном планировании (Рисунок 32).

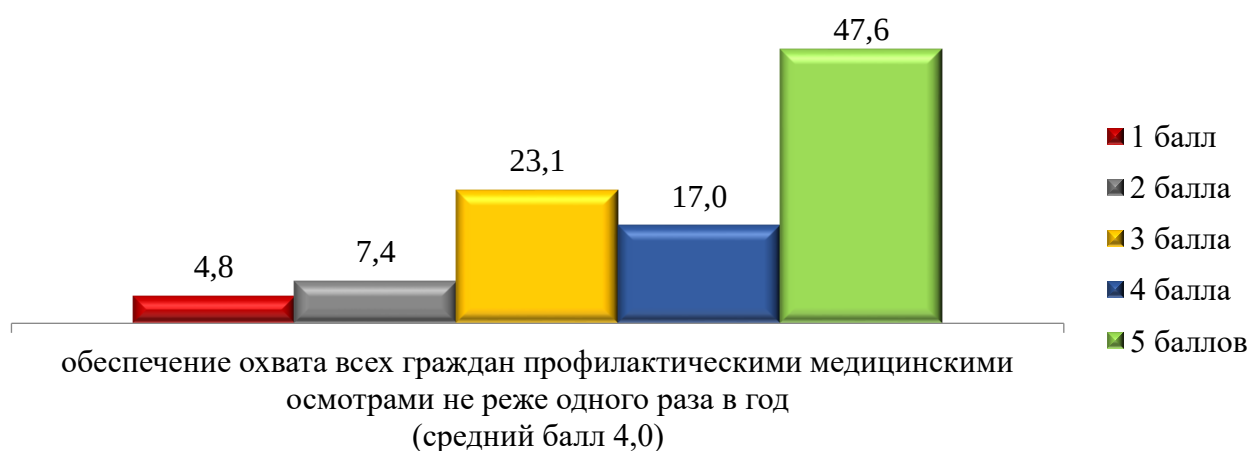


Рисунок 32 – Оценка респондентами значимости и необходимости дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московской области по разделу «профилактика заболеваний» (множественный выбор, %)

Медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь относятся к самостоятельным специализированным видам медицинского обслуживания, предполагающего работу с определенным контингентом пациентов. Так, реабилитационная составляющая лечебного процесса зачастую носит более длительный временной характер, чем период лечения и от объема реабилитационных мероприятий во многом зависят показатели восстановления функциональной активности пациента. В ситуации терминальной стадии заболевания приоритетными задачами становятся обеспечение качества жизни и основных потребностей инкурабельного пациента, что возложено на систему паллиативной медицинской помощи [27, 563].

Согласно оценкам 27,9% руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московского региона, данные специализированные виды помощи не нуждаются в дальнейшем совершенствовании в рамках стратегического планирования. Тем не менее, 46,3% респондентов высоко оценивают необходимость и значимость среднесрочного планирования развития реабилитации и паллиативной помощи в регионе в ближайшие шесть лет (Рисунок 33).

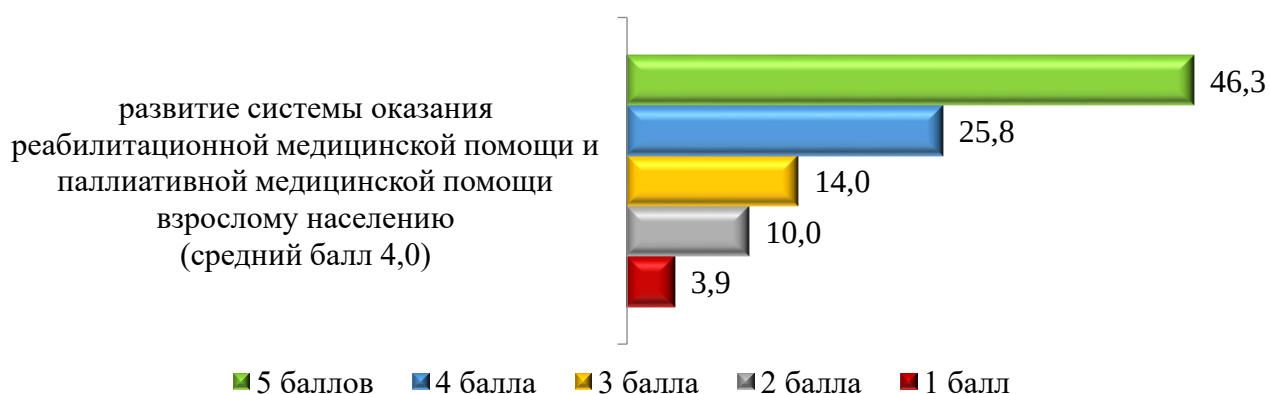


Рисунок 33 – Оценка респондентами значимости и необходимости дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московской области по разделу «медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь» (множественный выбор, %)

Болезни системы кровообращения, в том числе сосудистая патология, в настоящее время являются одной из основных причин смертности среди взрослого населения не только в нашей стране, но и во всем мире. Вследствие этого являются актуальными для включения в стратегический план развития здравоохранения на ближайший период развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией (средний балл – 4,2), а также создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в медицинских организациях московского региона (средний балл – 4,2) (Рисунок 34).

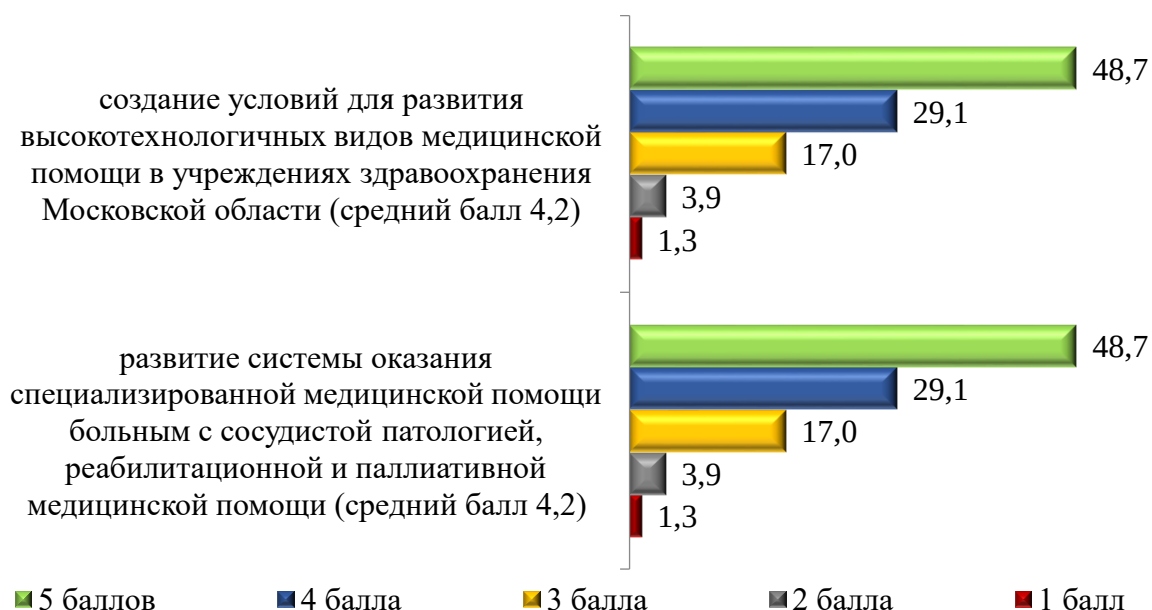


Рисунок 34 – Оценка респондентами значимости и необходимости дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московской области по разделу «развитие специализированной медицинской помощи, в т.ч. больным с сосудистой патологией» (множественный выбор, %)

Деятельность системы здравоохранения невозможна без оценки обеспеченности материальными, финансовыми и кадровыми ресурсами. Эксперты отмечают, что в Московском регионе наиболее остро стоит вопрос укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения (средний балл – 4,1), модернизации медицинского оборудования в соответствии с потребностями населения в медицинских услугах (средний балл – 4,3 при максимальных оценках 5 баллов – 59,7%), а также подготовки и обеспечения медицинскими кадрами (средний балл – 4,1) [367]. Вместе с тем, несмотря на то, что средний балл по вопросу улучшения управляемости системой здравоохранения, уменьшения административных расходов, в том числе и путем укрупнения лечебных учреждений составил 3,1 балла, частотное распределение оценок демонстрирует отсутствие необходимости дополнительного стратегического планирования указанных мероприятий (суммарно 1 и 2 балла поставили 34,1% опрошенных, рисунок 35).

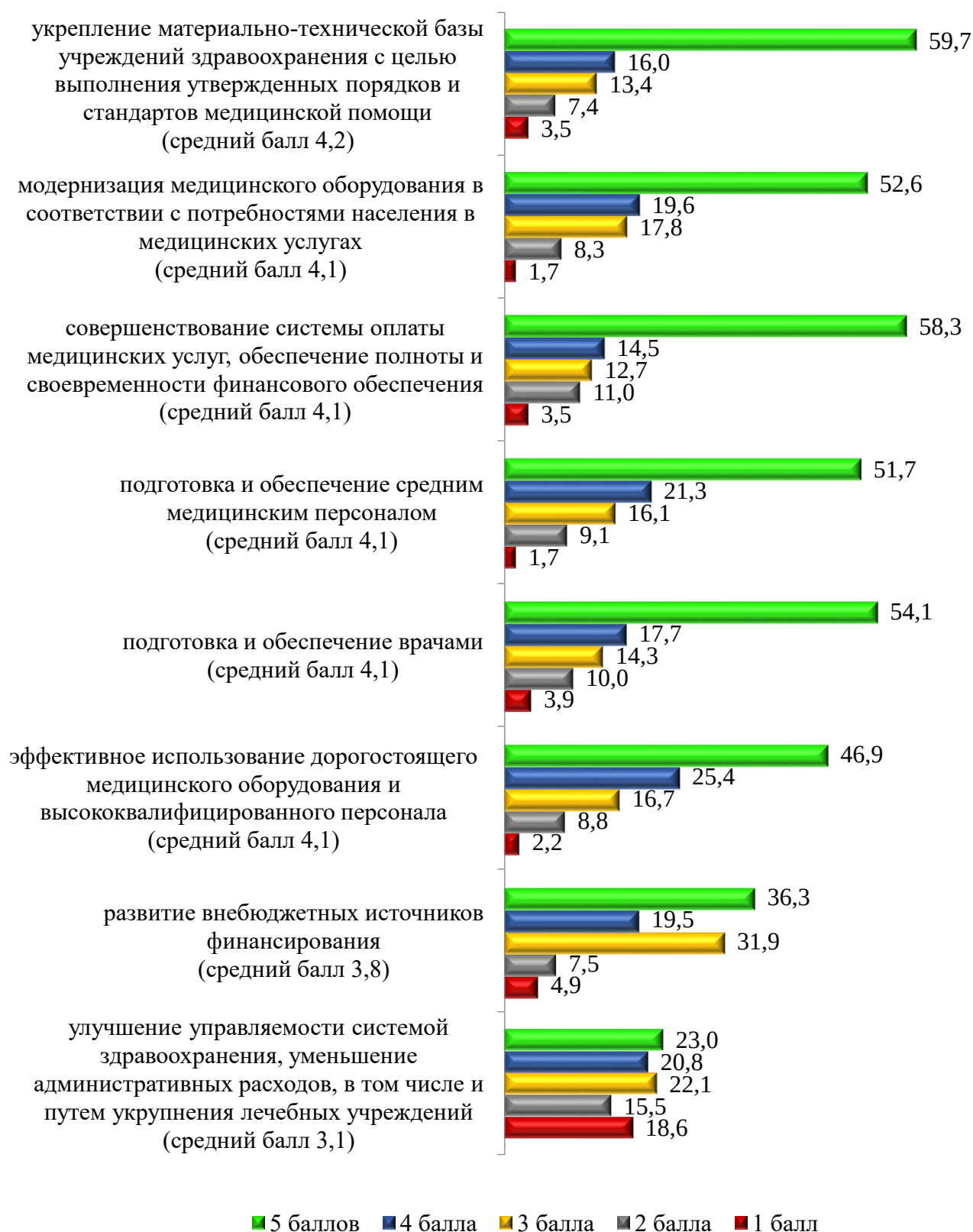


Рисунок 35 – Оценка респондентами значимости и необходимости дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московской области по разделу «материальные, финансовые и кадровые ресурсы» (множественный выбор, %)

Развитие медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московской области, во многом зависит от особенностей района. Большинство экспертов поставили наиболее низкие оценки таким аспектам функционирования медицинских организаций как уровень финансового обеспечения, состояние основных фондов и наличие внебюджетных источников финансирования (средние оценки от 2,9 до 3,0 баллов).



Рисунок 36 – Оценка респондентами актуальных аспектов деятельности системы здравоохранения на территории административных образований (средний балл)

Участники исследования выше среднего оценили отдельные виды помощи населению: качество медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям (средний балл – 3,8), качество специализированной медицинской помощи населению (средний балл – 3,5), доступность специализированной помощи (средний балл – 3,3), а также качество медицинской реабилитации (средний балл – 3,3). На распределение оценок могло повлиять то, что в рамках государственных среднесрочных стратегических Программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 гг.» и «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.» [403] на указанные виды помощи было выделено дополнительное финансирование и проведен ряд реорганизационных мероприятий (Рисунок 36).

Также руководители медицинских организаций высказали свое мнение о достаточно широком спектре проблем здравоохранения в административных образованиях Московского региона (Таблица 11).

Таблица 11 – Проблемы здравоохранения административных образований, требующие неотложного решения по мнению респондентов, ответивших на открытый вопрос (n = 95)

Основные проблемы	Группа высказываний	Высказывания, ед./%
Дефицит кадров и высокий уровень нагрузки на персонал	кадровый дефицит отрасли («нехватка кадров», «кадровая текучка»)	27 / 28,4%
	низкий уровень оплаты труда медицинского персонала	16 / 16,8%
	необходимость повышения квалификации кадров («необходимо обучение работе на современной технике»)	5 / 5,3%
	высокий уровень нагрузки на медицинский персонал	2 / 2,1%
Недостаток мощности медицинских организаций	потребность в расширении площадей клиники («открытие новых отделений», «увеличение коечного фонда», «строительство многопрофильного стационара»)	15 / 15,8%
Необходимость повышения качества медицинской помощи населению	необходимость расширения перечня медицинских услуг и совершенствования реализующихся видов медицинской помощи («ВМП», «укрепление первичного звена», «развитие паллиативной помощи»)	10 / 10,5%
	необходимость улучшения обеспеченности процесса лечения («обеспечение лекарственными средствами и медикаментами», «закупка расходников»)	4 / 4,2%
Недостаток финансирования медицинских организаций	низкие тарифы на медицинские услуги по ОМС («есть необходимость их увеличения»)	9 / 9,5%

Продолжение Таблицы 11

Основные проблемы	Группа высказываний	Высказывания, ед./%
Технологическое отставание медорганизаций	необходимость обеспечения современным оборудованием («нужна замена устаревшего оборудования», «не хватает медоборудования»)	6 / 6,3%
Недостаточный уровень материально-технической базы	потребность в укреплении материально-технической базы («материально-техническая база требует внимания»)	5 / 5,3%
	проблемы обслуживания хозяйства клиники («развивать вспомогательные службы - ремонт, коммунальные услуги»)	2 / 2,1%
	необходимость обеспечения клиники транспортом	1 / 1,1%
Социальные проблемы здравоохранения	проблемы взаимодействия врача и пациента («низкий соцстатус врача», «хамство со стороны пациентов»)	3 / 3,2%
	необходимость просветительской работы с населением («низкий уровень медицинской грамотности населения»)	3 / 3,2%
Никаких проблем нет		8 / 8,4%
Затрудняюсь ответить		10 / 10,5%

Так, отмечая устойчивость проблемы кадрового дефицита отрасли, респонденты указывают, что «главная проблема – растущий кадровый дефицит, особенно в сельской местности, низкая заинтересованность у врачей в работе на селе. Необходим возврат к системе распределения студентов, обучаемых на бюджетных местах». Эксперты подчеркивают, что во многом решение проблемы обеспечения кадрами в здравоохранении связано с необходимостью повышения уровня оплаты труда персонала. Участники исследования также отмечают рост уровня ожиданий населения в отношении квалификации медицинского персонала («мы наблюдаем повышение спроса населения на высококвалифицированную медицинскую помощь»), что требует регулярной оценки квалификации кадров и непрерывного профессионального обучения персонала.

На втором месте по частоте упоминания находится проблема недостаточной мощности медицинской организации, которая также может быть связана с дефицитом кадров. Респонденты отмечают, что «открытие диагностического отделения снизило бы сроки постановки диагноза» и «недостаточность коечного фонда» влияют непосредственно на качество и сроки предоставления медицинской помощи населению. Признавая необходимость повышения качества медицинской помощи населению, руководители подчеркивают, что наиболее важным

направлением является укрепление первичного звена, расширение возможностей предоставления высокотехнологичной помощи пациентам и обеспечение современными лекарственными препаратами. Эксперты также указывают на необходимость «формирования сбалансированной системы финансирования медицинской организации, расположенной на территории административного образования», для чего, по их мнению, необходимо повышение тарифов на медицинские услуги в системе ОМС. Это объясняет выделение респондентами проблемы технологического отставания медицинских организаций, расположенных на территории административных образований и пока еще недостаточной материально-технической базы («недостаточность бюджетного финансирования для должного развития материально-технической базы, наращивания научно-практического потенциала медицинской организации»). В перечень проблем, требующих неотложного решения на взгляд участников опроса, необходимо включить проблемы взаимоотношения врача и пациента, а также снижение социального статуса врача в современном социуме.

Оценка респондентами работы медицинской организации в рамках системы обязательного медицинского страхования. На результативность деятельности медицинских организаций, расположенных на территории административных образований и включенных в реестр областного фонда ОМС, также оказывают влияние результаты стратегического управления отраслью. Согласно мнению более чем половины участников опроса (суммарно $55,9 \pm 3,3\%$), в настоящее время объем услуг, включенных в перечень программы ОМС, полностью покрывает потребности населения в медицинской помощи: $4,4 \pm 1,3\%$ респондентов считают, что перечень услуг, предоставляемый по программе ОМС «избыточен», $20,1 \pm 2,6\%$ выбрали вариант «достаточен» и еще $31,4 \pm 3,1\%$ участников опроса – «скорее достаточен». Однако $28,4 \pm 3,0\%$ считают, что объем услуг, предоставляемый по полису ОМС в настоящее время, не закрывает потребности прикрепленного населения в медицинской помощи. Затруднились с ответом $15,7 \pm 2,4\%$ респондентов.

При оценке деятельности право субъектов системы ОМС 41,9±3,2% руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московского региона, отметили, что фонд ОМС может выполнять, в том числе, и функции страховой медицинской организации, а еще 2,6±0,9% отметили, что такая возможность есть при условии «создании отдела экспертизы». Однако 29,7±3,0% респондентов отметили, что перечень функций территориальных фондов должен быть ограничен только их прямыми обязанностями. Четвертая часть опрошенных (25,8±2,9%) затруднились с ответом.



Рисунок 37 – Основные проблемы в системе ОМС в последние 6 лет, выделенные респондентами (множественный выбор, %)

При этом, обсуждая основные проблемы в системе ОМС, респонденты, в первую очередь, выделили отсутствие оптимального государственного финансирования по ОМС (61,9±3,2%), несовершенство методов оплаты в системе ОМС (низкие тарифы по некоторым медицинским услугам) (40,7±3,2%), а также отсутствие оптимального государственного финансирования из бюджета (28,1±2,9%) (Рисунок 37).

Кроме того, 38,1±3,2% участников опроса отметили слабую материально-техническую базу медицинских организаций, расположенных на территории

административных образований, а $33,3 \pm 3,1\%$ связывают трудности работы в системе ОМС с несовершенством законодательной базы. Среди остальных проблем, связанных с функционированием системы ОМС, респонденты выделили недоверие населения к системе ОМС ($22,5 \pm 2,7\%$), слабую работу территориального фонда ОМС ($14,7 \pm 2,3\%$), нежелание медработников работать в системе ОМС из-за недостаточно высокого уровня заработной платы ($10,8 \pm 2,0\%$), а также не всегда эффективную работу органов управления здравоохранением ($10,0 \pm 2,0\%$).

Оплата медицинских услуг. Согласно результатам опроса, каждый третий руководитель ($32,7 \pm 3,1\%$) считает, что медицинская организация должна самостоятельно отвечать за ценообразование своих услуг, а еще $23,5 \pm 2,7\%$ высказали мнение, что формировать цены на медицинские услуги целесообразнее органам управления здравоохранением. Шестая часть опрошенных считает, что ценообразование медицинских услуг может быть возложено на областные комиссии по разработке территориальной программы ОМС ($15,7 \pm 2,3\%$) или врачебные ассоциации ($14,7 \pm 2,3\%$). При этом, такие организации, как областной аналитический центр ($6,5 \pm 1,6\%$), фонд ОМС ($6,5 \pm 1,6\%$) и страховые медицинские организации ($0,5\%$), по мнению респондентов, в меньшей степени подходят для формирования цены на медицинские услуги (Рисунок 38).

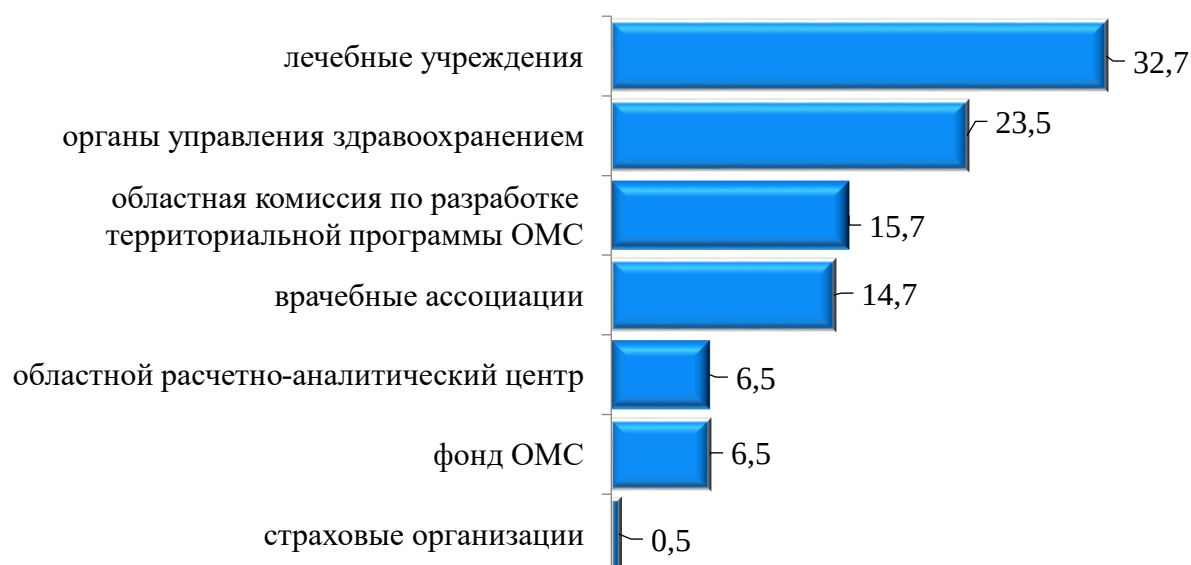


Рисунок 38 – Мнение респондентов об организации, отвечающей за формирование цен на медицинские услуги (%)

Современный рынок медицинских услуг представлен различными ценовыми предложениями – при этом нередко относительно невысокая стоимость медицинских услуг, которые оказывают медицинские организации, функционирующие в системе ОМС, формируют низкую заинтересованность потребителя в них. По мнению $46,7 \pm 3,3\%$ экспертов, стоимость одного вида услуг в разных лечебных учреждениях должна быть одинаковой, однако $38,3 \pm 3,2\%$ опрошенных руководителей медицинских организаций не согласны с назначением фиксированной цены на медицинские услуги одного вида, а $15,0 \pm 2,3\%$ – затруднились с ответом.

Учитывая включение высокотехнологичных видов медицинской помощи в систему ОМС, вопрос разработки стратегий эффективного финансирования здравоохранения и поиска дополнительных источников приобретает все большую актуальность. Одним из решений указанной проблемы может быть введение системы соплатежей за медицинские услуги. Большинство экспертов ($63,6 \pm 3,2\%$) отметили, что формальные соплатежи населения за медицинские услуги в нашей стране в настоящее время являются нецелесообразной мерой. Однако, среди тех опрошенных, кто считает, что такое нововведение возможно, $28,6 \pm 2,9\%$ отметили уверенность в пользе и целесообразности введения специального медицинского налога, а еще $7,7 \pm 1,7\%$ указали, что введение системы соплатежей населения за медицинские услуги возможно при наличии возможности «выбора программы ОМС, ДМС или их синергичное сочетание», а также при общем «увеличении уровня доходов населения».

Оценка эффективности работы медицинской организации. Оценка эффективности деятельности медицинской организации включает как финансовую, так и медико-социальную составляющую и выступает показателем качества, результативности и доступности медицинской помощи населению. Руководители заинтересованы, прежде всего, в самостоятельной оценке эффективности для определения направлений, требующих оперативной корректировки в условиях реализации среднесрочных государственных стратегических Программ Московской области – «Здравоохранение Подмосковья»

на 2014-2020 годы» и «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы». Участники опроса оценивают эффективность работы их медицинской организации выше среднего уровня (средний балл – 3,8), при этом в 4 и в 5 баллов оценили результативность деятельности их организаций совокупно почти три четверти респондентов (74,9%). Средние оценки в три балла поставил почти каждый пятый участник опроса (18,8%), а 6,3% указали, что их организация работает недостаточно эффективно, в связи с чем требуется оптимизация деятельности (Рисунок 39).

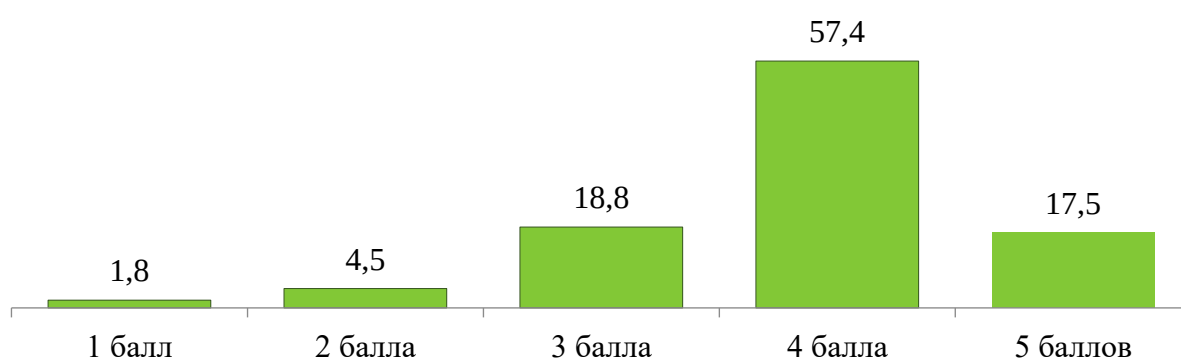


Рисунок 39 – Оценка эффективности работы медицинской организации, в которой работает респондент (%)

Согласно полученным данным, респонденты несколько чаще склонны давать среднюю и высокую оценку отдельных аспектов деятельности медицинской организации – таким, как трудовая и исполнительская дисциплина в коллективе, морально-психологический климат и отношения между коллегами, отношения врачей и среднего медицинского персонала к пациентам, а также отношения персонала с администрацией медицинской организации (4,3 балла, 4,2 балла, 4,2 балла и 4,1 баллов, 4,0 балла соответственно).

Должность руководителя медицинской организации предполагает высокие требования к знаниям, квалификации и опыту. Участники опроса дали оценки выше среднего уровня таким составляющим их личной профессиональной деятельности, как оснащённость рабочего места (средний балл – 4,0), возможность профессионального роста (средний балл – 3,9), возможность должностного

продвижения (средний балл – 3,8), уровень оплаты труда (средний балл – 3,4) (Рисунок 40).



Рисунок 40 – Оценка респондентами отдельных аспектов деятельности медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московского региона (множественный выбор, средний балл по 5-балльной шкале)

Принимая во внимание средние значения оценок по материально-технической составляющей медицинской организации, около половины экспертов для модернизации медицинского учреждения готовы расходовать не более 50% от внебюджетных доходов. Тем не менее, согласно высказанным в открытых полях мнениям (n=150), респонденты считают, что наиболее целесообразно направить такие доходы медицинской организации на оснащение современным оборудованием (замена устаревшей техники и цифровизация), укрепление материально-технической базы клиники, а также совершенствование организации медицинской помощи, предоставляемой населению (Таблица 12).

Заметим, что респонденты указывают также на необходимость дополнительных инвестиций в развитие кадрового состава – совокупно 11,3% руководителей считают возможным направление получаемых организацией доходов на стимулирующие выплаты и формирование благоприятной рабочей среды для медицинского персонала.

Таблица 12 – Мнения респондентов, ответивших на открытый вопрос о возможных направлениях модернизации (инвестирование внебюджетных доходов медицинской организации) (n = 150)

Направления модернизации / инвестирования	Группа высказываний	Доля высказываний, ед./%
Информатизация и технологическое развитие медицинской организации	закупка современного оборудования («необходимо обновление устаревшего оборудования», «нужно закупить оборудование для исследований», «обновить медоборудование»)	70 / 46,7%
	интеграция электронных медицинских систем («создание сетевой инфраструктуры», ««оптимизация и цифровизация работы врача»)	4 / 2,7%
Укрепление материально-технической базы клиники	укрепление материально-технической базы («укрепить материально-техническую часть», «модернизация материально-технического оснащения кабинетов и палат»)	43 / 28,7%
	ремонт зданий и территорий («ремонт и капитальные ремонты зданий и отделений», «привести в порядок территорию», «ремонт и расширение площадей»)	29 / 19,3%
	обеспечение транспортом («обновить авто», «закупить автотранспорт для клиники»)	2 / 1,3%

Продолжение Таблицы 12

Направления модернизации / инвестирования	Группа высказываний	Доля высказываний, ед./%
Совершенствование организации медицинской помощи, предоставляемой населению	укрепление обеспеченности процесса лечения («закупка расходных материалов», «лекарственные средства и средства ухода», «расходники»)	19 / 12,7%
	расширение профиля оказания медпомощи («получение лицензии на дополнительные виды услуг», «открытие лаборатории», «ВМП»)	5 / 3,3%
	повышение качества медицинской помощи населению («укрепление детской реабилитации», «внедрение новых методов лечения»)	4 / 2,7%
Стимулирование медицинского персонала и формирование благоприятной рабочей среды	повышение заработной платы («на зарплату», «премирование, выплаты за достижения»)	8 / 5,3%
	повышения квалификации кадров («обучение сотрудников новым технологиям»)	6 / 4,0%
	создание комфортных условий труда персонала («комфорт и оснащенность рабочего места», «оснащение рабочего места врача (освещение, оборудование)»)	3 / 2,0%
Затрудняюсь ответить		6 / 4,0%

Уровень заработной платы является одним из ключевых факторов, влияющих на удовлетворенность работника трудом. Учитывая имеющийся уровень инфляции, а также тот факт, что материальное вознаграждение является одним из эффективных мер стимулирования персонала, совокупно более половины руководителей медицинских организаций уверены, что около 50,0% внебюджетных доходов необходимо использовать для повышения заработной платы персонала (25-50% указали 37,0% и 50-75% отметили 24,3%). При этом, 15,2% отметили достаточный уровень заработной платы сотрудников и необходимость незначительного стимулирования, не превышающего 25% от уровня дохода медицинской организации.

Качество медицинских услуг. Качество оказываемых медицинских услуг является комплексным показателем, а наиболее важным критерием его оценки является уровень удовлетворенности потребителей (пациентов) предоставленной им медицинской помощью. В задачи руководителя медицинской организации входит решение не только административных задач, но и корректировка

направлений совершенствования качества медицинской помощи в медицинской организации – что требует регулярных замеров и оценки показателей удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг. Согласно полученным данным, почти три четверти руководителей медицинских организаций (суммарно $73,9 \pm 2,9\%$) полностью и скорее удовлетворены показателями качества медицинских услуг, предоставляемых их учреждением. Один руководитель из пяти не удовлетворен качеством медицинских услуг в своей организации (скорее не удовлетворен $12,6 \pm 2,2\%$ и не удовлетворен $7,7 \pm 1,7\%$), а еще $5,9 \pm 1,6\%$ затруднились с ответом.

По мнению респондентов, в настоящее время существует ряд проблем, оказывающих влияние на систему обеспечения качества медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями, расположенными на территории административных образований субъекта РФ, которые требуют неотложного решения и которые определенно должны быть учтены при дальнейшем среднесрочном стратегическом планировании развития регионального здравоохранения (Таблица 13).

Таблица 13 – Мнение руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований, о существенных проблемах по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи, требующих неотложного решения ($n = 103$, открытый вопрос)

Основные проблемы	Группа высказываний	Мнений, ед./%
Дефицит кадров и высокий уровень нагрузки на персонал	кадровый дефицит отрасли («увеличение количества врачей и медицинских сестер», «недостаточно среднего звена медицинских работников»)	25 / 24,3%
	необходимость повышения квалификации кадров («получение новых навыков работы с этими технологиями»)	14 / 13,6%
	высокий уровень нагрузки на врачей («много работы, и огромное количество формальных отчетов»)	7 / 6,8%
	низкий уровень оплаты труда медицинского персонала	4 / 3,9%
Слабая материально-техническая база	потребность в укреплении материально-технической базы («необходимость ремонта», «несовременные палаты и мебель»)	26 / 25,2%
	необходимость обеспечения клиники транспортом	3 / 3,9%

Продолжение Таблицы 13

Основные проблемы	Группа высказываний	Мнений, ед./%
Технологическое отставание медицинских организаций	необходимость обеспечения современным медицинским оборудованием («современное медоборудование»)	20 / 19,4%
	отсутствие информационного ресурса (Wi-Fi, малоскоростной интернет)	4 / 3,9%
Необходимость повышения качества медицинской помощи населению	необходимость улучшения обеспеченности процесса лечения («обеспечение современными лекарствами», «обеспечение расходными материалами, инструментами»)	8 / 7,8%
	необходимость увеличения времени на прием пациента	3 / 2,9%
	необходимость расширения перечня медицинских услуг («получить дополнительные лицензии»)	2 / 1,9%
	Неэффективная маршрутизация пациентов («нет четкой маршрутизации пациентов в медицинской организации»)	3 / 2,9%
Нехватка мощности действующих медицинских организаций	дефицит площадей стационаров («недостаточная мощность», «нужно строить дополнительное здание»)	8 / 7,8%
	нехватка операционных	2 / 1,9%
Недофинансирование медицинских организаций	низкие тарифы на медицинские услуги по ОМС	3 / 5,8%
Проблемы взаимодействия врача и пациента	конфликты пациентов и врачей («хамство пациентов, оскорбления и завышенные требования», «судебные претензии, необоснованные обвинения медиков»)	4 / 3,9%
Никаких проблем нет		13 / 12,6%

Также согласно данным опроса, респонденты считают, что контроль за качеством медицинской помощи, в первую очередь, должна осуществлять администрация медицинского учреждения ($67,1 \pm 3,1\%$), еще треть участников опроса указали, что проверка степени соответствия медицинских услуг требованиям нормативно-правовой базы и профессиональным стандартам должна быть делегирована территориальному фонду ОМС ($36,4 \pm 3,2\%$) и медицинским ассоциациям ($35,1 \pm 3,2\%$). Каждый пятый руководитель медицинской организации уверен в необходимости делегирования задачи контроля качества медицинской помощи органам управления здравоохранением ($19,5 \pm 2,6\%$) и страховым медицинским организациям ($18,6 \pm 2,6\%$). Вместе с тем, привлечение независимых экспертов к оценке качества медицинской помощи поддержали только 1,3% опрошенных руководителей.

Оценка работы с пациентским сообществом и коллективом медицинской организации. Право пациента на свободный выбор медицинской организации и лечащего врача в рамках системы ОМС выступает одним из показателей качества медицинской помощи и привлекательности медицинской организации для пациента. Большинство руководителей медицинских организаций ($80,1 \pm 2,6\%$) поддерживает свободный выбор пациентом медицинского учреждения, но $13,0 \pm 2,2\%$ респондентов считает это положение закона нецелесообразным, и еще $6,9 \pm 1,6\%$ затруднились с ответом. Также большинство респондентов ($71,7 \pm 3,0\%$) считает правильным предоставление пациенту права свободного выбора лечащего врача, однако каждый пятый ($19,1 \pm 2,6\%$) руководитель придерживался противоположного мнения по данному вопросу. Еще $6,9 \pm 1,6\%$ опрошенных затруднились с ответом.

Высокие требования, предъявляемые к качеству медицинских услуг со стороны пациентского сообщества, а также недостаточная информированность потребителей медицинских услуг о правах пациента, зачастую обуславливают рост как обоснованных, так и необоснованных жалоб. Согласно результатам исследования, в ситуации конфликта между медицинским персоналом и пациентом, больше всего жалоб поступает в администрацию медицинского учреждения ($73,2 \pm 3,0\%$), и еще $49,8 \pm 3,2\%$ пациентов также обращаются в органы управления здравоохранением. Кроме этого, адресатами обращений пациентов выступают страховые медицинские организации ($13,0 \pm 2,2\%$), территориальный фонд ОМС ($5,2 \pm 1,5\%$) и суды ($5,2 \pm 1,5\%$). Тем не менее, большинство руководителей ($67,8 \pm 3,1\%$) указывает, что основная часть обращений пациентов с жалобами решается на уровне администрации медицинской организации, и только $4,8 \pm 1,3\%$ респондентов сталкивались в своей практике с ситуацией выхода конфликта за пределы урегулирования «на месте».

Причинами возникновения конфликтов между персоналом медицинского учреждения и страховыми медицинскими организациями, как правило, становятся вопросы по отчетной документации ($35,0 \pm 3,1\%$) и качеству медицинского обслуживания ($34,3 \pm 3,1\%$), тогда как разногласия по причине несоответствия

оплаты труда и по вопросам организации работы медицинского учреждения встречаются в чередѣ конфликтов значительно реже ($13,2 \pm 2,2\%$ и $11,9 \pm 2,1\%$ соответственно).

Морально-психологический климат, установившийся в медицинском коллективе, играет важную роль для обеспечения качества предоставляемой медицинской помощи населению, эффективности выполнения поставленных руководством задач, а также создания комфортной развивающей профессиональной среды. Согласно результатам опроса, в коллективе медицинских организаций, расположенных в административных образованиях Московского региона, в основном, преобладают уважительные ($73,6 \pm 3,0\%$) и доверительные ($42,9 \pm 3,3\%$) отношения, а каждый пятый респондент ($18,6 \pm 2,6\%$) оценил атмосферу в коллективе как «дружескую». Тем не менее, $11,7 \pm 2,1\%$ руководителей описали характер взаимоотношений в трудовом коллективе как формальный, $6,1 \pm 1,6\%$ респондентов отметили наличие психологического напряжения на рабочем месте, еще $3,0\%$ – соперничества и $0,4\%$ – открытых конфликтов в коллективе медицинской организации.

Руководители медицинских организаций оценили свои отношения с коллективом как хорошие, при этом $23,3 \pm 2,8\%$ респондентов подчеркивают, что никогда не были в ситуации конфликта с подчиненными, а еще у $59,0 \pm 3,2\%$ разногласия носили единичный характер. Частоту конфликтов более раза в неделю указали только $8,3 \pm 1,8\%$ опрошенных.

В целях обеспечения эффективной работы медицинского персонала руководителями могут применяться как стимулирующие, так и рестрикционные методы организации труда. Среди возможных механизмов стимулирования персонала, наиболее предпочтительными для руководителей медицинских организаций, являются такие меры, как премии ($36,4 \pm 3,2\%$), надбавки ($32,5 \pm 3,1\%$) и публичное признание за успехи отличившихся сотрудников ($21,6 \pm 2,7\%$).

При этом почти пятая часть руководителей использует мотивирующие совещания ($18,6 \pm 2,6\%$) и использует обратную связь при ответе на пожелания и претензии работников ($17,3 \pm 2,6\%$), а еще $11,7 \pm 2,1\%$ использует рестрикционные меры в качестве управленческого воздействия для повышения эффективности

работы сотрудников. Заграничные командировки, предоставление расширенного социального пакета сотруднику, билеты на культурные мероприятия, скидки на услуги медицинской организации сотруднику и членам его семьи, а также санаторно-курортное лечение являются самыми непопулярными мерами, используемыми руководством для стимулирования персонала медицинской организации (Рисунок 41).



Рисунок 41 – Управленческие методы для обеспечения эффективности работы медицинского персонала (множественный выбор, в %)

Вместе с тем руководители медицинских организаций по-прежнему считают наиболее эффективным методом в управлении (с большим отрывом от других групп) материальное стимулирование сотрудников (Таблица 14). Показательно, что на вопрос о наиболее эффективных мерах стимулирования сотрудников, который был открытым, ответило большинство респондентов.

Таблица 14 – Мнение респондентов о наиболее эффективных мерах стимулирования сотрудников медицинских организаций, ответивших на открытый вопрос (n = 160)

Меры	Группа высказываний	Доля мнений, ед./%
Материальное стимулирование	единоразовые выплаты стимулирующего характера по результатам работы («единоразовые выплаты», «разовые премии»)	129 / 80,6%
	повышение уровня оплаты труда («высокий основной оклад», «повышение заработной платы», «надбавки за качество работы»)	33 / 20,6%
	выплата регулярных премий («ежемесячные премии»)	7 / 4,4%
	предоставление скидок на услуги медорганизации	1 / 0,6%
2. Меры нематериальной поддержки	благодарность и похвала перед коллективом («похвала перед коллективом», «нематериальное поощрение»)	13 / 8,1%
	возможности участия сотрудника в принятии решений организации («возможность роста», «возможность быть частью команды», «мотивирующие совещания»)	5 / 3,1%
	получение обратной связи от пациентов («положительные и отрицательные отзывы пациентов о работе врача»)	3 / 1,9%
	предоставление расширенного социального пакета («социальные меры стимулирования, преференции»)	3 / 1,9%
	создание оптимальных условий труда, благоприятной атмосферы («отсутствие вербального давления» и заслуженное признание результатов», «создание благоприятной атмосферы»)	3 / 1,9%
Предоставление возможностей профессионального развития	обеспечение возможности дополнительного образования («учеба», «участие во врачебных конференциях с клиническими разборами», «повышение квалификации»)	6 / 3,8%
	предоставление возможностей совершенствования профессиональных навыков («развитие навыков, внедрение новых медтехнологий»)	1 / 0,6%
Затрудняюсь ответить		3 / 1,9%

Меры нематериального стимулирования, которые руководители медицинских организаций считают эффективными, имеют достаточно широкий спектр – от похвалы и участия работника в принятии решений до создания благоприятной атмосферы. При этом возможности профессионального развития большинство руководителей не рассматривают как стимулирующие меры – скорее считая, что требование непрерывного медицинского образования является составляющей профессии.

Учитывая, что указанные направления составляют фундаментальную основу организации предоставления медицинской помощи, требуется усиление внимания к ним при разработке стратегических среднесрочных планов развития здравоохранения в целом по субъекту РФ, с учетом особенностей муниципального уровня. С этой целью нами предложено формировать архетипы здравоохранения каждого административного образования субъекта РФ, в качестве систематизированной её модели, представленной с помощью формализованных актуальных показателей, выявленных в ходе экспертной оценки, с возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического планирования развития отрасли [367]. В свою очередь, формирование такого архетипа позволит перейти к созданию структуры всего регионального здравоохранения на основании операционных данных по каждому административному образованию и алгоритмов их расчета [367].

4.4. Мнение экспертов областного уровня о проблемах и стратегическом развитии здравоохранения Московской области

В государственной стратегической программе Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы, утвержденной постановлением Правительства Московской области от 09.10.2018 г. N 715/36 «О досрочном прекращении реализации государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 годы и утверждении

государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы» (с изменениями, внесенными постановлением Правительства Московской области от 11.12.2018 г. N 918/44) сформулированы основные стратегические задачи, которые необходимо решить в ходе исполнения Программы [403]:

- 1) увеличение продолжительности жизни населения Московской области за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- 2) повышение доступности и качества оказания специализированной медицинской помощи населению Московской области;
- 3) улучшение качества медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям, повышение качества жизни детей и женщин в Московской области;
- 4) обеспечение доступности и повышение качества медицинской реабилитации в условиях трехуровневой системы оказания медицинской помощи, развитие паллиативной медицинской помощи;
- 5) обеспечение населения Московской области качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами;
- 6) обеспечение доступности специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродового периода, больным и недоношенным новорожденным;
- 7) выполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 N 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [423].

Исходя из сформулированных стратегических задач, в условиях стратегического планирования развития здравоохранения Подмосковья на среднесрочный период должны преобладать следующие тенденции [478]:

- 1) развитие первичной детской медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских поликлиник и детских поликлинических отделений;
- 2) развитие системы оказания реабилитационной и паллиативной медицинской помощи детям;

3) дальнейшее формирование и развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе широкое внедрение вспомогательных репродуктивных технологий и инновационных достижений; развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний;

4) развитие и оптимизация первичной медико-санитарной помощи, завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения;

5) обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик;

6) развитие системы оказания специализированной медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи;

7) улучшение управляемости системой здравоохранения, укрупнение лечебных учреждений и уменьшение административных расходов;

8) эффективное использование дорогостоящего медицинского оборудования и высококвалифицированного персонала;

9) уменьшение объемов дорогостоящего стационарного лечения с круглосуточным пребыванием путем развития стационарозамещающих видов медицинской помощи, неотложной помощи, открытие межмуниципальных лечебно-диагностических центров;

10) укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, что позволит выполнять утвержденные порядки и стандарты оказания медицинской помощи;

11) передача станций и отделений скорой медицинской помощи в собственность Московской области, создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи Московской области;

12) обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи с использованием санитарной авиации;

13) обеспечение охвата граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год [423].

Комплекс мероприятий государственной программы позволит улучшить состояние здоровья населения Московской области, повысить доступность и улучшить качество оказания медицинской помощи населению Московской области, модернизировать материально-техническую базу медицинских организаций Московской области. При этом современное стратегическое планирование развития системы здравоохранения региона предполагает осуществление регулярного МСМ проблемных зон для возможности своевременного нивелирования влияния имеющихся проблем [367].

Исходя из вышеизложенного, при разработке медико-социологического инструментария для 5 уровня МСМ с целью выяснения мнения областных экспертов о наличии и сложности решения основных проблем в здравоохранении Московской области были использованы следующие векторы: полнота и своевременность финансового обеспечения; совершенствование амбулаторно-поликлинического звена; оптимизация стационарной помощи; обеспечение современным медицинским оборудованием; лекарственное обеспечение; состояние скорой медицинской помощи; обеспечение транспортом; внедрение новых медицинских технологий; подготовка и обеспечение врачами; подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом; внебюджетные источники финансирования; состояние основных фондов (здания, изношенность медоборудования) [367].

Формализованное структурированное (стандартизированное) экспертное интервью (n=119), реализованное в 2022 году в рамках диссертационного исследования, было направлено на изучение основных проблем и перспектив развития здравоохранения Московской области, и включало три ключевых направления:

- изучение комплекса основных проблем, существовавших в предыдущие 6 лет и существующих в настоящее время в системе здравоохранения Московской области, которые требовали бы решения при очередном этапе стратегического планирования государственной программы «Здравоохранение Подмосковья» на 2025-2030 гг.;

- оценка уровня их значимости и необходимости стратегического планирования основных мероприятий по развитию системы здравоохранения Московской области в среднесрочном периоде;

- оценка показателей, выступающих основанием для составления архетипа здравоохранения на территории административных образований Московской области с целью принятия управленческих решений при стратегическом планировании развития здравоохранения с учетом муниципальных особенностей.

Областные эксперты (n=119), принявшие участие в опросе, оценили по пятибалльной шкале степень устойчивости актуальных проблем системы здравоохранения Подмосковья, где значение «5 баллов» характеризуется сохранением актуальности, а «1 балл» – проблема потеряла свою актуальность за последние шесть лет.

Средние величины количественных шкал находятся в диапазоне значений от 3,7 до 3,0 балла (Таблица 15), что говорит об имеющихся заделах по решению основополагающих проблем при все еще существующей их актуальности. Согласно полученным данным, к настоящему времени наибольшая потребность существует в решении вопросов, связанных с качеством медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям (средний балл – 3,7), доступностью и качеством оказания специализированной медицинской помощи населению (средний балл – 3,5), а также обеспечением современным медицинским оборудованием (средний балл – 3,5). При этом, согласно мнению областных экспертов, менее значимой стала проблема поиска внебюджетных источников финансирования (средний балл – 3,0), состояние основных фондов (средний балл – 3,1).

Таблица 15 – Степень значимости основных проблем в системе здравоохранения Московской области, которые требовали бы решения при очередном стратегическом планировании (государственной программа «Здравоохранение Подмосковья» на 2025-2030 гг., %, балл) [367]

Наименование проблемы	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов	Средний балл	Медиана
полнота и своевременность финансового обеспечения	12,1	11,2	31,8	25,9	19,0	3,3	3,0
совершенствование амбулаторно-поликлинического звена	6,0	12,0	36,7	24,8	20,5	3,4	3,0
оптимизация стационарной помощи	4,4	14,2	41,6	23,0	16,8	3,3	3,0
обеспечение современным медицинским оборудованием	7,6	11,8	25,2	34,4	21,0	3,5	4,0
лекарственное обеспечение	6,1	11,3	38,2	27,0	17,4	3,4	3,0
состояние скорой медицинской помощи	2,6	11,3	35,6	38,3	12,2	3,5	4,0
обеспечение транспортом	4,4	11,4	34,2	31,6	18,4	3,5	3,5
внедрение новых медицинских технологий	7,0	6,1	40,9	28,7	17,3	3,4	3,0
подготовка и обеспечение врачами	5,0	10,1	42,0	20,2	22,7	3,4	3,0
подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом	8,4	9,2	31,9	27,7	22,8	3,5	4,0
внебюджетные источники финансирования	13,4	23,2	33,0	15,2	15,2	3,0	3,0
состояние основных фондов (здания, изношенность медоборудования)	9,3	21,2	32,2	21,2	16,1	3,1	3,0
доступность и качество оказания специализированной медицинской помощи населению	3,5	7,7	40,9	27,0	20,9	3,5	3,0
качество медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям	0,9	13,2	26,3	36,0	23,7	3,7	4,0
доступность и качество медицинской реабилитации	8,8	13,1	34,2	23,7	20,2	3,3	3,0
доступность и состояние паллиативной медицинской помощи	9,7	14,9	34,2	20,2	21,0	3,3	3,0

Среди проблем, не нашедших оптимального решения в последние 6 лет, наиболее устойчивыми эксперты считают:

- качество медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям (23,7%, что соответствует максимальному значению среднего балла – 3,7);
- подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом (22,8%);
- подготовка и обеспечение врачами (22,7%);

- доступность и состояние паллиативной медицинской помощи (21,0%);
- обеспеченность современным медицинским оборудованием (21,0%);
- доступность и качество оказания специализированной медицинской помощи населению (20,9%);
- совершенствование амбулаторно-поликлинического звена (20,5%);
- доступность и качество медицинской реабилитации (20,2%) [367].

Если рассматривать картину ответов в целом по исследуемым существенным проблемам системы здравоохранения Московской области, то можно отметить единый принцип распределения мнений по баллам. За исключением трех показателей – обеспечение современным медицинским оборудованием, состояние скорой медицинской помощи и качество медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям, где максимальное число ответов находится на уровне 4 баллов – для остальных изучаемых проблем областного здравоохранения максимальная частота ответов приходится на уровень 3 баллов (средний балл из возможных) [367]. В целом, распределение частотных показателей в массиве мнений близко к «естественному», поскольку медиана по большинству замеров (12 из 16) равна 3.

Проведенный корреляционный анализ 120 возможных пар шкал выявил статистически значимые взаимосвязи (корреляции) между мнениями экспертов по ряду вопросов оценки устойчивости существенных проблем в системе здравоохранения Подмоскovie: по шкале Чеддока у 12 пар сила связи слабая или практически отсутствует – коэффициент корреляции $r < 0,3$; у 57 пар умеренная – коэффициент корреляции $0,3 \leq r < 0,5$; у 48 пар – заметная сила связи с коэффициентом $0,5 \leq r < 0,7$; у 3 пар – сильная с коэффициентом корреляции $0,7 \leq r < 0,9$ [367]. Наличие значительного числа корреляций при ответах на различные вопросы формализованного структурированного экспертного интервью указывает на возможность сокращения в будущих опросниках числа задаваемых вопросов без потери актуальной информации (Приложение М).

Так, сильная прямая линейная корреляционная зависимость ($r=0,8$, при $p < 0,01$) была отмечена при сопоставлении вопросов доступности и качества паллиативной медицинской помощи с вопросом доступности и качества медицинской

реабилитации. Указанные виды медицинской помощи предоставляются с целью улучшения качества жизни пациентов после лечения основного заболевания [367]. Также высокая сила связи ($r=0,8$, при $p<0,01$) зафиксирована между показателями подготовки и обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом. Очевидно, что эти показатели выступают принципиально значимыми для оценки респондентами качества и доступности медицинской помощи населению в целом, а также выделяются как вопросы, которые требовали бы решения при стратегическом планировании государственной программы «Здравоохранение Подмосковья» на очередной среднесрочный период 2025-2030 гг.

Стратегическое планирование мероприятий по развитию системы здравоохранения Московской области в среднесрочной перспективе включает, прежде всего, такие направления как: первичная медико-санитарная помощь; стационарная медицинская помощь; скорая медицинская помощь; служба детства и родовспоможения; профилактика заболеваний; медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь; материальные, финансовые и кадровые ресурсы; развитие специализированной медицинской помощи, в том числе и больным с сосудистой патологией. Развитие по указанным направлениям предполагает реализацию ряда мероприятий, которые и предложено было оценить областными экспертами по 5-бальной системе (Таблица 16).

Таблица 16 – Оценка областными экспертами мероприятий по стратегическому развитию системы здравоохранения Московской области в ближайшие 6 лет (5-бальная система)

Раздел	Предложенное мероприятие	Средний балл	Медиана
Раздел I. Первичная медико-санитарная помощь	развитие первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских поликлиник и детских поликлинических отделений; завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения	4,1	4,0
	обеспечение оптимальной доступности для населения (в т.ч. для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик	4,1	4,0
	оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	3,9	4,0

Продолжение Таблицы 16

Раздел	Предложенное мероприятие	Средний балл	Медиана
Раздел II. Стационарная медицинская помощь	уменьшение объемов дорогостоящего стационарного лечения с круглосуточным пребыванием путем развития стационарозамещающих видов медицинской помощи, неотложной помощи, открытие межмуниципальных лечебно-диагностических центров	3,4	4,3
Раздел III. Скорая медицинская помощь	передача станций и отделений скорой медицинской помощи в собственность Московской области, создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи Московской области	3,8	4,0
	обеспечение своевременного оказания экстренной медицинской помощи с использованием санитарной авиации	4,0	4,0
Раздел IV. Служба детства и родовспоможения	дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий	4,3	4,5
	развитие системы оказания реабилитационной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи детям	4,1	4,0
	развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей	4,3	5,0
Раздел V. Профилактика заболеваний	обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год	4,3	4,5
Раздел VI. Медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь	развитие системы оказания реабилитационной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи взрослому населению	3,9	4,0
Раздел VII. Материальные, финансовые и кадровые ресурсы	улучшение управляемости системой здравоохранения, уменьшение административных расходов, в том числе и путем укрупнения лечебных учреждений	3,2	3,0
	эффективное использование дорогостоящего медицинского оборудования и высококвалифицированного персонала	4,2	5,0
	укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, с целью выполнения утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи	4,4	5,0
	совершенствование системы оплаты медицинских услуг, обеспечение полноты и своевременности финансового обеспечения	4,4	5,0

Продолжение Таблицы 16

Раздел VII. Материальные, финансовые и кадровые ресурсы	подготовка и обеспечение врачами	4,5	5,0
	подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом	4,4	5,00
	модернизация медицинского оборудования в соответствии с потребностями населения в медицинских услугах	4,2	5,0
	развитие внебюджетных источников финансирования	3,8	4,0
Раздел VIII. Развитие специализированной медицинской помощи, в том числе и больным с сосудистой патологией	развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи	4,3	5,0
	создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской области	4,3	5,0

Детализация по разделам позволяет оценить общие установки областных экспертов в отношении значимости и необходимости стратегического планирования основных мероприятий по развитию системы здравоохранения Московской области в ближайшие 6 лет [367]. Областные эксперты выразили максимальную заинтересованность (представлены наивысшие баллы) в реализации следующих мероприятий по предложенным разделам:

Раздел I. Первичная медико-санитарная помощь:

– обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик – 4,1 балла.

Раздел II. Стационарная медицинская помощь:

– уменьшение объемов дорогостоящего стационарного лечения с круглосуточным пребыванием путем развития стационарозамещающих видов медицинской помощи, неотложной помощи, открытие межмуниципальных лечебно-диагностических центров – 3,4 балла.

Раздел III. Скорая медицинская помощь:

- обеспечение своевременного оказания экстренной медицинской помощи с использованием санитарной авиации – 4,0 балла.

Раздел IV. Служба детства и родовспоможения:

– дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий – 4,3 балла;

– развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей – 4,3 балла.

Раздел V. Профилактика заболеваний:

– обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год – 4,3 балла.

Раздел VI. Медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь:

– развитие системы оказания реабилитационной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи взрослому населению – 3,9 балла.

Раздел VII. Материальные, финансовые и кадровые ресурсы:

– подготовка и обеспечение врачами – 4,5 балла;

– подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом – 4,4 балла;

– совершенствование системы оплаты медицинских услуг, обеспечение полноты и своевременности финансового обеспечения – 4,4 балла;

– укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, с целью выполнения утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи – 4,4 балла.

Раздел VIII. Развитие специализированной медицинской помощи, в том числе и больным с сосудистой патологией:

– создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской области – 4,3 балла;

– развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи – 4,3 балла.

Мнения областных экспертов отражают высокую значимость реализуемых (и планируемых) мероприятий и наглядно характеризуют остроту имеющихся в Московской области проблем здравоохранения и необходимость дальнейшего среднесрочного стратегического планирования его развития. Основные направления дальнейшего развития отрасли в регионе были систематизированы по степени актуальности в соответствии с мнением областных экспертов (5-бальная система оценки), которые должны быть включены наряду с другими первоочередными мероприятиями в следующий среднесрочный план на 2025-2030 гг. [367]:

- 1) подготовка и обеспечение врачами – 4,5 балла;
- 2) подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом – 4,4 балла;
- 3) совершенствование системы оплаты медицинских услуг, обеспечение полноты и своевременности финансового обеспечения – 4,4 балла;
- 4) укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, с целью выполнения утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи – 4,4 балла;
- 5) создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской области – 4,3 балла;
- 6) развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи – 4,3 балла;
- 7) дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий – 4,3 балла;
- 8) обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год – 4,3 балла;
- 9) развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей – 4,3 балла;

10) модернизация медицинского оборудования в соответствии с потребностями населения в медицинских услугах – 4,2 балла;

11) обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик – 4,1 балла;

12) развитие первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских поликлиник и детских поликлинических отделений; завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения – 4,1 балла.

Попарное сравнение 210 пар показало у 40 пар слабую силу связи или практически ее отсутствие (коэффициент корреляции $r < 0,3$), у 53 пар отмечена умеренная сила связи ($0,3 \leq r < 0,5$), у 98 пар – заметная ($0,5 \leq r < 0,7$), у 19 пар – сильная ($0,7 \leq r < 0,9$). Несколько коэффициентов корреляции – отрицательны, однако они малы по абсолютной величине и статистически незначимы на уровне $p < 0,05$ (Приложение М).

Таким образом, исследование показывает высокий уровень заинтересованности респондентов в стратегическом планировании и реализации мер по совершенствованию деятельности системы здравоохранения региона. В частности, на это указывают высокий средний балл по большинству показателей, а также факт смещения медианы массива оценок (в 19 из 21 случаев) в зону 4 и 5 баллов (в 7 случаях медиана равна 5).

В связи с цифровизацией здравоохранения сложился социальный заказ на совершенствование ИТ-поддержки способов оценки ресурсов системы здравоохранения не только регионального уровня, но и на территории административных образований субъекта РФ путем оценки её потенциальных возможностей на основе сбора и обработки информации, направленной на информирование социума и оптимизацию стратегического управления с целью обоснования базы для её эффективного функционирования [367]. Стартовым аналогом в данном направлении можно считать комплекс показателей,

характеризующих социальную, медицинскую и экономическую эффективность функционирования здравоохранения административных образований региона, структурированный в виде архетипа этой системы, который можно использовать в дальнейшем для текущей деятельности территориальной Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Во многих медицинских информационных системах есть функционалы, с помощью которых рассчитываются отдельные показатели, необходимые для оценки деятельности здравоохранения на территории административных образований субъекта РФ, но системные подходы, как правило, в них отсутствуют [367].

Нами введено в научный оборот следующее определение [367]: *архетип здравоохранения административного образования субъекта РФ — это систематизированная его модель, представленная с помощью формализованных актуальных показателей, выявленных в ходе экспертной оценки, с возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического планирования развития отрасли, с учетом муниципальных особенностей.*

Формирование такого архетипа позволит перейти к созданию структуры всего регионального здравоохранения на основании операционных данных по каждому административному образованию и алгоритмов их расчета. В ходе исследования представлен единый подход для оценки здравоохранения на территории административного образования через сбор целевых показателей, определения динамики их изменений, составления архетипа здравоохранения административного образования [367].

Основные этапы этого процесса можно сформулировать следующим образом: сбор целевых значений показателей, разработка специального опросника (анкеты), использование опросника, формирование экспертного рейтинга показателей для включения в итоговую таблицу, распределение показателей по группам, преобразование показателей в числовые значения по 5-бальной системе, ранжирование полученных результатов по степени актуальности и формирование архетипа здравоохранения административного образования, изучение которого

также целесообразно для принятия управленческих решений при формировании стратегического плана развития территориального здравоохранения [367].



Рисунок 42 – Распределение мнений респондентов о значимости показателей, формирующих архетип здравоохранения на территории административного образования Московской области (средний балл)

С этой целью областным экспертам было предложено оценить наиболее значимые параметры (характеристики) здравоохранения административного образования Московской области, необходимые для принятия управленческих

решений при стратегическом планировании развития здравоохранения, с учетом муниципальных особенностей (Рисунок 42).

Согласно полученным данным, среди лидирующих показателей, отражающих архетип здравоохранения на территории административного образования Московского региона, можно выделить: обеспеченность врачами, обеспеченность стационарным коечным фондом и показатели заболеваемости населения региона. Областные эксперты, преимущественно, были склонны давать высокие оценки значимости приведенных характеристик, определяющих архетип здравоохранения административных образований. Так, пятибалльный уровень значимости лидирует в процентном соотношении для каждого параметра и составляет около половины всех ответов респондентов по каждому вопросу (5 баллов – от 37,0% до 58,0% ответов в зависимости от показателя).

Смещение массива данных оценок подтверждается также тем, что медиана по всем приведенным параметрам больше или равна 4. В связи с единым характером распределения оценок респондентов уровня значимости показателей, предложенных для формирования архетипа здравоохранения на территории административных образований Подмосковья, они представлены в одном рисунке (Рисунок 42).

Попарное сравнение оцениваемых показателей (Приложение Н) показало наличие корреляции в 136 парах, у 1 сила связи слабая (коэффициент корреляции $r < 0,3$), у 21 – умеренная ($0,3 \leq r < 0,5$), у 92 – заметная ($0,5 \leq r < 0,7$), у 22 – сильная ($0,7 \leq r < 0,9$).³ Корреляционный анализ отражает, что архетип здравоохранения административного образования Московского региона зависит также от количества проживающих в нем женщин фертильного возраста и, соответственно, удельного веса детского населения ($r=0,82$ при $p<0,05$), а также удельного веса лиц старшего возраста ($r=0,80$ при $p<0,05$) [367]. Указанные связи, вероятно, определяются необходимостью поддержки старшего поколения, семей с маленькими детьми и, возможно, указывают на сохранение устойчивых семейных межпоколенческих отношений в этом регионе РФ. Использование указанных особенностей социального пространства изучаемой территории для составления

³ Наличие значительного числа корреляций при ответах на различные вопросы анкеты указывает на возможность сокращения в будущих анкетах числа задаваемых вопросов без потери информации.

архетипа здравоохранения административного образования определяется также уровнем обращения указанных когорт населения за медицинской помощью и развитием соответствующей инфраструктуры здравоохранения. Это, в свою очередь, подтверждается данными о высокой силе связи показателя обеспеченности медицинских организаций врачами и обеспеченности стационарными койками ($r=0,85$ при $p < 0,05$).

Это также объясняет выявленную высокую силу связей между показателями плотности населения и количеством проживающих женщин фертильного возраста ($r \geq 0,72$ при $p < 0,05$), общей заболеваемости населения с удельным весом групп детского населения и граждан пенсионного возраста ($r \geq 0,7$ при $p < 0,05$), обеспеченности врачами и объемом коечного фонда в стационарах ($r \geq 0,85$ при $p < 0,05$) и дневных стационарах ($r \geq 0,73$ при $p < 0,05$), финансового обеспечения системы здравоохранения на территории административного образования Московского региона ($r \geq 0,76$ при $p < 0,05$), а также мощности амбулаторно-поликлинического звена и показателей посещаемости пациентами АПУ ($r \geq 0,76$ при $p < 0,05$).

Таким образом, анализируя данные формализованного экспертного интервью с областными экспертами Московского региона, в целом, необходимо отметить общий высокий уровень заинтересованности респондентов в рассмотрении и установлении критериев оценки (показателей) работы здравоохранения на территории административного образования Подмосковья, а также существенный уровень оценки значимости предлагаемых параметров. При этом, несмотря на реализованные за последние годы меры в этом направлении в системе здравоохранения Московской области, областные эксперты отмечают некоторую устойчивость вышеуказанных проблем. Учитывая тот факт, что стратегическое планирование государственной программы «Здравоохранение Подмосковья» должно включать решение большого круга задач, необходимым становится контроль за эффективностью мер, направленных на ликвидацию актуальных проблем.

4.5. Формирование интегрированного Индекса стратегического развития регионального здравоохранения по данным медико-социологического мониторинга

Регионы Российской Федерации располагают разными социально-экономическими ресурсами, что требует разработки для каждого региона своей стратегии развития здравоохранения, учитывающей потребности разных социальных групп, соответственно и методы оценки результатов реализации стратегических задач должны учитывать не только экономические изменения, но и социальные компоненты.

Принцип доступности и справедливости медико-социальной помощи должен учитываться и при исследовании разницы в состоянии здоровья различных социально-демографических групп населения. При получении обобщенных данных мониторинга региональная политика в области здравоохранения может быть скорректирована таким образом, чтобы различные социальные слои населения получили доступ к необходимой им помощи [517].

Рассматривая деятельность территориальной системы здравоохранения как важнейшую составляющую социальной региональной политики, отечественные исследователи отмечают ряд проблемных зон, требующих особого внимания государства – прежде всего, оптимальный уровень финансирования медицинских организаций и состояние других экономических ресурсов отрасли [318, 346, 487, 538]. Заметим, что регулярная оценка деятельности системы здравоохранения с использованием мониторинга показателей ее эффективности и устойчивости в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами, позволяет скорректировать ход решения стратегических задач по достижению поставленных стратегических целей в деле охраны здоровья населения субъектов Российской Федерации.

Постановлением Правительства Московской области от 09.10.2018 г. № 715/36 «О досрочном прекращении реализации государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 годы» и

утверждение государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы» [403] утверждена методика оценки эффективности реализации этой государственной стратегической программы. Эффективность реализации государственной программы, согласно методике, определяется как оценка эффективности реализации мероприятий и достижения запланированных целевых значений показателей.

Значительная часть правосубъектов системы охраны здоровья граждан после опубликования стратегических документов в виде государственных программ развития отрасли на среднесрочный период связывают свои надежды с повышением качества медицинского обслуживания и улучшением финансового положения медицинских организаций, вследствие чего изучение повышения качества и удовлетворенности пациентов медицинской помощью, улучшения финансового положения медицинских организаций системы здравоохранения становятся одним из существенных направлений медико-социологических исследований, а главное – определяют контуры изменений в системе в целом и повышают уровень ее результативности.

Индекс результативности государственной программы определяется по формулам:

$$I_p = \Sigma (M_{п} \times S), \text{ где:}$$

I_p – индекс результативности государственной программы; S – соотношение достигнутых и плановых результатов целевых значений показателей. Соотношение рассчитывается по формуле:

$$S = R_{ф} / R_{п}$$

в случае использования показателей, направленных на увеличение целевых значений;

$$S = R_{п} / R_{ф}$$

в случае использования показателей, направленных на снижение целевых значений, где:

R_f – достигнутый результат целевого значения показателя;

R_p – плановый результат целевого значения показателя;

M_p – весовое значение показателя (вес показателя), характеризующего государственную программу, которое рассчитывается по формуле:

$$M_p = 1 / N$$

где N – общее число показателей, характеризующих выполнение государственной программы.

Эффективность реализации государственной программы определяется как соотношение фактически достигнутого результата к расходам, обеспечившим его выполнение. Эффективность государственной программы определяется по индексу эффективности, который определяется по формуле:

$$I_{\varepsilon} = (V_f \times I_p) / V_p, \text{ где:}$$

I_{ε} – индекс эффективности государственной программы; V_f – объем фактического совокупного финансирования государственной программы; I_p – индекс результативности государственной программы; V_p – объем запланированного совокупного финансирования государственной программы.

По итогам проведения анализа индекса эффективности (I_{ε}) дается оценка эффективности реализации государственной программы:

1. Значение показателя: $I_{\varepsilon} > 1,0$.

Оценка реализации государственной программы: эффективная.

2. Значение показателя: $0,8 \leq I_{\varepsilon} < 1,0$.

Оценка реализации государственной программы: удовлетворительная.

3. Значение показателя: $I_{\varepsilon} < 0,8$.

Оценка реализации государственной программы: низкоэффективная.

При анализе методики расчета эффективности и результативности государственной стратегической программы было выявлено, что в основном используется экономический подход, который заключается в определении соотношения фактически достигнутого результата к финансовым расходам,

обеспечившим его выполнение, но не учитываются особенности социального пространства региона, нет маркеров обратной связи от конечных потребителей услуг системы здравоохранения, несмотря на ее пациентоцентричность. При этом при оценке эффективности предлагается выделить только три уровня: эффективный, удовлетворительный, низкоэффективный, что свидетельствует о более укрупненной и обобщенной оценке, что не всегда допустимо для социальной сферы.

Оценивать результаты стратегического развития здравоохранения региона только лишь по финансово-экономическим показателям или по усредненным статистическим данным, которые не учитывают многие параметры жизнедеятельности населения, взаимоотношения социальных групп и их отношение к стратегическим инновациям в настоящий период развития гражданского общества будет не совсем корректно. При таком подходе не исключена возможность не увидеть напряжение в социальном пространстве региона, когда реально получаемые потребителями услуги здравоохранения не совпадают с их социальными ожиданиями, снижается уровень удовлетворенности медицинской помощью, но при этом ежегодно происходит значительный рост финансового обеспечения территориального здравоохранения.

Исходя из принципов регионализации социального пространства в современных социально-экономических условиях, презентующих неравномерность развития российских регионов и различия между центром и отдаленными территориями, особенно актуальным становится решение задачи измерения происходящих изменений вследствие реализации государственных стратегических планов развития отрасли. Вследствие этого нами предложен расчетный интегрированный индекс стратегического развития здравоохранения Московской области (Таблица 17).

Таблица 17 – Концептуальная основа формирования интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения в субъекте РФ

№ п/п	Социокультурные и экономические факторы (маркеры реализации стратегических планов в региональном здравоохранении)	Данные медико-социологического мониторинга и других источников	Социальные и экономические индикаторы (формализация факторов и мнений респондентов)
1.	Состояние и обеспечение регионального здравоохранения	- Данные социально-экономической и медицинской статистики; - ЕМИАС Московской области.	- Доля добавленной стоимости услуг здравоохранения в ВРП Московской области (в %); - Затраты на развитие МТО в расходах на здравоохранение; - Уровень госпитализации (на 100 чел. населения); - Средняя длительность лечения в стационаре.
2.	Социально-профессиональная структура системы здравоохранения	- Социально-конструированный портрет руководителя Московской области; - Данные МСМ и областной статистики.	- Доля занятых в здравоохранении в общей занятости (в %); - Число врачей на 10.000 чел. населения.
3.	Социальное самочувствие и ценностные ориентации населения в сфере охраны здоровья (удовлетворенность услугами здравоохранения и доверие к его субъектам, ценность ЗОЖ и самосохранительное поведение)	- Социально-конструированный портрет потребителя медицинских услуг; - ЕМИАС Московской области.	- Ожидаемая продолжительность жизни; - Смертность населения в трудоспособном возрасте на 100.000 чел. населения.
4.	Материальный уровень жизни и дифференциация потребителей МУ (уровень доходов, самооценка своего уровня жизни и качества МП)	- Социально-конструированный портрет потребителя медицинских услуг; - Данные социально-экономической статистики; - ЕМИАС Московской области.	- ВРП на душу населения; - Удовлетворенность МП; - Количество обоснованных жалоб.

При исчислении предложенного нами интегрированного индекса учитываются наряду с экономическими индикаторами (макро- и мезо-уровня) и социальные индикаторы, которые подчеркивают взаимосвязь процессов реализации стратегических планов в системе здравоохранения субъекта с социальными ожиданиями и социальными практиками различных социальных групп.

Исходя также из интеллектуального дискурса стратегического планирования развития территориального здравоохранения и медико-социологического осмысления того, что реализация стратегических задач является длительным процессом и способствовать их решению возможно лишь на основе операционального понимания их сущности и последовательности, а также периодической мониторинговой оценки динамики их выполнения, существует настоятельная потребность в разработке такого доступного и достаточно удобного инструмента эмпирического измерения.

В том числе и на основе полученных данных медико-социологического мониторинга, были сделаны выводы о том, что таким инструментом может стать расчетный интегрированный индекс стратегического развития здравоохранения Московской области на среднесрочный период, для формирования которого необходимо использовать экономические и социальные индикаторы, характеризующие социально-экономическую эффективность деятельности региональной системы здравоохранения в условиях стратегического планирования (Таблица 18).

Таблица 18 – Интегрированный индекс стратегического развития здравоохранения Московской области

Индексы	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2016-2020 годы
Средний экономический индекс	0,67	0,65	0,58	0,58	0,58	0,612
Средний социальный индекс	0,87	0,76	0,87	0,89	0,90	0,858
Интегрированный индекс	0,77	0,71	0,73	0,74	0,74	0,735

Актуальной задачей для лиц, принимающих решения, организаторов здравоохранения, экономистов и социологов во все периоды развития отечественного здравоохранения являлось осуществление системных измерений динамики стратегического развития отрасли, прежде всего, на уровне субъекта Российской Федерации.

Таким образом, эмпирическим путем, а также в ходе контент-анализа релевантных научных источников, данных социально-экономической статистики по Российской Федерации и Московской области, после завершения комплекса количественных и качественных медико-социологических исследований, нами было предложено использовать в системном виде, начиная с 2016 года, четыре экономических индикатора, характеризующих состояние системы здравоохранения: валовый региональный продукт (на душу населения) в тысячах рублей; показатель доли добавленной стоимости услуг системы здравоохранения в валовом региональном продукте (в %); доля занятых в здравоохранении в общей занятости населения в субъекте Российской Федерации (в %); затраты на развитие материально-технического обеспечения в общих расходах на здравоохранение (в млрд рублей).

Аналогичные показатели для расчетов использовались и по Российской Федерации, что позволяет соотносить состояние экономической основы регионального здравоохранения с общероссийскими данными и использовать данную методику и в других субъектах страны. По этим экономическим индикаторам (субъект и аналогичные данные по Российской Федерации) высчитывался средний экономический индекс, начиная с 2016 года, по следующей формуле:

$$IEM = \frac{I_{e1} + \dots + I_{en}}{n}, \text{ где:}$$

n – число экономических индикаторов.

Также было предложено использовать семь социальных индикаторов, характеризующих, в том числе, отношение пациентов к системе здравоохранения в целом: число врачей на 10 000 человек населения; ожидаемая продолжительность

жизни (лет); удовлетворенность пациентов медицинской помощью (% от числа опрошенных); смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 000 человек населения); количество обоснованных жалоб; средняя длительность лечения в стационаре (койко-дни); уровень госпитализации населения (на 100 человек).

Аналогичные показатели собирались в целом по Российской Федерации, что позволяет соотносить состояние социальной основы регионального здравоохранения с общероссийскими данными и использовать данную методику и в других регионах (субъектах) страны. По социальным индикаторам (субъект и аналогичные данные по Российской Федерации) высчитывался средний социальный индекс, начиная с 2016 года, по следующей формуле:

$$ISM = \frac{I_{s1} + \dots + I_{sn}}{n}, \text{ где } n - \text{число социальных индикаторов.}$$

После расчета средних экономического и социального индексов вычислялся интегрированный индекс (Приложение П), начиная с 2016 года по следующей формуле:

$$I \text{ int } [N\text{год}] = \frac{IEM + ISM}{2}$$

Автором была предложена более чувствительная интерпретация стратегического развития отрасли (с учетом экономических и социальных индикаторов) с градацией получаемых данных по 5 уровням по следующим диапазонам:

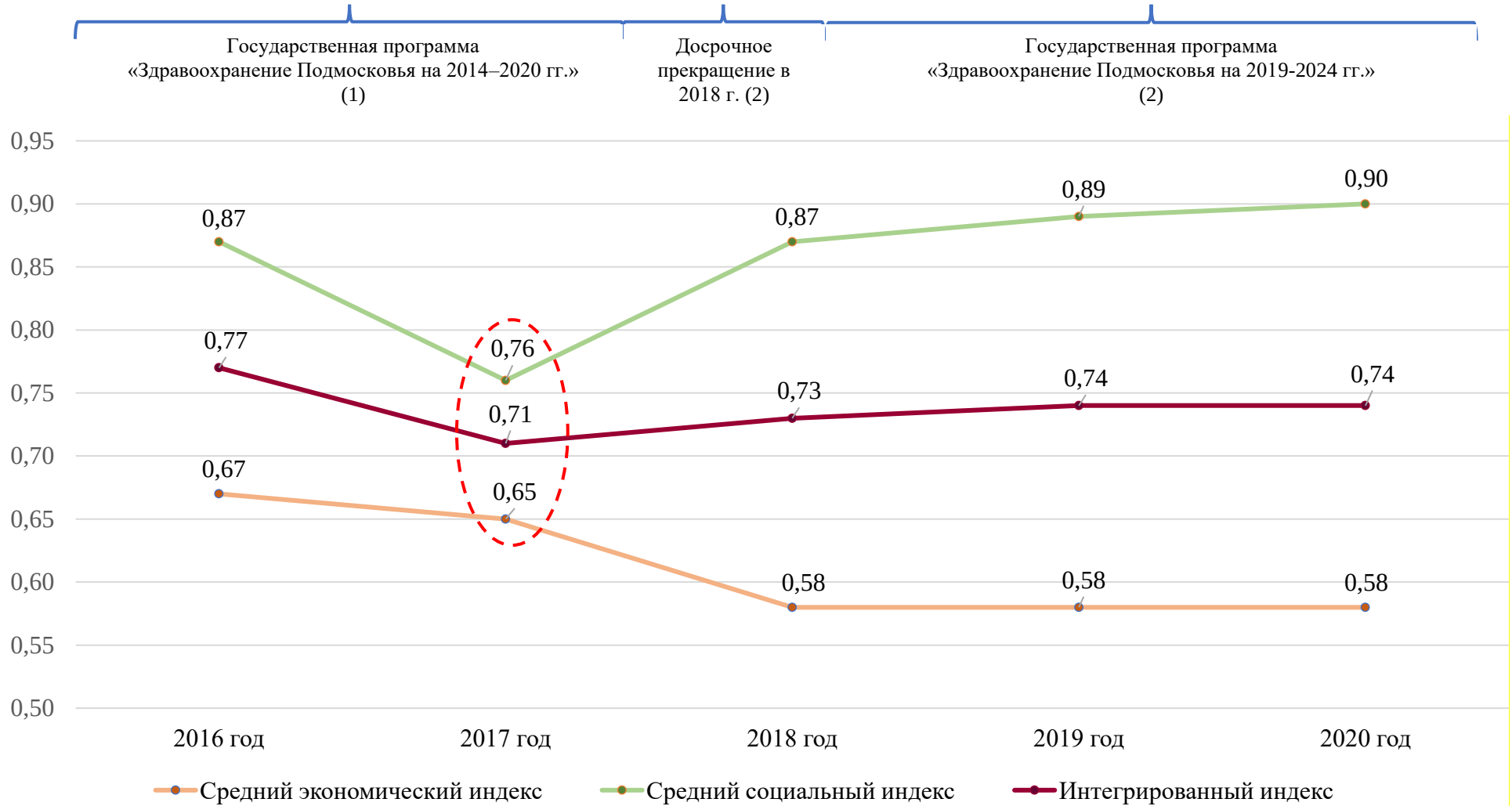
первый уровень – «отличный» (0,9-1,0);

второй уровень – «очень хороший» (0,8-0,89);

третий уровень – «хороший» (0,7-0,79);

четвертый уровень – «удовлетворительный» (0,6-0,69);

пятый уровень – «неэффективный» (менее 0,59).



(1) Постановление Правительства Московской области от 23.08.2013 г. №663/38

(2) Постановление Правительства Московской области от 09.10.2018 г. №715/36

Рисунок 43 – Интегрированный индекс стратегического развития здравоохранения Московской области

Расчет интегрированных индексов по итогам деятельности за 2016 и 2017 годы осуществлялся в условиях реализации стратегической государственной программы «Здравоохранение Подмосковья на 2014-2020 гг.», утвержденной Постановлением Правительства Московской области № 663/38 от 23.08.2013 г.

Программа была утверждена без учета системного влияния новых геополитических факторов 2014 года на динамику макро- и мезо-экономических показателей развития Московского региона, поэтому рассчитываемый нами ежегодный интегрированный индекс стратегического развития территориального здравоохранения показал выраженное его снижение при расчете в 2018 году по итогам деятельности за 2017 год с 0,77 до 0,71 (Рисунок 43).

На рабочем совещании руководству региона было доложено о сложившейся ситуации, вследствие чего получено поручение подготовить материалы для досрочного прекращения действующей Программы и по откорректированным показателям внести на утверждение очередную Программу, что было закреплено Постановлением Правительства Московской области от 09.10.2018 г. № 715/36 «О досрочном прекращении реализации государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 годы и утверждение государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы» [403]. Указанная программа определила вектор стратегического развития системы здравоохранения на указанный период.

Наряду с оценкой экономических затрат на реализацию региональных стратегических планов развития отрасли, весьма существенным представляется оценка динамики социальных индикаторов в субъекте РФ, по совокупности которых можно рассчитать интегрированный индекс стратегического развития территориального здравоохранения.

Стратегические планы развития отрасли только тогда могут быть реализованы, когда все правосубъекты системы регионального здравоохранения, и прежде всего, потребители медицинских услуг (пациенты), будут задействованы в этом процессе, в связи с чем крайне актуальной является взаимосвязь между стратегическим развитием отрасли и социальными ожиданиями (практиками)

населения субъекта Российской Федерации.

Таким образом, предложенный расчетный интегрированный индекс стратегического развития регионального здравоохранения с использованием не только экономических, но и социальных индикаторов является весьма действенным инструментом и может использоваться лицами, принимающими решения для выполнения задач по дальнейшему развитию сферы охраны здоровья граждан. При этом 5-уровневый медико-социологический мониторинг стратегического развития здравоохранения с последующим расчетом интегрированного индекса по итогам календарного года, а также за каждый среднесрочный период, позволяет достаточно чувствительным способом оценить эту динамику и выбрать векторы будущего развития отрасли.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 4

1. В соответствии с Федеральным законом от 28.06.2014 N 172-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «О стратегическом планировании в Российской Федерации» установлены правовые основы стратегического планирования в Российской Федерации, координации деятельности всех уровней власти в том числе и субъектов Российской Федерации, порядок их взаимодействия с общественными, научными и иными организациями в сфере стратегического планирования, а также мониторинга и контроля реализации документов стратегического планирования. Эффективное стратегическое планирование развития системы здравоохранения региона должно предусматривать и учитывать потребности и интересы пациентов, что определяет необходимость изучения сформировавшегося социального запроса населения в деле охраны здоровья, социально-демографических и экономических особенностей социальной группы пациентов как потребителей медицинских услуг.

2. Выделенные в рамках исследования стратегические преобразования в дальнейшем развитии здравоохранения Московской области стали основой концептуальной модели организации медико-социологического мониторинга результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (5 уровней МСМ), с учетом пациентоориентированности, начиная с исследования социально-экономической характеристики пациента (потребителя медицинских услуг) и его мнения о состоянии и проблемах территориального здравоохранения в условиях реализации государственных стратегических планов.

3. Реализация медико-социологического исследования (анкетного опроса пациентов) позволила получить данные о ключевых социально-экономических характеристиках типичного потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области. Социально-конструируемый портрет пациента (потребителя медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области включает следующие характеристики: это женщина ($61,2 \pm 2,1\%$) среднего

возраста ($59,5 \pm 2,1\%$ находились в возрастной группе от 41 до 70 лет, средний и медианный возраст составил 50 лет) с высшим образованием ($52,9 \pm 3,0\%$), состоящая в устойчивых семейных отношениях (замужем ($50,1 \pm 2,2\%$) или совместно проживает с партнером ($4,9 \pm 0,9\%$), у которой было двое совершеннолетних детей (у $71,2 \pm 2,0\%$ респондентов есть дети, при этом у $57,7 \pm 2,7\%$ – двое и более детей, в $41,0 \pm 2,8\%$ случаях – старше 18 лет), постоянно проживающая в областном городе ($68,7 \pm 2,4\%$) более 10 лет. Работает ($68,8 \pm 3,7\%$) в бюджетной сфере ($29,9\%$) или коммерческой компании ($19,2\%$) более 15 лет ($71,4 \pm 2,0\%$), получает заработную плату в диапазоне 20-40 тысяч рублей в месяц ($49,1 \pm 3,1\%$), при этом за последний год ее материальное положение не изменилось ($40,3 \pm 3,4\%$) или ухудшилось ($38,0 \pm 3,4\%$). Не курит, редко употребляет алкогольные напитки ($70,9 \pm 2,0\%$), при этом периодически соблюдает принципы ЗОЖ ($55,7 \pm 2,9\%$), хотя не мотивирована на прохождение профилактического диспансерного обследования. Оценивает состояние своего здоровья как «удовлетворительное» ($56,5 \pm 3,2\%$), а имеющиеся хронические заболевания ($66,7 \pm 2,0$) связывает с отсутствием регулярного отдыха ($28,8 \pm 3,7\%$), возрастными изменениями ($28,1 \pm 3,7\%$), рабочей нагрузкой ($27,7 \pm 3,7\%$) и недостаточно внимательного отношения к своему здоровью ($26,4 \pm 3,7\%$). В целях поддержания собственного здоровья совершает прогулки на свежем воздухе ($53,9 \pm 2,9\%$), старается правильно питаться ($36,9 \pm 3,4\%$), самостоятельно занимается физкультурой, гимнастикой, бегают или катаются на велосипеде ($31,8 \pm 3,6\%$), принимает витамины / БАД ($27,3 \pm 3,7\%$), регулярно посещает врачей с профилактической целью ($26,0 \pm 3,7\%$). Имеет «своего» врача $47,9 \pm 3,0\%$), всегда выполняет его предписания ($49,5 \pm 2,2\%$) и оценивает взаимоотношения с ним как доверительные ($34,7 \pm 3,5\%$ испытывают полное взаимопонимание и $41,7 \pm 3,0\%$ частично доверяют врачу), никогда не вступала в конфликт с медицинским персоналом ($63,6 \pm 3,5\%$). Обращается в медицинские учреждения за амбулаторно-поликлинической помощью не реже одного раза в полугодие ($58,2 \pm 2,0\%$), и качество медицинской помощи, в целом, оценивает как удовлетворительное ($42,6 \pm 2,1\%$) и хорошее ($33,6 \pm 1,9\%$). Привержена ($73,3 \pm 2,2\%$) традиционному

(медикаментозному) лечению, при этом при необходимости получает медицинскую информацию о заболеваниях, методах их лечения и лекарственных препаратах от медицинских специалистов ($59,5 \pm 2,7\%$), либо посредством поисковых запросов в сети Интернет $40,7 \pm 3,3\%$, обращения к знакомым и родственникам ($25,6 \pm 3,7\%$).

4. Анализ мнений пациентов региона о состоянии и проблемах территориального здравоохранения в условиях реализации государственных стратегических планов показал, что пациенты как потребители медицинских услуг оценили функционирование системы здравоохранения Московского региона достаточно высоко (описали его состояние как «хорошее» и «удовлетворительное» совокупно $63,3 \pm 2,6\%$ респондентов), $42,6\%$ опрошенных пациентов считают удовлетворительным качество оказанной им медицинской помощи, а каждый третий уверен, что услуги медицинской организации заслуживают хорошей ($27,7\%$) и отличной оценки ($5,9\%$). При этом большинство участников исследования ($59,2 \pm 2,1\%$) считают, что медицинская помощь должна оказываться населению на бесплатной основе, и в ситуации предоставления медицинской помощи за счет средств ОМС пациенты ожидают получить качество услуги, аналогичное платной.

5. Сохраняется и высокий уровень приверженности пациентов патерналистской системе здравоохранения (наиболее выражен в старшей возрастной группе и когорте пациентов с низким уровнем дохода), что, с одной стороны, способствует формированию большего доверия к системе здравоохранения, а с другой – определяет стремление пациентов переложить ответственность за свое здоровье на врача и систему здравоохранения в целом. Большинство пациентов никогда не использовали право на выбор медицинской организации ($42,9 \pm 3,3\%$), либо были неинформированными ($23,1 \pm 3,8\%$) о своих правах в этой сфере. При этом пациенты в большей части случаев ($55,4 \pm 3,2\%$) также не пользуются своим правом выбора врача, полагаясь на устоявшуюся практику «участковой» организации и системы направлений к узким специалистам согласно распределению «по месту жительства». Тем не менее, каждый четвертый житель

Московской области изучает отзывы о врачах в интернете, или расспрашивает знакомых об их опыте обращения к врачу.

6. Отношение пациентов к медицинскому персоналу медицинских организаций – преимущественно, положительное, и основано на доверии, высоких оценках профессиональной компетентности врачей и заинтересованности врачей в результатах лечения. При этом нарекания со стороны пациентов связаны с проблемами в организации приема (отсутствие талонов, длительные сроки ожидания приема), нехваткой необходимого оборудования для диагностики и лечения и недостаточным вниманием со стороны медицинского персонала. В этой ситуации альтернативой для части пациентов представляется обращение в частные медицинские организации, факторами выбора которых выступают именно наличие внимания со стороны персонала и доступность медицинской помощи.

7. Более половины ($59,5 \pm 2,7\%$) пациентов получают медицинскую информацию о заболеваниях, методах их лечения и лекарственных препаратах от медицинских специалистов, но значительная часть пациентов получают эти данные в сети Интернет ($40,7 \pm 3,3\%$), от знакомых и родственников ($25,6 \pm 3,7\%$), из телевизионных передач ($17,5 \pm 3,9\%$). Однако в ситуации конфликта возрастает риск самолечения пациентом и использования различных медицинских манипуляций, не назначенных врачом.

8. В представлениях респондентов «идеальный врач» – это женщина ($51,8\%$) среднего возраста (медиана – 43 года), отличающаяся высоким уровнем профессиональных компетенций ($48,6\%$), но не имеющая ученой степени ($78,3\%$), проявляющая эмпатию ($35,2\%$) и внимание к пациенту ($26,7\%$). Вероисповедание идеального врача для $86,3\%$ опрошенных не имеет значения.

9. При изучении мнения руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московского региона установлено, что в ходе реализации среднесрочных государственных стратегических Программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 гг.» и «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.», оптимальному развитию системы территориального здравоохранения

способствовало внедрение организационных технологий по следующим направлениям: расширение высокотехнологичной медицинской помощи (3,6 балла); использование современных информационных технологий (3,6); борьба с сердечно-сосудистой патологией (3,5) и онкологическими заболеваниями (3,5); развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям (3,4). В наименьшей степени на развитие системы здравоохранения повлияло внедрение таких направлений как программа «бережливых» технологий (3,0) и развитие экспорта медицинских услуг (2,8).

10. Руководители медицинских организаций, принявшие участие в опросе, оценивают эффективность работы своей медицинской организации в целом выше среднего уровня (средний балл - 3,9). При этом, при детализации параметров оценки отмечено, что выше других оцениваются такие показатели, как трудовая и исполнительская дисциплина в коллективе (4,3 балла); морально-психологический климат (4,3 балла) и отношения между коллегами (4,2 балла); отношения врачей и среднего медицинского персонала к пациентам (4,2 балла), а также отношение персонала с администрацией медицинской организации (4,0 балла). При этом средние оценки выше 4 баллов отнесены к следующим особенностям профессионального пространства: режим работы (4,2 балла), квалификация персонала (4,1 балла), уровень трудовой нагрузки (средний балл 4,1 балла). Достаточно комфортно оцениваются респондентами показатели вневедомственного (4,0 балла) и внутриведомственного контроля (3,9 балла), а также и оснащённость рабочего места (4,0 балла), возможность профессионального роста (3,9 балла), возможность должностного продвижения (3,8 балла). При этом более низкие средние баллы у таких показателей, как материально-техническая составляющая (3,4), обеспеченность современными медикаментами (3,5), оснащённость современным медицинским оборудованием (3,8) и уровень оплаты труда (3,4).

11. Анализ мнений областных экспертов о значимости существенных проблем системы здравоохранения Московской области, не нашедших

окончательного решения в предыдущие годы, подтвердил, что несмотря на реализованные за последние годы меры, ряд проблем носят устойчивый характер – прежде всего, это: качество медицинской помощи детям и беременным женщинам (23,7%); подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом (22,8%); подготовка и обеспечение врачами (22,7%); доступность и состояние паллиативной медицинской помощи (21,1%); обеспеченность современным медицинским оборудованием (21,0%); доступность и качество оказания специализированной медицинской помощи населению (20,9%); совершенствование амбулаторно-поликлинического звена (20,5%); доступность и качество медицинской реабилитации (20,2%) [367].

12. Мнения областных экспертов отражают высокую значимость реализуемых (и планируемых) мероприятий и наглядно характеризуют остроту стоящих проблем в области здравоохранения, а также необходимость среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московского региона. Первоочередными мероприятиями дальнейшего развития отрасли, которые необходимо учитывать в среднесрочном стратегическом плане развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг., по мнению экспертов являются: подготовка и обеспечение врачами (4,5 балла); подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом (4,4 балла); совершенствование системы оплаты медицинских услуг, обеспечение полноты и своевременности финансового обеспечения (4,4 балла) [367]; укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения с целью выполнения утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи (4,4 балла); создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской области (4,3 балла); развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи (4,3 балла); дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения неонатальной хирургии, системы

коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий (4,3 балла); обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год (4,3 балла); развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей (4,3 балла); модернизация медицинского оборудования в соответствии с потребностями населения в медицинских услугах (4,2 балла); обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик (4,1 балла); развитие первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских поликлиник и детских поликлинических отделений; завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения (4,1 балла).

13. С целью стратегического управления системой здравоохранения региона автором введено в научный оборот определение *архетипа здравоохранения административного образования субъекта РФ* — это систематизированная его модель, представленная с помощью формализованных актуальных показателей, выявленных в ходе экспертной оценки, с возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического планирования развития отрасли, с учетом муниципальных особенностей.

14. Высокий уровень заинтересованности респондентов в стратегическом планировании и реализации мер по совершенствованию деятельности системы здравоохранения региона (через сбор данных о целевых показателях и формирование архетипа здравоохранения административного образования) позволил выявить наиболее значимые параметры (характеристики) здравоохранения административного образования Московской области и уровень их актуальности, которые необходимы для принятия управленческих решений при стратегическом планировании развития здравоохранения на среднесрочный период: обеспеченность врачами (4,3 балла); обеспеченность стационарными

койками (4,3 балла); общая заболеваемость населения административного образования (4,2 балла); финансовое обеспечение здравоохранения административного образования в год (бюджет; ОМС; платные МУ – 4,2 балла); уровень госпитализации в стационары, расположенные на территории административного образования (4,1 балла); удельный вес детского населения (4,1 балла); посещаемость амбулаторно-поликлинических медорганизаций (4,1 балла); удельный вес лиц старше трудоспособного возраста (4,1 балла); мощность амбулаторно-поликлинического звена (количество посещений в смену – 4,1 балла); уровень госпитализации в стационары за пределами административного образования (4,1 балла); плотность населения административного образования Подмосковья (коэффициент расселения) (4,0 балла); подушное финансирование на 1 жителя административного образования (4,0 балла); экспертная оценка здравоохранения административного образования (4,0 балла); обращаемость населения в областные МО (4,0 балла); койки в дневных стационарах (4,0 балла); удельный вес женщин фертильного возраста (4,0 балла).

15. Исходя из принципов регионализации социального пространства в современных социально-экономических условиях, презентующих неравномерность развития российских регионов и различия между центром и отдаленными территориями, особенно актуальным становится решение задачи измерения происходящих изменений вследствие реализации государственных стратегических планов развития отрасли. Вследствие этого нами предложен расчетный интегрированный индекс стратегического развития здравоохранения Московской области на среднесрочный период, для формирования которого необходимо использовать экономические и социальные индикаторы, характеризующие социально-экономическую эффективность деятельности региональной системы здравоохранения в условиях стратегического планирования, и подчеркивающими взаимосвязь процессов реализации стратегических планов в системе здравоохранения субъекта с социальными ожиданиями и социальными практиками различных социальных групп.

16. Учитывая, что стратегическое планирование развития территориального здравоохранения невозможно без периодической мониторинговой оценки динамики выполнения планируемых мер, существует настоятельная потребность в разработке такого доступного и достаточно удобного инструмента эмпирического измерения. Медико-социологический мониторинг стратегического развития регионального здравоохранения, осуществляемый на пяти уровнях, с последующим расчетом интегрированного индекса стратегического развития территориального здравоохранения позволяют достаточно чувствительным способом оценить сложившуюся динамику и выбрать векторы перспективного развития отрасли.

ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСПОЛОЖЕННОЙ НА ТЕРРИТОРИИ АДМИНИСТРАТИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

5.1. Медико-организационные особенности деятельности медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области

5.1.1. Общая характеристика ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» как типичной медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области

Красногорский район расположен в северо-западном направлении от Москвы (в двух км от МКАД), и в 01.01.2021 г. проживало в районе 274 123 человек (из них в г. Красногорск – 223 872 человек). Одной из крупнейших медицинских организаций района, оказывающих медицинскую помощь населению, является ГБУЗ МО «Красногорская городская больница №1». В состав больницы входят многопрофильный стационар на 627 коек, поликлиника на 960 посещений в смену, региональный сосудистый центр, отделение рентгено-васкулярных хирургических методов диагностики и лечения, больничная аптека, круглосуточный районный травматологический пункт, районное отделение переливания крови, районная иммунологическая лаборатория, лечебно-диагностические отделения, ЦСО, операционный блок на три операционных, приемное отделение.

Больничный комплекс имеет свою локальную компьютерную сеть, позволяющую оперативно решать задачи медицинской статистики, отчетности по ОМС, сбор и хранение в электронной форме данных на каждого больного, а также

другие вопросы, связанные с цифровизацией современного здравоохранения. Медицинская организация оснащена современным медицинским оборудованием для проведения полного комплекса лечебно-диагностических мероприятий по широкому спектру заболеваний и выполняет функции центральной районной скорой помощи больницы, ориентированной на оказание населению города и района специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

В стационаре на 627 коек развернуты в том числе: неврологические (60), кардиологические (60), терапевтические (37), дневной стационар (3), эндокринологические (10), пульмонологические (20), офтальмологические (30), отоларингологические (30), гинекологические (90), общехирургическое (100), травматологические (60), нейрохирургические (5), сердечно-сосудистая хирургия (6), урологические (45), нефрологические (15), детские хирургические (20). Кроме этого, в стационаре действует отделение анестезиологии и реанимации на 16 коек, 4 из которых для больных детей, и блок реанимационной и интенсивной терапии для больных ОКС и ОНМК на 12 коек.

Поликлиника ГБУЗ МО «Красногорская больница №1» занимает 5-этажное здание 1984 года постройки общей площадью 4106,9 м² и рассчитана на 960 посещений в смену. В состав поликлиники входят три терапевтических отделения, в котором ведут прием 15 участковых терапевтов); 25 врачебных участков; отделение восстановительного лечения; 14 специализированных кабинетов: кардиолога, ревматолога, инфекциониста, травматолога, хирурга, уролога, офтальмолога, отоларинголога, невролога, гематолога, проктолога, гинеколога, гастроэнтеролога, нефролога; процедурный и прививочный кабинеты; дневной стационар на 21 койко-место (работает в две смены); кабинет неотложной первой помощи; кабинет медицинской статистики, имеется база для функциональной, ультразвуковой, рентген- и клинико-лабораторной диагностики, а также круглосуточный районный травматологический пункт; отделение профилактики (кабинет вторичной профилактики инсульта; кабинет доврачебного контроля; смотровой кабинет).

Основными задачами отделения профилактики являются: раннее выявление больных и лиц с повышенным риском заболевания; направление лиц, у которых во время обследования были выявлены факторы риска, в школы здоровья (школы профилактики артериальной гипертензии, сахарного диабета, инсульта, здорового образа жизни, профилактики обострения бронхиальной астмы, рационального питания); организация и квалифицированное проведение предварительных и периодических профилактических осмотров; организация и контроль за проведением диспансеризации; разработка плана мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний на территории обслуживания поликлиники; пропаганда санитарно-гигиенических знаний среди населения и борьба с вредными привычками (курением, алкоголизмом), а также с малоподвижным образом жизни, нерациональным питанием.

Таким образом, в поликлинике обеспечена в полном объеме первичная доврачебная помощь, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь взрослому населению (лицам, старше 18 лет) как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и на дому; неотложная медицинская помощь взрослому населению при острых и внезапных заболеваниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях; профилактика, диагностика и лечение заболеваний с применением специальных методов исследований и определение рекомендаций по тактике ведения пациентов; выписка рецептов на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; лекарственное обеспечение льготных категорий граждан; диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе инвалидам и участникам Великой Отечественной войны; восстановительное лечение пациентов с хроническими заболеваниями, повреждениями опорно-двигательной системы и после оперативных вмешательств; проведение профилактических осмотров населения (предварительных и периодических) с целью раннего выявления заболеваний с учетом имеющихся факторов риска. Пациенты имеют возможность получить высококвалифицированную медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского

страхования (ДМС), а также путем заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

5.1.2. Динамика численности прикрепленного населения, обслуживаемого ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1»

При проведении сравнительного анализа деятельности Красногорской городской больницы № 1 с использованием федеральной статистической формы № 30 «Сведения о медицинской организации» за период 2019 и 2020 гг. установлено, что численность обслуживаемого населения в динамике уменьшилась до 97809 в 2020 году (в 2019 году – 100107), в том числе детей (0-17 лет включительно) – до 6020 человек (в 2019 году – 6291). Мощность (плановое число посещений в смену) подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (число посещений в смену по данным отчета увеличилось в 2020 году до 2744 (в 2019 году – 2644), при этом число посещений увеличилось только в амбулатории (2020 г. – 200, 2019 г. – 100). Показатели посещения других подразделений остались на прежнем уровне: поликлиника для взрослых – 1580, женская консультация – 300, диспансерное отделение (больница, диспансер) – 300, консультативно-диагностический центр – 364.

При сравнительном анализе штатов медицинской организации за изучаемый период отмечается, что число врачебных должностей в целом по организации увеличилось в вследствие открытия новых отделений, присоединения других медицинских организаций и внедрения новых медицинских технологий до 1201,5 (в 2019 году – 801,25), при этом занято 663,0 ставки (в 2019 году – 557,25). Из указанного общего числа на подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приходится 287,25 ставки (в 2019 году – 300,75), из них занято – 200,0 ставок (в 2019 году – 181,25). На подразделения, оказывающие

медицинскую помощь в стационарных условиях, приходится 908,75 ставок (в 2019 году – 495,0), фактически занятыми являются 461,0 ставок (в 2019 году – 374,0).

Число физических лиц основных работников на занятых должностях также увеличилось до 528 врачей (в 2019 году – 481,0), что свидетельствует о целенаправленной работе по укреплению кадрового потенциала и повышению качества предоставляемой медицинской помощи. При этом высшую квалификационную категорию имеют 97 врачей (в 2019 году – 96), первую – 31 (в 2019 году – 41), вторую – 13 (в 2019 году – 13), сертификат специалиста – 499 (в 2019 году – 459).

5.1.3. Показатели деятельности ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» в амбулаторных условиях в период пандемии COVID-19

На деятельность медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказала влияние и санитарно-эпидемиологическая обстановка (карантинные мероприятия), связанная с распространением новой коронавирусной инфекции: число посещений врачей, включая профилактические, сократилось в 2020 году до 504520 (в 2019 году – 675280), из них сельскими жителями до 76088 (в 2019 году – 96759), детьми (0-17 лет) до 44464 (в 2019 году – 59500).

Из общего числа посещений, обратилось в медицинскую организацию амбулаторно по поводу заболеваний сельскими жителями всего 58338 (в 2019 году – 75596), взрослыми (18 лет и более) – 369474 (в 2019 году – 427522), детьми (0-17 лет) – 24444 (в 2019 году – 37944), а число посещений врачами на дому увеличилось, более чем в пять раз и составило 69063 (в 2019 году – 13577). Посещения среднего медицинского персонала сократилось до 8975 (в 2019 году – 14989), из них на ФАП (включая посещения на дому) пришлось 6939 (в 2019 году

– 6385), что было связано с мобилизацией медицинских сестер для работы в противоковидном госпитале.

Из общего числа обращений пациентов в медицинскую организацию, зафиксировано посещений (всего) в связи с заболеванием – 457062 (в 2019 году – 477750), в том числе сельскими жителями 70774 (в 2019 году – 73657), детьми (0-17 лет) – 31197 (в 2019 году – 40200). При этом, из общего числа посещений по заболеваниям в неотложной форме зафиксирован рост более чем в два раза – 97515 случаев (в 2019 году – 47359), активных обращений более чем в пять раз больше, чем в предыдущем году – 17597 (в 2019 году – 3459), по диспансерному наблюдению – 148182 (в 2019 году – 136191). Существенно сократилось число посещений медицинской организации с профилактической и иными целями (всего) – более, чем в 1,8 раза – 116521 (в 2019 году – 211107), в том числе с целью медицинского осмотра – 105882 посещений (в 2019 году – 188550), комплексного медицинского осмотра – 18 (в 2019 году – 175). Показатели обращения в медицинскую организацию для прохождения диспансеризации снизились в период пандемии более, чем в 3,5 раза – до 6327 (в 2019 году – 22298).

Анализ показал, что в 2020 году зафиксировано около 95% обращений по поводу заболеваний (всего) от уровня предыдущего года – 163430 (в 2019 году – 172286), из них сельских жителей 29564 (в 2019 году – 28219), детей (0-17 лет) 13235 (в 2019 году – 13124). При анализе работы дневного стационара в период пандемии, созданного при поликлиническом отделении Красногорской городской больницы № 1, отмечено снижение не только средней длительности лечения (в койко-днях) с 7,3 в 2019 г. до 6,8 в 2020 году, но и значительное снижение (более чем в два раза) числа пациентов, пролеченных за год (в 2020 г. – 1154 человека, в 2019 г. – 2380 человек).

В 2020 году в рамках реализации государственной стратегической программы Московской области «Здоровье Подмосковья» на 2019-2024 гг.» на территории административных образований региона внедрена новая модель медицинской организации («Бережливая поликлиника») [47, 285]. Несмотря на сложные санитарно-эпидемиологические условия, связанные с работой в условиях

пандемии новой коронавирусной инфекции, деятельность медицинских организаций и их подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, продолжалась в рамках создания и тиражирования указанной новой, пациентоориентированной модели медицинской организации, о чем свидетельствуют количество обращений к врачам (всего – 573583 посещений, из них: сельскими жителями – 8524) и среднему медицинскому персоналу (12833 посещений, в том числе сельскими жителями – 3858).

5.1.4. Показатели деятельности стационара ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» в период пандемии COVID-19

При сравнительном анализе использования коечного фонда установлено следующее: число коек на конец отчетного года, сохраняется на стабильном уровне – 962 (в 2019 году – 962), из них расположенных в сельской местности – 110 (в 2019 году – 150), среднегодовых – 959 (в 2019 году – 926).

При этом поступило всего пациентов на плановое лечение вследствие влияния пандемии новой коронавирусной инфекции несколько меньше, чем в предыдущем году – 39833 человек (в 2019 году – 41650), из них сельских жителей – 2507 (в 2019 году – 3282). Из общего числа поступивших, детей (0-17 лет) – 1366 (в 2019 году – 1745), лиц старше трудоспособного возраста (зафиксировано снижение в данной группе до 87% от числа поступивших в предыдущем году) – 16971 (в 2019 году – 19526).

На работу дневного стационара, созданного при круглосуточном стационаре, также повлияли ограничительные меры, связанные с борьбой с новой коронавирусной инфекцией – койко-день в 2020 году сократился в 1,75 раза до 3,7 в сравнении с 2019 годом, а численность пациентов при этом в 2020 году сократилась на 34,2%. В целом, по всем дневным стационарам отмечено уменьшение количества пациентов в 2020 году в сравнении с допандемийным

годом на 42,1 % до 3038 чел. (в 2019 году – 5247), при этом выявлено снижение койко-дня на 29 % до 4,9 (в 2019 году – 6,9).

5.1.5. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» в период пандемии COVID-19

В последние годы количество автоматизированных рабочих мест, подключенных к государственной информационной системе в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации в динамике имеет прогрессивный рост: так, в сфере управления льготным лекарственным обеспечением количество АРМов увеличилось в 2020 году в 22 раза в сравнении с предыдущим годом (в 2019 году – 44), в сфере управления потоками пациентов (электронная регистратура) произошло увеличение АРМов более чем в 80 раз до 566 единиц (в 2019 году – 7), еще 1152 АРМ для обеспечения работы с системой интегрированных электронных медицинских карт установлены в период пандемии в 2020 году.

Несмотря на сложные санитарно-эпидемиологические условия при оценке характеристики автоматизации основных задач и использования цифровых технологий в медицинских организациях региона, необходимо констатировать, что руководство органов управления здравоохранением и медицинских организаций субъекта уделяло значительное внимание решению этих проблем.

До 2020 года телемедицинские технологии не применялись в работе ГБУЗ МО «Красногорская больница №1», а их внедрение в практику лечебно-диагностической деятельности было реализовано в рамках реализации государственной стратегической Программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.» [403], что значительно

оптимизировало деятельность медицинской организации в сложных санитарно-эпидемиологических условиях.

Всего в 2020 году было зафиксировано 410 случаев применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи за счет средств ОМС. Количество проведенных консультаций с применением телемедицинских технологий составило: плановых – 4, неотложных – 18, экстренных – 388. Из указанного количества телемедицинских услуг 398 были проведены в форме консилиумов врачей с применением телемедицинских технологий (плановых – 4, неотложных – 18, экстренных – 376) и 12 в форме консультаций пациентов (в том числе экстренных – 12).

Организация оказания профилактической медицинской помощи (диспансеризация, диспансерное наблюдение, профилактические осмотры) также была значительно укреплена автоматизированными рабочими местами в период пандемии в 2020 году до 566 единиц, что свидетельствует о корректно выбранном векторе на усиление профилактики новой патологии и ведения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в перспективе.

5.1.6. Показатели заболеваемости населения, прикрепленного к ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1» в период пандемии COVID-19

При сравнительном анализе за период 2020 и 2019 гг. формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»⁴, с учетом сложной санитарно-эпидемиологической обстановки в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции отмечена следующая динамика по детскому населению (0-14 лет включительно): число

⁴ Формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»

физических лиц зарегистрированных пациентов уменьшилось до 7919 (в 2019 году – 8086), из них количество пациентов данной группы с диагнозом, установленным впервые в жизни, составило 7038 человек (в 2019 году – 7252), но состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года всего 459 детей (в 2019 году – 404). Зарегистрировано всего заболеваний среди этой возрастной группы детей – 8386 (в 2019 году – 8563), из них с впервые в жизни установленным диагнозом – 7604 (в 2019 году – 7835). Среди детей возрастной группы 0-14 лет в 2020 году взято под диспансерное наблюдение 536 человек (в 2019 году – 655), выявлено случаев заболевания при профилактическом осмотре – 18 (в 2019 году – 19), снято с диспансерного наблюдения – 148 (в 2019 году – 167), состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года 866 (в 2019 году – 488).

При сравнительном анализе по детскому населению в возрасте 15-17 лет включительно отмечается, что число физических лиц зарегистрированных пациентов составило всего 1405 (в 2019 году – 1343), из них с диагнозом, установленным впервые в жизни – 1157 (в 2019 году – 1175). Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года 187 несовершеннолетних данной возрастной группы (в 2019 году – 127), передано под наблюдение во взрослую поликлинику – 369 человек (в 2019 году – 226). Зарегистрировано всего заболеваний у пациентов 15-17 лет включительно – 1658 (в 2019 году – 1613), состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года – 460 (в 2019 году – 331), при этом с впервые в жизни установленным диагнозом – 1336 (в 2019 году – 1352), из них взято под диспансерное наблюдение 199 человек (в 2019 году – 98).

Пандемия новой коронавирусной инфекции как фактор, влияющий на состояние здоровья детского населения и частоту обращения в медицинские организации (с профилактической и иными целями) не оказал значимого влияния: всего в 2020 году зафиксировано 21936 обращений пациентов 0-14 лет включительно (в 2019 году – 21723) и 6626 обращений несовершеннолетних 15-17 лет включительно (в 2019 году – 6841).

При сравнительном анализе за период 2019 и 2020 гг.⁵ отмечена следующая динамика по взрослому населению: зарегистрировано всего заболеваний среди взрослых в 2020 году со значительным ростом – 131256 (в 2019 году – 120897). Взято под диспансерное наблюдение на 18,5% пациентов больше, чем в предыдущем году – 64116 человек (в 2019 году – 54154), при этом с впервые в жизни установленным диагнозом почти на 20% пациентов больше – 61610 человек (в 2019 году – 51605), из них взято под диспансерное наблюдение в 1,9 раза больше, чем в предыдущий год – 18551 (в 2019 году – 9794), выявлено заболеваний при профилактическом осмотре – 668 (в 2019 году – 451), выявлено заболеваний при диспансеризации определенных групп взрослого населения – 1139 (в 2019 году – 2115), снято с диспансерного наблюдения 7926 человек (в 2019 году – 9505), состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года на 20,5 % человек больше – 56190 (в 2019 году – 44649).

Сравнительные данные свидетельствуют о том, что пандемия новой коронавирусной инфекции как фактор, влияющий на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации (с профилактической и иными целями) оказал существенное влияние на заболеваемость взрослого населения (взрослые 18 лет и более), и, помимо этого, оказал дополнительную финансовую нагрузку на бюджет медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области. Так, количество зарегистрированных пациентов (взрослые 18 лет и более, всего) значительно увеличилось (на 8,85%) в сравнении с предыдущим годом до 120598 человек (в 2019 году – 109919), из них с диагнозом, установленным впервые в жизни, – на 26,1% до 61610 человек (в 2019 году – 45574), а всего состоит на диспансерном наблюдении на конец отчетного года 40129 человек (в 2019 году – 36189).

При этом при сравнительном анализе за период 2019 и 2020 гг. выявлена значительная динамика по группе взрослого населения старше трудоспособного возраста, которая находилась на самоизоляции и карантине по месту жительства:

⁵ Формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»

число физических лиц (зарегистрированных пациентов) всего уменьшилось в 1,2 раза до 34034 человек (в 2019 году – 40956), из них количество пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, сократилось на 14,4% до 10987 человек (в 2019 году – 12828), а показатели состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода снизились на 28,9% до 17008 пациентов (в 2019 году – 23934). Несмотря на уменьшение числа физических лиц (зарегистрированных пациентов), число заболеваний (всего) в 2020 году почти не изменилось – 51724 (в 2019 году – 51872). Также необходимо отметить, что количество обращений (всего) в медицинские организации (с профилактической и иными целями) в 2020 году несколько уменьшились (на 3%) до 30682 (в 2019 году – 31642), из них повторные обращения составили 2716 случаев (в 2019 году – 1972). Отмечено, что обращения в медицинские организации для медицинского осмотра и обследования сократились на 5,15% до 22654 случаев (в 2019 году – 23883), тогда как показатели повторных обращений с указанной целью увеличились на 38% до 1789 случаев (в 2019 году – 1111).

5.1.7. Медико-организационные особенности работы противоковидного госпиталя ГБУЗ Московской области «Красногорская больница № 1»

В 2019-2022 гг. система здравоохранения РФ и её субъекты, в том числе и Московская область, в условиях продолжающегося реформирования в рамках государственной стратегической программы «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг., внедрения новых организационных технологий столкнулась с новыми вызовами, связанными с распространением коронавирусной инфекции COVID-19, включая необходимость решения проблем, связанных с экстренными ситуациями, мобилизационной готовностью инфраструктуры, разворачиванием региональных временных инфекционных стационаров (противоковидных госпиталей).

На основании практического опыта предлагались научно обоснованные подходы к нормированию и фактическому обеспечению коечным фондом, размещению медицинских организаций соответствующего профиля, привлечению медицинских работников, волонтерских и общественных организаций, обеспечению медицинским оборудованием. В условиях пандемии большинству медицинских организаций пришлось провести корректировку объемов оказания плановой медицинской помощи в стационарных условиях и перепрофилировать коечный фонд под нужды пациентов с коронавирусной инфекцией [305].

В соответствии с приказом по ГБУЗ МО КГБ № 1 от 20.03.2020 № 139 в учреждении путем перепрофилирования была открыта 151 койка для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. За период с 20 марта по 30 апреля 2020 года для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в учреждении привлечено 1629 работников из числа медицинского персонала, которых условно можно структурировать по пяти категориям: работники «красной зоны» (инфекционный стационар и временный инфекционный стационар); работники амбулаторно-поликлинической службы; работники «зеленой зоны» стационара и работники учреждения, оказывающие на базе инфекционного стационара консультативную медицинскую помощь.

В соответствии с нормативными документами в период развертывания противоэпидемических мероприятий всем медицинским работникам больницы были обеспечены стимулирующие выплаты за работу с указанной категорией пациентов [407, 431, 432].

В связи с дальнейшим прогрессивным распространением эпидемического процесса, ростом заболеваемости и числа тяжело протекающих форм вирусного заболевания у пациентов, осложнений в ходе инфицирования и после перенесенной вирусной атаки у заболевших, с целью создания условий изолированного пребывания пациентов в круглосуточном стационаре на период обострения эпидемиологической обстановки, обусловленной распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, министерством здравоохранения

Московской области на основании распоряжения Губернатора Московской области был принят приказ Министерства здравоохранения Московской области от 29.04.2020 № 606 «О развертывании временного инфекционного стационара ГБУЗ МО «Красногорская городская больница № 1», который был организован в здании выставочного павильона №3 Красногорского филиала «Крокус Экспо». В соответствии с приказом, руководство Красногорской ГKB №1 в кратчайший срок обеспечило развертывание временного инфекционного стационара для оказания медпомощи пациентам с острой респираторной вирусной инфекцией и внебольничной пневмонией с вероятным, подозрительным и подтвержденным заболеванием COVID-19 на 1040 инфекционных коек (в том числе – 120 реанимационных коек).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 (в дальнейшем Приказ от 1.10.20 №1062н) [391] было рассчитано и утверждено штатное расписание в количестве 2025,09 ставок: руководитель – 1 ставка, врачи – 729,37 ставки, средний медицинский персонал – 944,47 ставки, младший медицинский персонал – 350,25 ставки.

Учитывая дефицит специализированных кадров (врачей анестезиологов-реаниматологов, врачей инфекционистов, заведующих отделениями) в расчет общего числа ставок включались ставки врачей-стажеров на каждую должность врача-специалиста, что позволило укомплектовать физическими лицами персонал отделений с развернутыми койками. Готовности персонала к работе в условиях временного инфекционного стационара также способствовало прохождение врачами 36-часовых циклов повышения квалификации по теме «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения коронавирусной инфекции COVID-19» [7, 305, 364].

Руководством Красногорской ГБ №1 организовано обеспечение временного инфекционного стационара материально-техническим оборудованием,

материальными запасами, лекарственными препаратами, расходными материалами (с неснижаемым еженедельным резервом), средствами индивидуальной защиты, что позволило создать возможности для бесперебойного оказания медицинской помощи нуждающимся пациентам. За период работы временного инфекционного стационара, в который направлялись преимущественно пациенты с заболеваниями, протекающими в тяжелой форме, было пролечено 2287 пациентов (в том числе в отделении реанимации и интенсивной терапии – 147 человек), летальность составила 0,6% в 2020 г. и 2,2% в 2021 г., общее количество койко-дней составило за весь период работы 24446⁶.

5.1.8. Планирование коечного фонда медицинской организации региона, оказывающей медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационарных условиях

Региональная сеть медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, включающая, в том числе, структурные подразделения, в период развития и распространения коронавирусной инфекции COVID-19 были максимально переориентированы на оказание медицинской помощи пациентам с данным заболеванием при соблюдении следующих условий:

- доля медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационарных условиях, не превышала 50% всех медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях на территории субъекта Российской Федерации;
- коечный фонд медицинских организаций, перепрофилированных для оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19, не превышал 50% суммарного (общего) коечного фонда всех медицинских

⁶ Справочно: в стационар направлялись пациенты в 2020 году в течение мая, июня, декабря; в 2021 году - в феврале, марте, апреле

организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При этом на период развития коронавирусной инфекции COVID-19 допускалась корректировка рекомендуемых значений показателя численности обслуживаемого населения для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в том числе с учетом:

- возможного дополнительного развертывания коечного фонда и интенсификации его работы;
- пересмотра планов маршрутизации и закрепления за медицинскими организациями отдельных муниципальных образований по территориальному принципу;
- перераспределения объемов медицинской помощи, оказываемой в плановой, неотложной и экстренной формах в разрезе профилей медицинской помощи;
- строительства быстровозводимых стационарных объектов здравоохранения (противоковидный госпиталь на 1040 коек) или временных сооружений, выполняющих функции медицинских организаций [143, 364].

Для сохранения доступности медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, задействованных для борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19, на период эпидемии осуществлялось перераспределение плановых объемов медицинской помощи в иные медицинские организации любой формы собственности (в том числе и частные МО) и ведомственной принадлежности, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с учетом возможности оказания данных видов медицинской помощи и профиля указанных медицинских организаций. Для оценки текущих возможностей стационарной сети медицинских организаций и формирования резервного перечня из объектов медицинской инфраструктуры, которые могут быть использованы для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19, осуществлено ранжирование МО с учетом [305]:

1. Ресурсной базы медицинской организации (укомплектованность медицинскими работниками, оснащенность медицинским оборудованием, наличие площадей для размещения дополнительных коек, возможность монтажа дополнительных строительных и инженерно-технических конструкций), а также потенциала для ее укрепления.

2. Территориального расположения медицинской организации относительно населенного пункта (очага), подъездных путей, в том числе в зависимости от категории автомобильных дорог.

3. Уровня медицинской организации, наличия «защищенных» профилей медицинской помощи (в рамках реализации федеральных и региональных Программ по борьбе с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями Национального проекта «Здравоохранения»), плановых объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [164, 275, 328, 305].

Критерии оценки МО для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 представлены в Приложении Р [367].

По результатам данной оценки предложена классификация МО, оказывающих медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19:

1. Стационары типа I (с суммой баллов от 50 до 70 и более) – стационары, обладающие максимальной ресурсной базой и территориальной доступностью, в которые в первую очередь необходимо госпитализировать пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

2. Стационары типа II (с суммой баллов от 30 до 49) – стационары второй очереди (резерва), которые могут быть задействованы при неблагоприятном развитии эпидемиологического процесса.

3. Стационары типа III (с суммой баллов до 29) – стационары, малопригодные для оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусной

инфекцией COVID-19, требующие значительных, но экономически нецелесообразных ресурсных вложений.

Исходя из предложенной нами на основе критериев оценки МО для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19, временный инфекционный стационар Красногорской городской больницы № 1 был отнесен к группе стационаров типа I, обладающих максимальной ресурсной базой и территориальной доступностью, в которые в первую очередь необходимо госпитализировать пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Исходя из практического опыта проведения противоэпидемических мероприятий в реальных условиях и в целях планирования потребности медицинских организаций в коечном фонде использовался подход, базирующийся на анализе уровня заболеваемости. Оптимальным было использование метода экстраполяции фактических данных определенного периода наблюдения (как правило, не менее 3 месяцев наблюдений) на последующие периоды (как правило, на один год и более лет). Метод был использован в условиях динамично прогрессирующего роста эпидемиологического процесса, расчет потребности в коечном фонде медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществлялся по утвержденной методике с использованием следующих нормативных показателей (условий):

- среднегодовая занятость инфекционной койки (или иной койки, перепрофилированной для оказания медицинской помощи данным пациентам) в целях соблюдения санитарно-эпидемиологического режима в медицинской организации (прежде всего режима дезинфекционных мероприятий) не должна превышать 281 день в году;

- средняя длительность пребывания одного пациента с коронавирусной инфекцией на койке составляет 14,0 дней.

К середине 2020 года, исходя уже из имеющихся эмпирических данных о работе временного инфекционного стационара Красногорской городской больницы № 1, средняя длительность пребывания пациентов с COVID-19 на койке составила 11,27 дня в 2020 году и 11,22 дня в 2021 году. Для расчетов нами

использовались данные медианы средней длительности лечения 14 дней по результатам исследования.

Расчет годового норматива случаев госпитализации (N с/г) на 1000 жителей проводился по следующей формуле:

$$N \text{ с/г} = (\text{абсолютное число заболевших за полный месяц наблюдения} \times 12 \text{ мес./численность населения}) \times 1000$$

Скорректированное число койко-дней на 1000 жителей (N к/д) рассчитывалось путем перемножения расчетного годового норматива случаев госпитализации (N с/г) на среднюю длительность пребывания одного пациента на койке (14,0 дня). Оценка потребности в дополнительных койках осуществлялась с учетом ежемесячного оборота койки (в среднем 1,7).

При планировании противоэпидемических мероприятий в условиях новой коронавирусной инфекции также необходимо было учитывать, что наличие ХНИЗ у пациентов с коронавирусной инфекцией определяет её неблагоприятное течение и прогноз [575]. Так, по данным медико-социологического ретроспективного исследования (n=158 пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19, 2021 г.), реализованного А.В. Решетниковым, Фроловой И., Абасовой О.П. и др., коронавирусная инфекция имеет более неблагоприятное течение у пациентов с сердечно-сосудистыми, онкологическими, бронхолегочными заболеваниями, а также с сахарным диабетом и значительной степенью ожирения [575]. Ограничение возможностей получения плановой медицинской помощи во время эпидемии, связанное с перегруженностью системы здравоохранения и перепрофилированием лечебных учреждений, а также карантинными мерами в виде самоизоляции, оказало влияние на поведенческие факторы риска, психосоматический статус и клиническое течение заболевания в группе пациентов с ХНИЗ, имеющих наиболее неблагоприятный прогноз при коронавирусной инфекции – при этом 42% участников исследования отметили ухудшение плановой медицинской помощи, а 56,1% указали, что в условиях самоизоляции не получали медикаментозного лечения, соответствующего современным клиническим рекомендациям, и имели различную степень обострения ХНИЗ. Одновременно с

этим, пациенты, получавшие базовую терапию ХНИЗ в соответствии с клиническими рекомендациями до госпитализации во временный инфекционный госпиталь, имели более благоприятное течение коронавирусной инфекции на госпитальном этапе и более низкий уровень внутрибольничной летальности, чем пациенты, не имеющие адекватной терапии – 2,0% против 21,0% соответственно ($p < 0,005$).

Учитывая указанные обстоятельства, крайне важным является активное наблюдение за пациентами указанной группы, объективная оценка получаемой ими терапии, своевременная ее коррекция на уровне амбулаторного звена, поэтому основным методом профилактики тяжелых осложнений коронавирусной инфекции у пациентов с ХНИЗ является диспансерное наблюдение за такими пациентами и информационная работа с населением по повышению уровня комплаентности и формированию самосохранительного поведения – несмотря на все сложности, с которыми встречается первичное медицинское звено во время пандемии [83, 114, 320, 628].

Исходя из практического опыта работы в условиях новой коронавирусной инфекции, стратегическое планирование изменений медицинской сети и оптимизацию ресурсов медицинских организаций возможно осуществлять с использованием предлагаемой методики с учетом моделирования ситуаций с развитием эпидемиологического процесса, потребностей пациентов разных групп в медицинской помощи, в соотнесении с результатами многофакторного анализа потенциальных возможностей, имеющихся на территории региона объектов здравоохранения, а также учитывая территориальное районирование, мощность и оснащенность, кадровый потенциал МО, транспортную доступность. Указанные изменения объективно требуют предварительной системной медико-социологической оценки деятельности как на уровне организации, расположенной на территории административного образования Московской области, так и на уровне региона в целом [368].

Таким образом, на примере анализа деятельности Красногорской больницы №1, как типичной медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, в условиях пандемии новой

коронавирусной инфекции COVID-19 выявлены ключевые зоны, требующие внимания и учета в ситуации возрастания эпидемиологической нагрузки (возможность оперативного перепрофилирования медицинской организации, расчет коечного фонда и его резервов, кадровое обеспечение, развитие телемедицинских услуг, информационная работа с различными группами пациентов), а также показана необходимость принятия решений о векторах стратегического развития системы здравоохранения региона с учетом особенностей практической деятельности медицинских организаций и имеющихся ресурсов.

5.2. Социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области

Векторы развития системы здравоохранения Московской области определены положениями государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на период 2019-2024 годов» [403], в которой детально описаны цели, задачи, планируемые мероприятия программы, выделяемые финансовые ресурсы, направления модернизации и реновации отрасли. Процесс реализации мероприятий программы начинается, прежде всего, в медицинских организациях административных образований региона, предоставляющих медицинскую помощь жителям Подмоскovie, и эффективность их реализации (в том числе в различных ситуациях эпидемиологического риска) во многом определяется управленческой компетентностью руководителей МО. В этой связи актуальным является изучение социального портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования региона.

Согласно профессиональному стандарту специалиста в области организации здравоохранения и общественного здоровья, утвержденного Приказом Минтруда и социальной защиты РФ от 07.11.2017 г. № 768н [399], руководитель МО должен не

только обеспечить деятельность организации здравоохранения, направленной на укрепление общественного здоровья и совершенствования управления МО, но в его трудовую функцию также входят управление процессами деятельности МО и управление самой МО, в том числе стратегическое планирование и обеспечение развития медицинской организации.

Реализованное в рамках диссертационной работы в 2022 году на базе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского медико-социологическое исследование «Изучение составляющих социально-конструированного портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области» (анкетный опрос руководителей медицинских организаций и их заместителей по медицинским вопросам, $n=231$), позволило выявить основные характеристики руководителя медицинской организации Московского региона и сконструировать его портрет.

Большинство принявших участие в опросе – женщины ($58,0 \pm 3,2\%$). Возраст опрошенных находился в диапазоне 28-69 лет: средний возраст – 49 лет, медиана – 49 лет, модальные интервалы 40-49 лет ($35,6 \pm 3,2\%$) и 50-59 лет ($32,0 \pm 3,1\%$) (Рисунок 44).

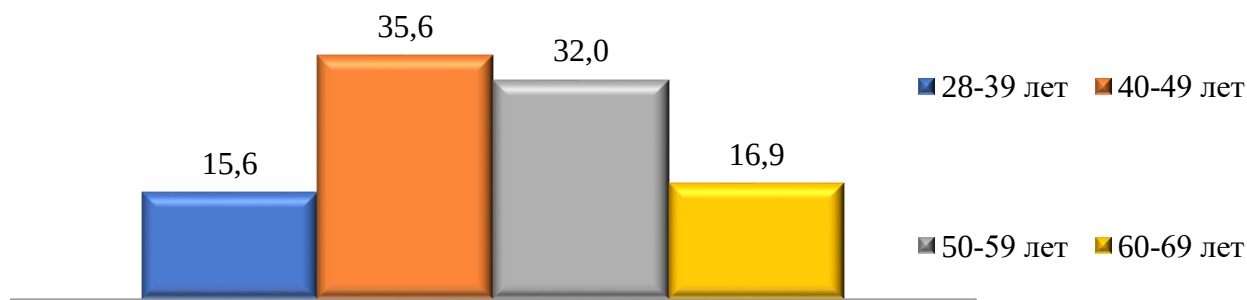


Рисунок 44 – Возрастное распределение респондентов (%)

Сопряженность переменных пола и возраста респондентов отражает сдвиг в сторону более молодого возраста в группе респондентов мужского пола по сравнению с респондентами-женщинами (Рисунок 45).

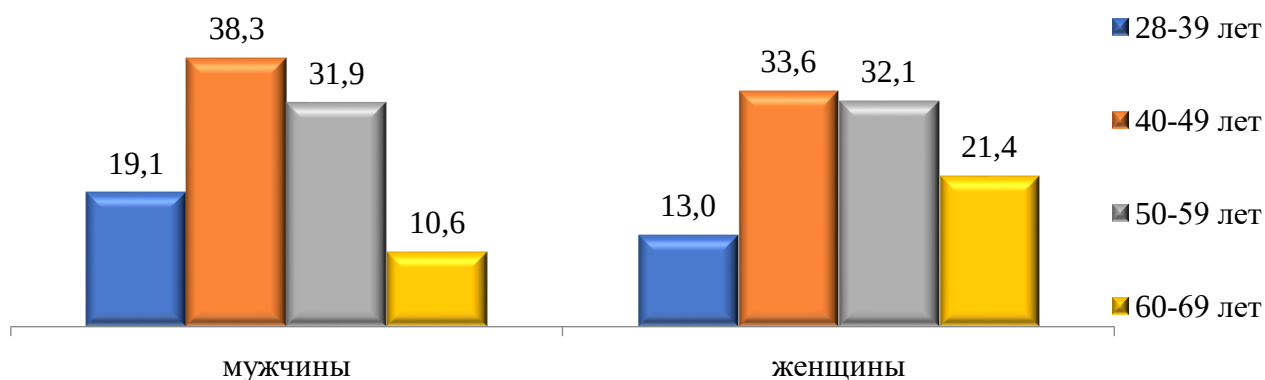


Рисунок 45 – Половозрастное распределение респондентов (%)

На момент проведения исследования около двух третей респондентов ($72,4 \pm 2,9\%$) состояли в зарегистрированном браке и еще 3,1% определили свой семейный статус как «совместное проживание с партнером». Каждый десятый респондент ($9,6 \pm 1,9\%$) указал, что никогда не вступал в брак, еще $9,2 \pm 1,9\%$ были разведены, а $5,7 \pm 1,5\%$ участников опроса были вдовами / вдовцами.

Руководители-мужчины чаще состояли в устойчивых семейных отношениях (женаты либо проживают совместно с партнером) по сравнению с женщинами – 84,4% против 68,9% соответственно. Кроме того, среди женщин было больше одиноких: каждая девятая женщина-руководитель (11,4%) никогда не вступали в брак, и еще 9,8% – вдовы (Рисунок 46).

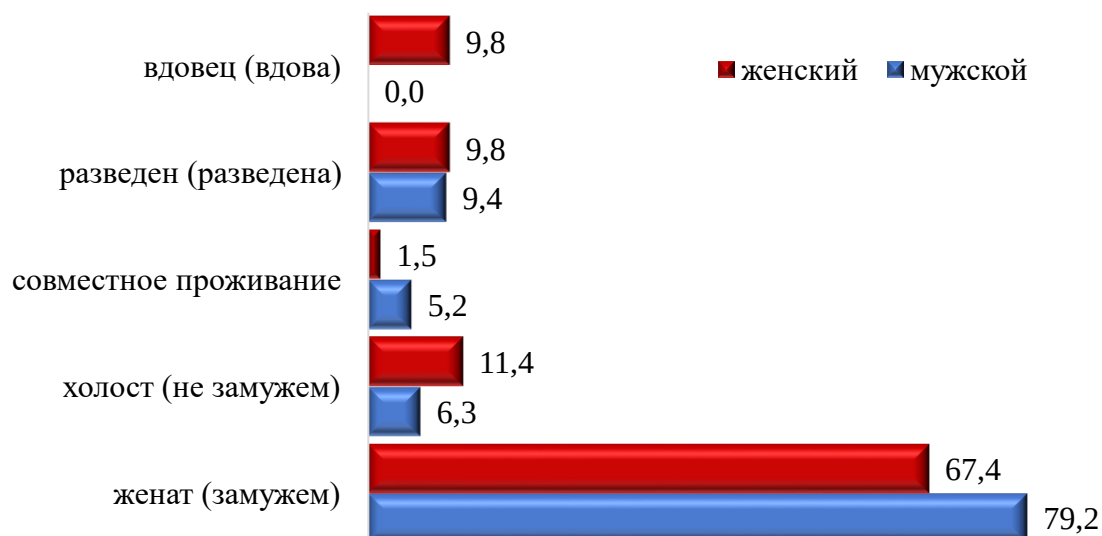


Рисунок 46 – Семейное положение респондентов разного пола (%)

У $87,8 \pm 2,2\%$ респондентов есть дети, при этом почти половина в группе респондентов с детьми ($48,8 \pm 3,9\%$) воспитывают одного ребенка, $40,5 \pm 3,8\%$ – двоих, а каждый десятый (совокупно $10,7 \pm 2,4\%$) – является многодетным родителем и имеет троих и более детей.

Согласно данным исследования, совокупно $52,4 \pm 3,3\%$ респондентов на момент проведения опроса были трудоустроены в стационарных медицинских организациях, расположенных на территории административных образований Московской области, а $47,6 \pm 3,3\%$ осуществляли руководство амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Более половины респондентов ($65,8 \pm 3,1\%$) на момент проведения опроса занимали должность заместителя главного врача, а $34,2 \pm 3,1\%$ респондентов являлись главными врачами.

Распределение показателей стажа работы в должности показывает, что большинство респондентов являются руководителями медицинской организации более 5 лет (совокупно $69,7 \pm 3,0\%$), при этом треть опрошенных ($33,8 \pm 3,0\%$) занимают руководящую должность 6-10 лет (модальный интервал), $17,3 \pm 2,5\%$ главных врачей и их заместителей работают в этой должности от 11 до 15 лет, а $18,6 \pm 2,6\%$ - более 15 лет.

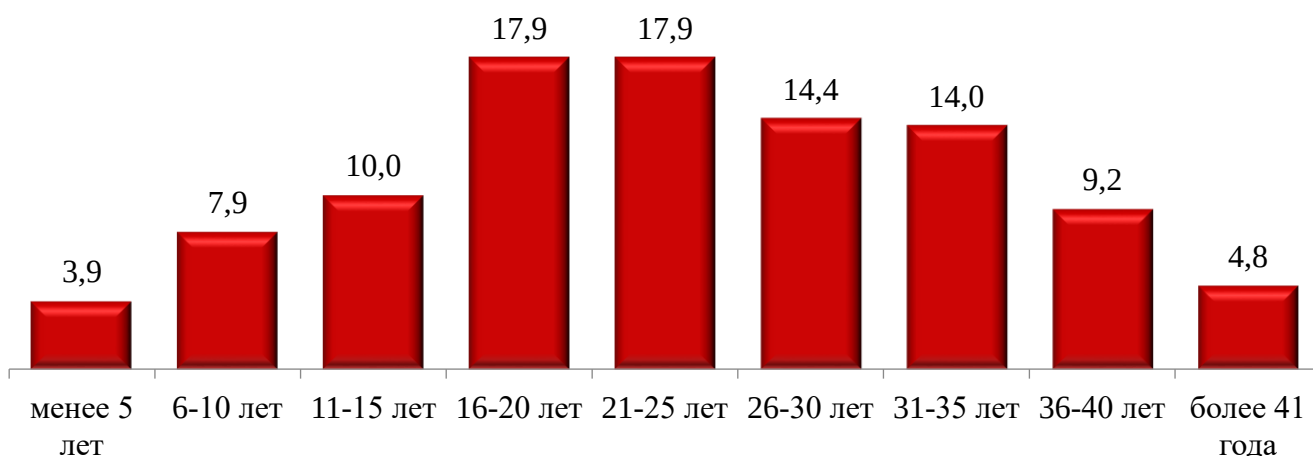


Рисунок 47 – Общий стаж работы респондентов по специальности (%)

Принимая во внимание, что Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих предусматривает, что «стаж

работы главного врача медицинской организации на руководящих должностях должен быть не менее пяти лет» [388], все респонденты имели существенный опыт руководящей деятельности. При этом общий трудовой стаж опрошенных респондентов находится в значительно более широком диапазоне (от 1 года до 47 лет), средний – 24 года, модальный интервал – 16-25 лет (Рисунок 47).

По данным опроса, у респондентов женского пола несколько чаще встречаются показатели стажа 15 и более лет (25,6% у женщин против 19,6% у мужчин), при этом мужчин больше в когорте работников со стажем 4-6 лет (34,0% у мужчин и 27,8% у женщин), что, в целом, соотносится с возрастным распределением респондентов.

Более двух третей участников опроса имеют высшую квалификационную категорию (76,7±3,0%), еще 20,1±2,9 % – первую и только 3,2% – вторую.

Ученая степень была присвоена каждому пятому руководителю медицинской организации (17,1±2,5% – кандидаты наук, 3,2±0,8% – доктора наук). При этом у респондентов-мужчин чаще есть ученая степень, чем у женщин-руководителей (25,3% и 16,5% соответственно). Главные врачи также чаще имеют ученую степень, нежели их заместители (29,5% и 15,2% соответственно).

Удовлетворенность работой выступает одним из критериев эффективности трудовой деятельности и во многом обусловлена влиянием таких факторов, как условия и оплата труда, трудовая нагрузка, взаимоотношения в трудовом коллективе. Согласно результатам опроса, 89,1±2,1% руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований московского региона удовлетворены своей работой (23,6±2,8% полностью и 65,5±3,1% – скорее удовлетворены). Еще 7,4±1,7% указали, что «скорее не удовлетворены» трудовой деятельностью, а 0,4% оказались полностью не удовлетворены. Затруднились с ответом на данный вопрос 3,1% респондентов (Рисунок 48).



Рисунок 48 – Удовлетворенность респондентов работой (%)

Вопрос удовлетворенности работой руководителей медицинских организаций региона также был изучен в сопряженности с полом, возрастом, стажем работы по специальности и самооценкой респондентом состояния своего здоровья. Согласно полученным данным, гендерная принадлежность респондентов не оказывала значимого влияния на показатели удовлетворенности работой.

Несмотря на незначительную силу корреляционной связи (p -Спирмена = 0,2 при $p \leq 0,01$), сопряженность возраста руководителей медицинских организаций и уровня их удовлетворенности своей трудовой деятельностью показывает, что в наибольшей степени удовлетворены работой респонденты самой молодой и самой старшей возрастных групп 28-39 лет и 60-69 лет – совокупные показатели 92,7% и 97,3% соответственно (Таблица 19).

Таблица 19 – Сопряженность показателей возраста и удовлетворенности респондентов работой (%)

Возраст респондента	Удовлетворенность респондентов работой				
	удовлетворен(а) полностью	скорее удовлетворен(а)	скорее не удовлетворен(а)	полностью не удовлетворен(а)	затрудняюсь ответить
28-39 лет	19,5%	73,2%	7,3%	-	-
40-49 лет	12,9%	67,9%	12,8%	1,3%	5,1%
50-59 лет	31,0%	60,6%	5,6%	-	2,8%
60-69 лет	32,4%	64,9%	-	-	2,7%

Удовлетворенность работой также связана с общим трудовым стажем респондентов (p -Спирмена = 0,88 при $p \leq 0,01$): в группе «молодых» руководителей

со стажем менее пяти лет и в группе респондентов со стажем более 15 лет – наибольшая доля выбравших вариант ответа «полностью удовлетворен» и менее всего неудовлетворенных работой (Таблица 20).

Таблица 20 – Сопряженность показателей общего стажа и удовлетворенности респондентов работой (%)

Общий стаж работы респондента по специальности	Удовлетворенность респондентов работой				
	удовлетворен(а) полностью	скорее удовлетворен(а)	скорее не удовлетворен(а)	полностью не удовлетворен(а)	затрудняюсь ответить
менее 5 лет	27,3%	63,6%	9,1%	-	-
6-10 лет	5,6%	72,2%	11,0%	5,6%	5,6%
11-15 лет	21,7%	69,6%	-	-	8,7%
более 15 лет	26,4%	65,4%	6,2%	-	2,0%

Объяснимо, что в большей степени удовлетворены своей работой руководители, оценившие состояние своего здоровья как «отличное» и «хорошее», тогда как среди оценивших свое состояние здоровья как «плохое» не было полностью удовлетворенных своим трудом.

Таблица 21 – Сопряженность показателей самооценки состояния здоровья и удовлетворенности респондентов работой (%)

Самооценка состояния здоровья респондентами	Удовлетворенность респондентов работой				
	удовлетворен(а) полностью	скорее удовлетворен(а)	скорее не удовлетворен(а)	полностью не удовлетворен(а)	затрудняюсь ответить
отличное	35,7%	64,3%	-	-	-
хорошее	29,1%	65,8%	2,5%	1,3%	1,3%
удовлетворительное	19,8%	65,6%	9,9%	-	4,6%
плохое	-	66,7%	33,3%	-	-

Удовлетворенность заработной платой является одной из ключевых составляющих удовлетворенности респондентов работой. Почти половина участников опроса (совокупно $49,3 \pm 3,3\%$) считают, что заработная плата полностью или скорее соответствует уровню их квалификации, опыту работы и трудовым затратам. Тем не менее, оплата труда не соответствует ожиданиям $41,9 \pm 2,7\%$ участников опроса (Рисунок 49).

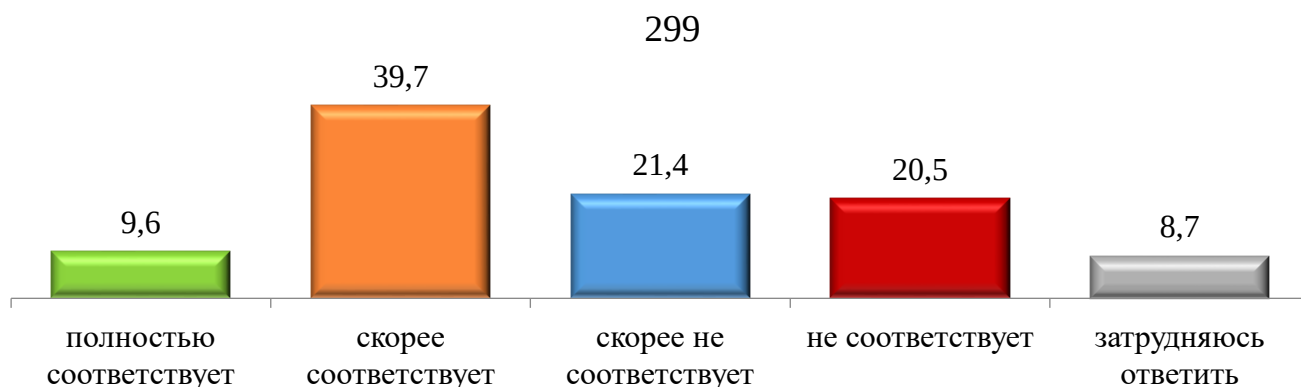


Рисунок 49 – Удовлетворенность респондентов уровнем оплаты их труда (%)

Профессиональная деятельность, помимо обеспечения финансовой стабильности, выступает полем профессиональной самореализации респондентов, получения признания и уважения коллег и пациентов. Более половины участников опроса отметили, что работа дает им возможность полностью реализовать свои профессиональные навыки ($57,1 \pm 3,3\%$), обеспечить необходимый уровень дохода семьи ($53,2 \pm 3,3\%$), возможность совершенствования своих профессиональных навыков ($46,8 \pm 3,3\%$). Такие факторы, как уважение коллег ($19,9 \pm 2,6\%$) и признание пациентами значимости их труда ($17,3 \pm 2,5\%$), а также возможность удовлетворения своих научных интересов ($13,0 \pm 2,2\%$) имеют для руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московской области, меньшее значение. Интересно, что только $12,6 \pm 2,2\%$ руководителей медицинских организаций региона отметили «высокую должность» как фактор привлекательности рабочего места (Рисунок 50).



Рисунок 50 – Распределение ответов респондентов на вопрос: «Что, прежде всего, Вам дает работа?» (множественный выбор, %)

В условиях высокой динамики изменений в отрасли и широком спектре управленческих задач руководитель медицинской организации должен обладать знаниями, умениями и навыками в сопряженных областях. Большинство руководителей медицинских организаций региона указали, что, прежде всего, хотели бы повысить свою правовую компетентность ($79,1 \pm 2,7\%$), а также чувствуют потребность в таких неклинических областях знаний, как цифровые технологии ($66,8 \pm 3,1\%$), организация здравоохранения ($65,2 \pm 3,1\%$), экономика ($60,7 \pm 3,2\%$), менеджмент ($60,3 \pm 3,2\%$), социальный маркетинг ($53,4 \pm 3,3\%$), психология ($51,7 \pm 3,3\%$), социология ($37,5 \pm 3,1\%$). Высокий уровень заинтересованности в неклинических областях знаний отражает стремление руководителей медицинских организаций региона, принимающих решения, к повышению уровня своей управленческой компетентности.

Для принятия своевременных и грамотных управленческих решений в соответствии со стратегическими планами развития системы здравоохранения региона необходимо регулярное получение информации об актуальных трендах в профессиональной сфере. Несмотря на высокий уровень рабочей нагрузки руководителей медицинской организации, каждый третий респондент ($34,2 \pm 3,1\%$) ежемесячно посещает научно-практические мероприятия по профилю работы (конференции, семинары, совещания и др.), $30,3 \pm 3,0\%$ участников опроса – раз в квартал. Каждый десятый респондент ($10,8 \pm 2,0\%$) признался, что практически не посещает научные мероприятия (Рисунок 51).

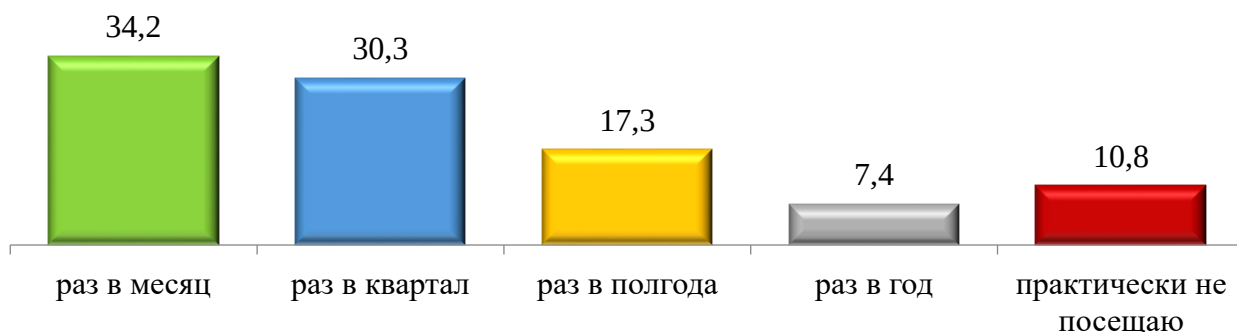


Рисунок 51 – Частота посещения респондентами научно-практических мероприятий (конференции, семинары, совещания и др.) по профилю работы (%)

Чтение научных и профессиональных публикаций позволяет врачу подробно познакомиться с современными тенденциями развития специальности. Ежедневно читают профессиональные публикации $18,3 \pm 2,5\%$ руководителей, $28,4 \pm 3,0\%$ читают научные статьи раз в неделю, $30,1 \pm 3,0\%$ имеют возможность знакомиться с новыми научными источниками 2-3 раза в месяц, и еще $15,3 \pm 2,4\%$ изучают научную литературу один раз в месяц и реже. Только $7,9 \pm 1,8\%$ респондентов признались, что у них «совсем нет времени читать» (Рисунок 52).

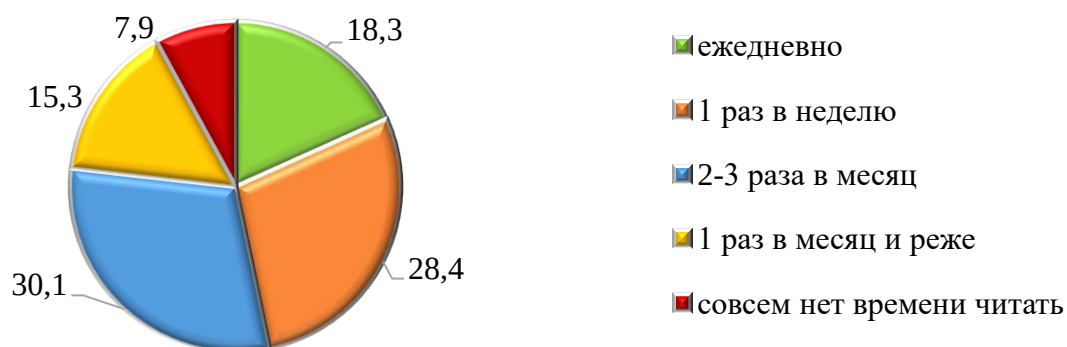


Рисунок 52 – Частота чтения респондентами научных и профессиональных публикаций по специальности (%)

Самооценка здоровья – важный показатель, определяющий, в том числе эффективность реализации трудовых обязанностей руководителей. Среди опрошенных более половины ($58,1 \pm 3,2\%$) оценили свое здоровье как «удовлетворительное», $34,5 \pm 3,1\%$ – как «хорошее». Примечательно, что $6,1 \pm 1,6\%$ руководителей имеют, согласно их мнению, «отличное» здоровье. Только $1,3\%$ респондентов оценили состояние своего здоровья как «плохое».

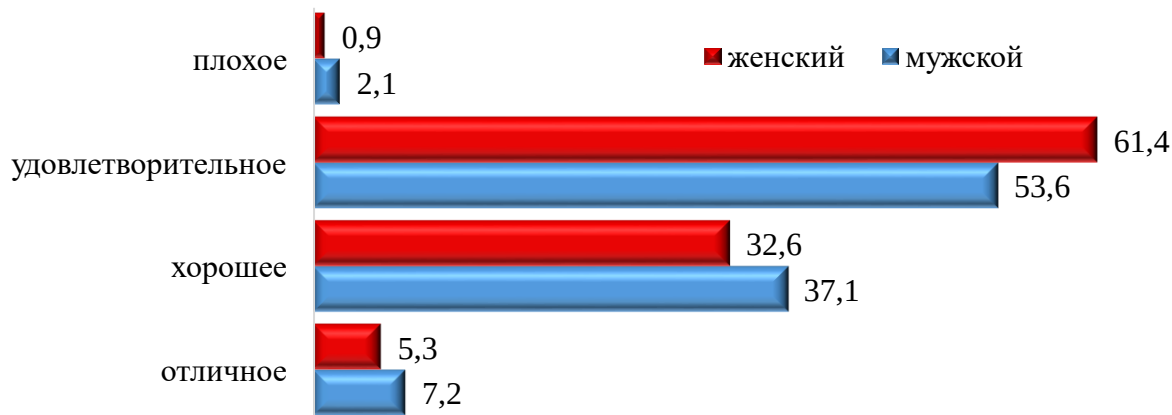


Рисунок 53 – Самооценка своего здоровья респондентами разного пола (%)

При этом респонденты женского пола чаще, чем мужчины оценивают свое состояние здоровье как удовлетворительное, тогда как в группе оценивших здоровье как «хорошее» и «отличное» больше мужчин (суммарно 44,3% против 37,9% женщин соответственно) (Рисунок 53).

Самооценка респондентами состояния своего здоровья объяснимо связана с показателями возраста, при этом наибольшая доля оценивших свое здоровье как «удовлетворительное» наблюдается в возрастной группе 50-59 лет, а оценивших свое здоровье на «отлично» в группе молодых респондентов до 39 лет (Рисунок 54).

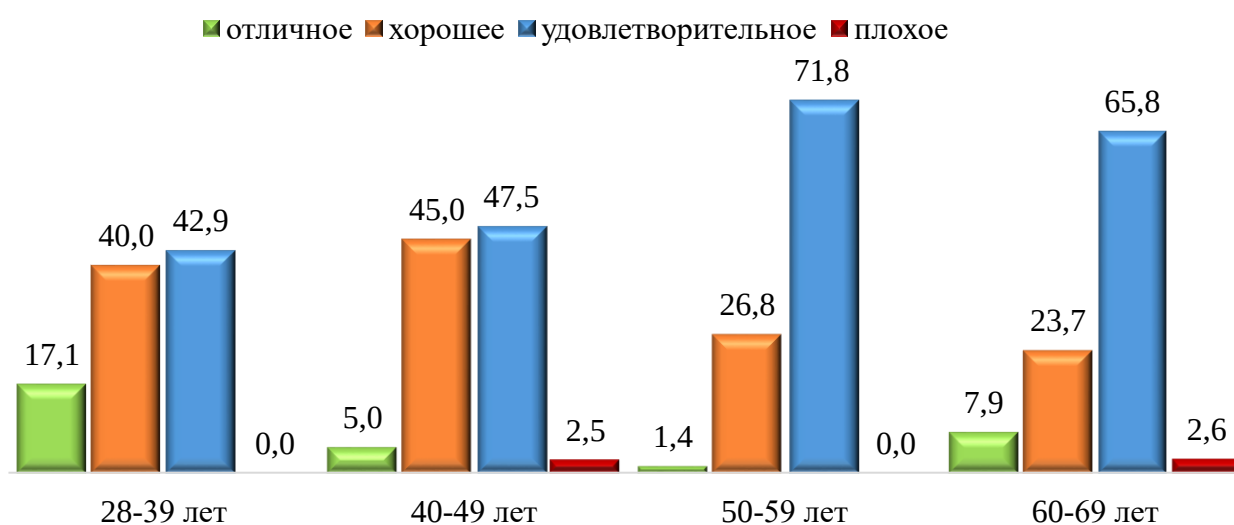


Рисунок 54 – Самооценка респондентами разного возраста состояния своего здоровья (%)

Согласно результатам опроса, чуть менее половины опрошенных ($46,8 \pm 3,3\%$) соблюдают распорядок питания, еще $39,4 \pm 3,2\%$ руководителей медицинских организаций регулярно занимаются физической культурой, а $34,2 \pm 3,1\%$ – стараются соблюдать распорядок дня. Закаливание, как мера сохранения и укрепления здоровья, является актуальной для $8,2 \pm 1,8\%$ респондентов. При этом пятая часть руководителей медицинских организаций ($20,3 \pm 2,6\%$) не предпринимает никаких действий по сохранению своего здоровья (Рисунок 55).

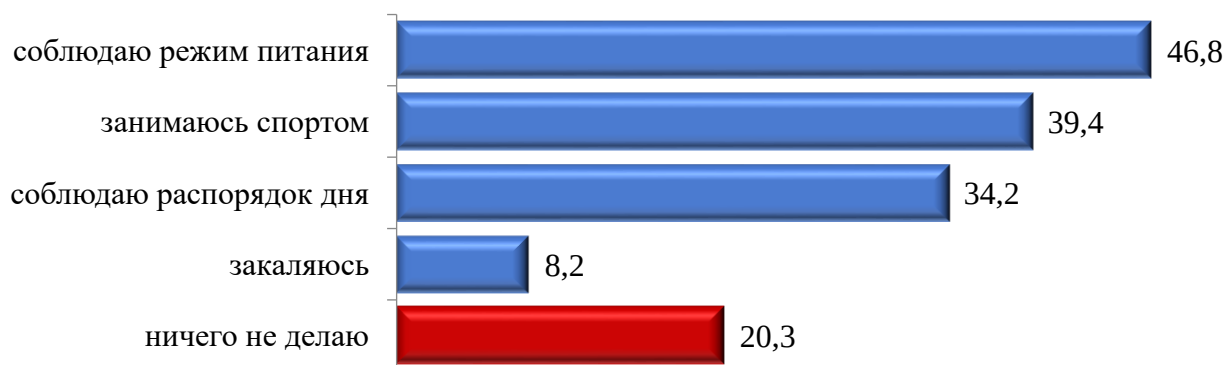


Рисунок 55 – Меры по сохранению и укреплению здоровья, регулярно предпринимаемые респондентами (% , множественный вопрос)

Среди открытых ответов на вопрос о мерах по сохранению здоровья ($n=24$), наиболее популярными у респондентов были варианты «прием биологически активных добавок», «регулярный медицинский осмотр», а также «отсутствие вредных привычек». При этом респонденты-женщины более привержены мерам по сохранению и укреплению своего здоровья (соблюдение распорядка дня, закаливание, занятия спортом), нежели мужчины (Рисунок 56).

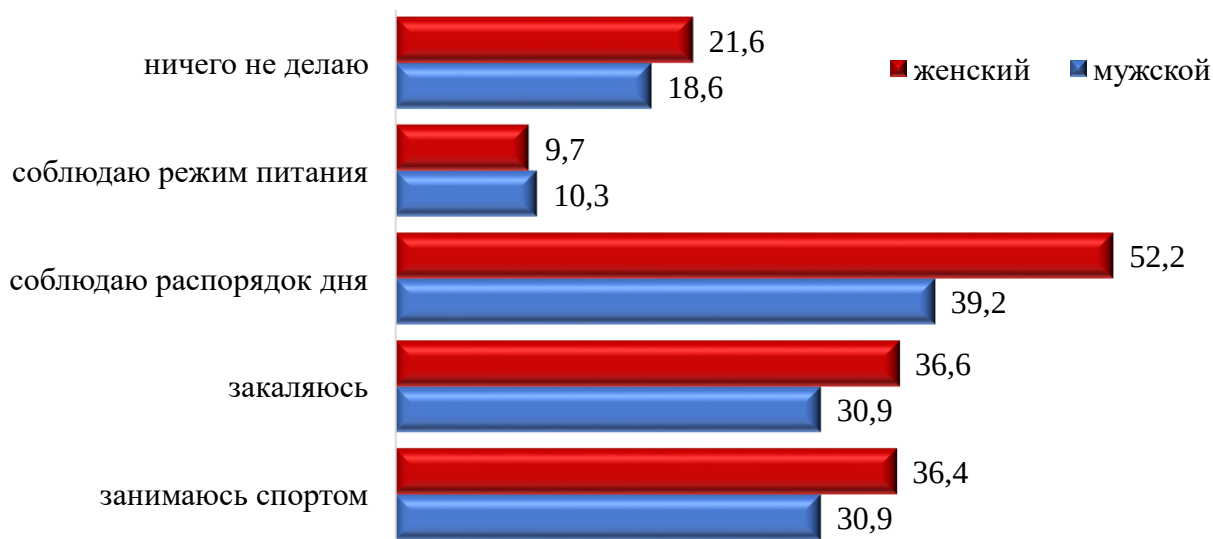


Рисунок 56 – Меры по сохранению и укреплению здоровья, регулярно предпринимаемые респондентами разного пола (% , множественный вопрос)

Согласно полученным данным, каждый четвертый опрошенный ($23,6 \pm 2,8\%$) имеет вредные привычки, при этом мужчины им более привержены (p -Спирмена = 0,31 при $p \leq 0,01$) и в три раза чаще признавались в наличии зависимостей, чем

женщины (38,9% и 12,7% соответственно). Примечательно, что доля тех, кто имеет вредные привычки снижается с возрастом: отметили, что имеют таковые 42,9% респондентов в возрасте 28-39 лет, в возрастной когорте 40-49 лет имели вредные привычки 33,8% опрошенных, среди респондентов 50-59 лет – 11,3%, и только 5,3% опрошенных 60-69 лет указали их наличие.

По данным исследования, более половины руководителей медицинских организаций региона ($59,4 \pm 3,2\%$), считают, что они «живут нормально, но приходится экономить», а еще треть респондентов ($32,3 \pm 3,1\%$) считают себя «обеспеченными», однако крупные приобретения «могут купить нечасто». К финансово успешным (вариант ответа «достаточно состоятелен, не ограничиваю себя в крупных приобретениях») причислили себя только 2,2% респондентов (Рисунок 57).

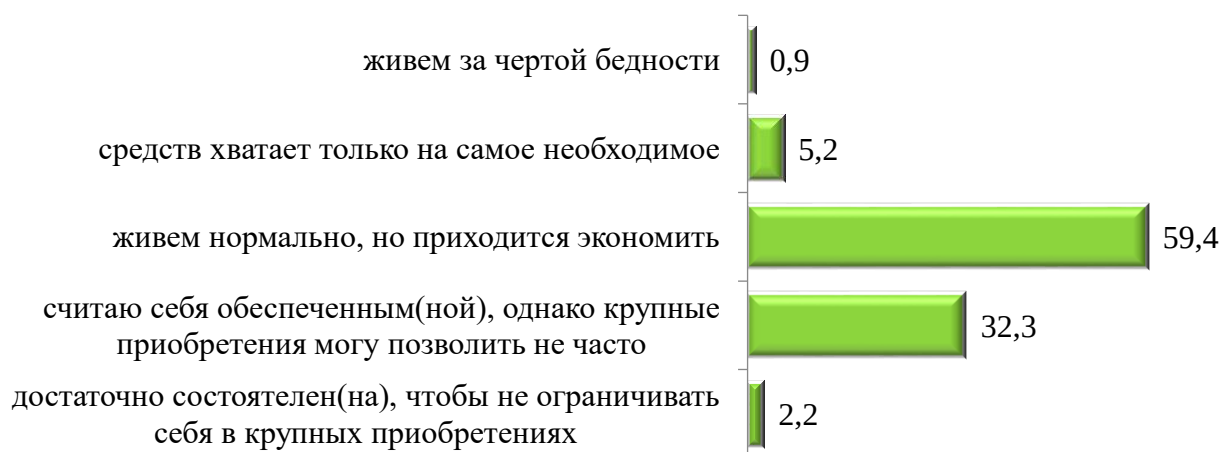


Рисунок 57 – Оценка респондентами их материального положения (%)

При этом фактический уровень среднемесячного дохода на одного человека в семье трети респондентов ($29,8 \pm 3,0\%$) составляет 40-60 тысяч рублей, еще четверть ($24,1 \pm 2,8\%$) имеют подушевой доход 30-50 тысяч рублей в месяц, а каждый десятый опрошенный руководитель медицинской организации региона отметил, что ежемесячно на члена его семьи приходится не более 30 тысяч рублей. Наряду с этим, почти половина опрошенных ($46,1 \pm 3,3\%$) имеют среднемесячный доход на члена семьи более 60 тысяч рублей в месяц, а $8,8 \pm 1,9\%$ – до 100 тысяч и более.

Таким образом, учитывая, что средняя заработная плата в Московской области, по данным на 2023 год, составила 59 918 рублей [263], а уровень прожиточного минимума для трудоспособного населения равен 17 683 рубля [406], финансовое положение руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московского региона, можно оценить как стабильное (Рисунок 58).

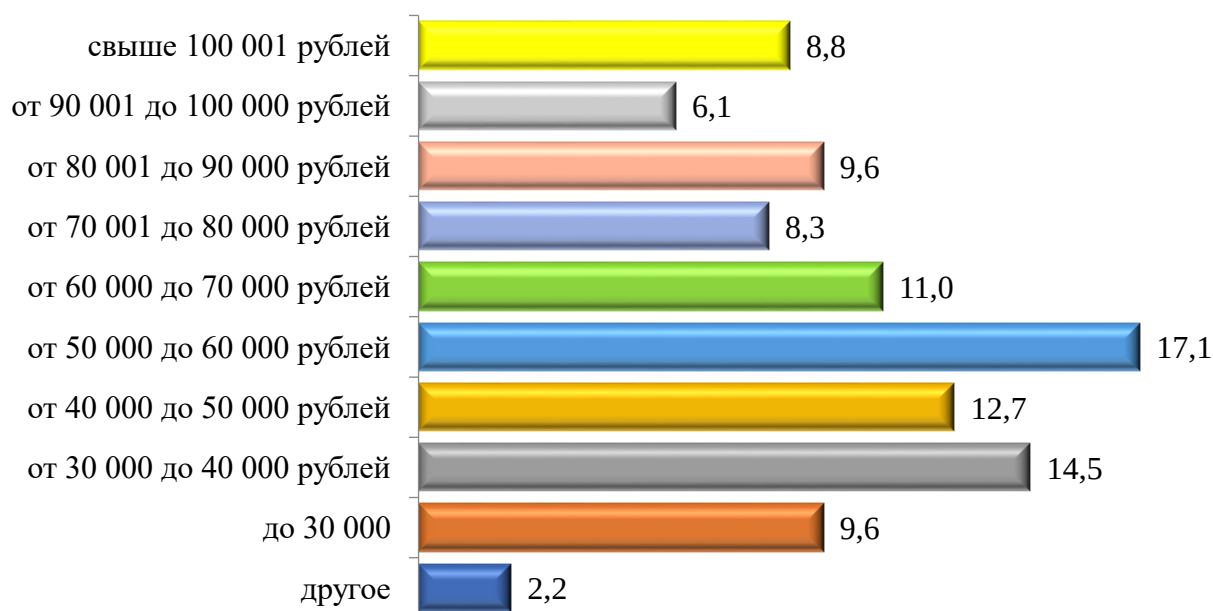


Рисунок 58 – Среднемесячный доход респондентов (% , на одного члена семьи)

Большинство участников опроса ($72,3 \pm 2,9\%$) удовлетворены своим материальным положением: $10,4 \pm 2,0\%$ удовлетворены полностью и $61,9 \pm 3,2\%$ – скорее удовлетворены. Скорее не удовлетворены уровнем своего материального благополучия $16,5 \pm 2,4\%$, а каждый десятый ($9,5 \pm 2,0\%$) – полностью недоволен этим показателем. Затруднились с ответом $1,7\%$ респондентов.

Материальное положение более половины опрошенных ($59,1 \pm 3,2\%$) не изменилось за последний год, каждый пятый руководитель медицинской организации ($20,4 \pm 2,7\%$) отметил ухудшение финансового благополучия, а $13,9 \pm 2,3\%$ указали, что их материальное положение стало более стабильным. Еще $6,6 \pm 1,6\%$ респондентов затруднились с ответом.

Учитывая урбанистическую специфику региона, объяснимо, что две трети опрошенных руководителей медицинских организаций московского региона проживают в собственной квартире ($75,3 \pm 2,8\%$) или в квартире родственников ($7,8 \pm 1,8\%$), проживают в частном доме $6,9 \pm 1,7\%$ респондентов, а $6,5 \pm 1,7\%$ участников опроса арендуют жилье. В открытых ответах ($n=10$) отдельные респонденты указали, что проживают в служебной квартире ($2,2\%$), общежитии ($0,9\%$) или указали другой вариант ($0,4\%$).

Таким образом, социально-конструированный портрет типичного руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области выглядит следующим образом: преимущественно это женщина ($58,0 \pm 3,2\%$), в возрасте 40-49 лет ($35,6 \pm 3,2\%$) или 50-59 лет ($32,0 \pm 3,1\%$), работающая на руководящей должности более 5 лет (совокупно $69,7 \pm 3,0\%$), в должности заместителя главного врача ($65,8 \pm 3,1\%$) стационарной медицинской организации ($52,4 \pm 3,3\%$), с общим стажем по специальности от 16 до 25 лет ($35,8 \pm 3,2\%$), имеющая высшую квалификационную категорию ($76,7 \pm 3,0\%$), но, как правило, не имеющая ученой степени. Удовлетворена своей работой ($89,1 \pm 2,1\%$), которая дает возможность реализовать свои профессиональные навыки ($57,1 \pm 3,3\%$), обеспечить необходимый уровень дохода семьи ($53,2 \pm 3,3\%$), усовершенствовать свои профессиональные навыки ($46,8 \pm 3,3\%$) и считает (совокупно $49,3 \pm 3,3\%$), что заработная плата полностью или скорее соответствует уровню ее квалификации, опыту работы и трудовым затратам. Нуждается в повышении уровня своей правовой компетентности ($79,1 \pm 2,7\%$), а также в получении дополнительных знаний в области цифровых технологий ($66,8 \pm 3,1\%$), организации здравоохранения ($65,2 \pm 3,1\%$), экономики ($60,7 \pm 3,2\%$), менеджмента ($60,3 \pm 3,2\%$), социального маркетинга ($53,4 \pm 3,3\%$), психологии ($51,7 \pm 3,3\%$), социологии ($37,5 \pm 3,1\%$). Не реже, чем 2-3 раза в месяц читают научные статьи по специальности (совокупно $76,8 \pm 2,8\%$), ежеквартально посещает научные медицинские мероприятия (совокупно $64,5 \pm 3,1\%$). Состоит в зарегистрированном браке ($72,4 \pm 2,9\%$) и воспитывает одного или двух детей ($87,8 \pm 2,2\%$). Не имеет вредных привычек ($76,4 \pm 2,8\%$), свое здоровье оценивает как «удовлетворительное»

(58,1±3,2%), соблюдает распорядок питания (46,8±3,3%), регулярно занимается физической культурой (39,4±3,2%), соблюдает распорядок дня (34,2±3,1%).

Постоянно проживает в собственной квартире (75,3±2,8%), своим материальным положением удовлетворена (72,3±2,9%), считает, что «живет нормально, хотя иногда приходится экономить» (59,4±3,9%), при этом фактический уровень среднемесячного дохода на одного человека в семье составляет более 60 тысяч рублей в месяц (46,1±3,3%) и за последний год финансовое положение семьи не изменилась (59,1±3,2%).

5.3. Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области

Одной из главных составляющих имиджа медицинской организации являются показатели удовлетворенности пациентов качеством и доступностью медицинских услуг, а также степени реализации медицинской организацией на практике персонализированного подхода к оказанию медицинских услуг и учета ожиданий и потребностей пациента [441]. При этом оценка, мониторинг и анализ уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью рассматривается как один из ведущих индикаторов социальной эффективности здравоохранения [338, 482].

Безусловно, на показатели удовлетворенности пациентов предоставленными медицинскими услугами влияют также состояние материально-технической базы клиники, культура общения медицинского персонала, наличие благоприятной атмосферы в учреждении и другие факторы. Несмотря на субъективность оценки пациентами различных аспектов деятельности медицинской организации, получение обратной связи с учетом их пациентского (потребительского) опыта способствует всесторонней оценке эффективности работы медицинской организации и соответствия ее имиджа современным требованиям [378, 441].

Для оптимальной организации деятельности системы здравоохранения с целью эффективной реализации Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов» [403] необходима информация не только об уже существующем уровне медицинского обслуживания, но и об уровне потребности населения в медицинских услугах. Интерес населения к получению (неполучению) медицинской помощи в этих организациях может помочь интерпретировать данные официальной отчетности о посещаемости и численности прикрепленного населения. Данные мониторинга могут выявить изменение интереса пациентов к медицинским организациям, расположенным в административных образованиях, в непосредственной близости к их месту жительства [372, 440, 473, 556]. Перераспределение потока потребителей медицинских услуг в другие медицинские организации, расположенные в других административных территориях, можно объяснить наличием следующих объективных факторов: по сравнению с другими медицинскими организациями более слабой материально-технической базой и неудобным режимом работы; отсутствием высококвалифицированных специалистов; наличием отрицательных отзывов в социальных сетях; более активная работа других медицинских организаций по оптимизации своего имиджа [52, 372].

Данные о перераспределении удовлетворенного спроса между медицинскими организациями субъекта РФ позволяют выявить нерациональные, с точки зрения пациента, особенности структуры и перечня медицинских услуг, предоставляемых в медицинских организациях, расположенных на территории конкретного административного образования, что может быть причиной снижения уровня финансового обеспечения: несоответствие численности прикрепленного населения фактическому обращению за медпомощью и поступлением средств в медицинскую организацию, работающую в системе ОМС [105, 260, 378, 438, 457, 475].

Необходимо учесть тот факт, что стремление части населения к удовлетворению спроса на получение медицинских услуг «узких» специалистов в областном центре, в федеральных медицинских центрах является постоянно действующим фактором формирования потока пациентов в другие субъекты РФ (или из других регионов). Формирование такого потока пациентов характеризует

неудовлетворенный спрос населения по тем или иным видам медицинской помощи, предоставляемой в конкретных медицинских организациях, диагностических и специализированных медицинских центрах, что также свидетельствует о том, что в современных социально-экономических условиях актуальным становится осуществление медико-социологической оценки имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования [476].

Вопросы оценки качества медицинской помощи должны быть постоянно в поле зрения руководства медицинской организации [372, 575]. Анализ материалов различных социологических исследований по вопросам состояния и качества медицинского обслуживания населения показывает, что наиболее существенным показателем оценки состояния медицинской помощи является степень удовлетворенности ею пациентами [13, 577]. Это важный медико-социологический критерий деятельности системы здравоохранения в целом, а также отдельных медицинских организаций.

Крайне актуальным является контроль за динамикой неудовлетворенности в связи с тем или иным фактором, поэтому в ходе медико-социологического мониторинга удовлетворенность медицинским обслуживанием в конкретной медицинской организации должна рассматриваться дифференцированно для различных направлений деятельности учреждения [289]. Например, об уровне удовлетворенности больных состоянием медицинского обслуживания в стационарах можно судить по следующим показателям: организация приема в отделение; условия и качество питания; условия пребывания в палатах и отделениях; отношение к больным лечащего врача; работа диагностических подразделений; работа среднего медицинского персонала; качество проведения лечебно-диагностических процедур; квалификация врачей; наличие необходимого спектра лечебных манипуляций; организация ухода за больными [113, 595].

Медико-социологический мониторинг уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи предполагает систематический сбор (замеры) данных по заданным критериям, характеризующим условия, качество и объем

медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями [15, 365, 371, 374, 473, 490, 556]. В связи с этим важно изучение мнения населения как потребителя медицинских услуг о доступности и качестве медицинского обслуживания на всех уровнях его предоставления, так и мнения медицинских работников о реализации своего трудового потенциала, эффективности проводимых лечебно-диагностических мероприятий, качестве и объеме лечения пациентов в других медицинских организациях [378, 441].

В 2022 году, в соответствии с программой диссертационного исследования, был реализован анонимный анкетный опрос «Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области», направленный на изучение восприятия пациентами имиджевых характеристик медицинской организации региона (базой выступила Красногорская ГKB № 1 как типовая медицинская организация региона).

В ходе исследования оценена степень удовлетворенности потребителей медицинских услуг различными аспектами деятельности медицинской организации, выявлены имеющиеся потребительские запросы пациентов для совершенствования доступности и качества медицинской помощи, сформирован массив мнений пациентов об особенностях восприятия основных имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области по следующим направлениям: факторы, влияющие на формирование имиджа; взаимоотношения медицинских работников и пациентов; уровень удовлетворенности качеством работы медицинских работников; удобство режима работы; удобство записи на прием; получение справочной информации в доступном, адаптированном и адекватном объеме; разъяснение врачом назначений лекарственной терапии, ожидаемых результатах лечения (удовлетворенность результатами); оснащение современным медицинским оборудованием; использование в практике клиники инновационных технологий; возможность получения необходимых лабораторных и инструментальных исследований, доступность дополнительных консультаций и

разъяснений врача; техническое и санитарно-гигиеническое состояние помещений; комфортность условий лечения; проблема нехватки специалистов; оценка изменения показателей, влияющих на имидж медицинской организации. Информированность населения о деятельности медицинской организации, расположенной на территории административного образования о видах, объемах и условиях предоставления медицинской помощи является актуальным направлением медико-социологического мониторинга, так как социологические опросы с целью выявления мнения граждан показывают слабую осведомленность населения об этом [376, 378].

В исследовании приняли участие 398 пациентов. Большинство участников исследования ($54,5 \pm 2,5\%$) – женщины. Возрастной состав участников опроса характеризуется смещением показателей в сторону более старшего возраста, что соответствует статистическим характеристикам возрастного распределения пациентов в генеральной совокупности. Минимальный показатель возраста опрошенных составил 18 лет, максимальный – 97 лет (медиана – 49 лет). Более половины выборочной совокупности ($75,9 \pm 1,2\%$) составили респонденты трудоспособного возраста, при этом среди пациентов пенсионной группы преобладают представительницы женского пола (Рисунок 59).

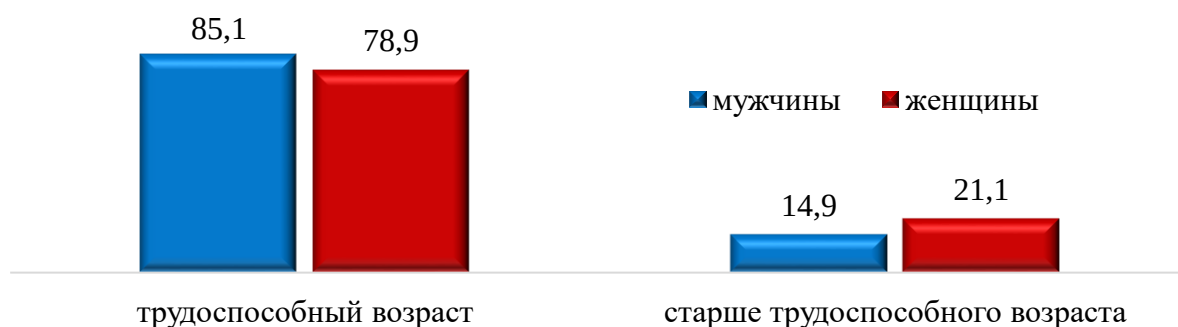


Рисунок 59 – Сопряженность возраста и пола респондентов (%)

Суммарно более половины опрошенных ($67,0 \pm 2,5\%$) имели высшее и неполное высшее образование, еще у 18,9% респондентов было среднее специальное образование, а у 14,1% – среднее образование. Почти четвертая часть пациентов ($23,1 \pm 2,1\%$) на момент опроса находились на пенсии, и еще $8,9 \pm 1,4\%$

суммарно не были трудоустроены: 2,6% являлись студентами, 5,3% были безработными, 1,0% находились в декретном отпуске. Среди когорты трудоустроенных $18,0 \pm 1,9\%$ респондентов являлись ИТР, служащими или специалистами, $13,9 \pm 2,1\%$ занимали должность рабочего, $8,3 \pm 1,4\%$ – были предпринимателями, и еще $12,3 \pm 1,6\%$ выборочной совокупности составили медицинские и педагогические работники. Имели статус самозанятых $11,1 \pm 1,6\%$.

Более половины пациентов ($55,0 \pm 2,5\%$) на момент проведения опроса находились в зарегистрированном браке, еще $7,4 \pm 1,3\%$ в качестве семейного статуса указали «совместное проживание с партнером», а $4,9 \pm 1,1\%$ участников опроса, несмотря на наличие зарегистрированного брака, проживают отдельно с супругом(ой). Были холосты (не замужем) $16,4 \pm 1,8\%$ респондентов, разведены $9,2 \pm 1,5\%$ опрошенных, а $7,1 \pm 1,3\%$ являлись вдовцами (вдовами). Согласно результатам опроса, у $63,1 \pm 2,4\%$ респондентов есть дети.

Большинство респондентов являются собственниками жилья и проживают в собственной квартире ($63,7 \pm 2,5\%$) или частном доме ($17,8 \pm 1,9\%$), а каждый пятый участник опроса ($18,5 \pm 1,8\%$) живут на условиях аренды (что в большей степени характерно для группы опрошенных в возрасте 27-39 лет).

Подушевой доход каждой третьей семьи участников опроса (совокупно $59,7 \pm 2,5\%$) превышает показатель 21 000 рублей в месяц, при этом, $5,6 \pm 1,1\%$ респондентов призналась, что их доход на одного члена семьи составляет менее 10000 рублей в месяц, что говорит о крайне ограниченном материальном достатке (Рисунок 60).

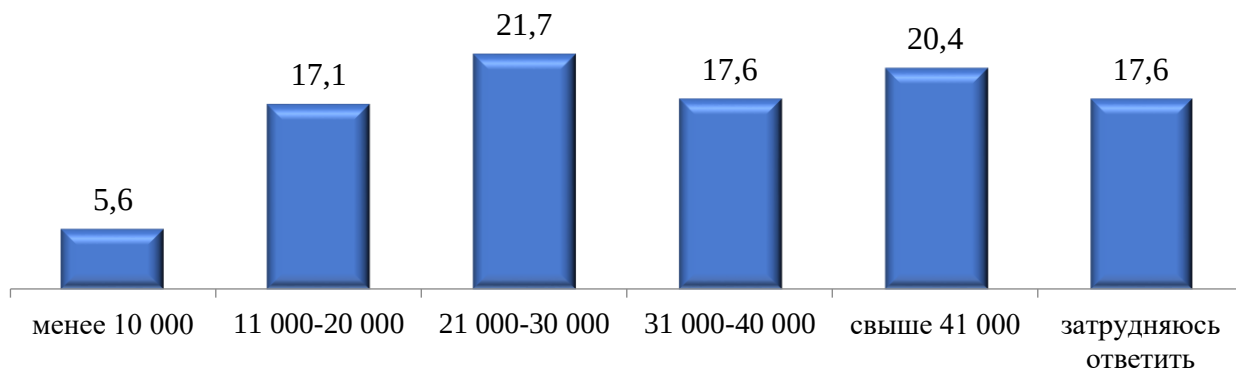


Рисунок 60 – Показатели среднемесячного дохода респондентов на одного члена семьи (%)

Большинство респондентов ($74,9 \pm 2,4\%$) оценили свой уровень благосостояния как «нормальный» – при этом хотя $32,7 \pm 2,4\%$ указали, что считают, что живут «как все» и «нормально», однако вынуждены экономить. Около четверти опрошенных ($26,1 \pm 2,2\%$) не прибегают к экономии, а еще $16,1 \pm 1,8\%$ отметили, что «достаточно состоятельны, чтобы жить хорошо». Однако $17,3 \pm 1,9\%$ респондентов признались, что их доход позволяет приобрести только самые необходимые товары и услуги, а $5,3 \pm 1,1\%$ пациентов оценили уровень своей жизни как «жизнь за гранью бедности». Не смогли ответить на данный вопрос $2,5 \pm 0,7\%$ участников опроса.

На состояние здоровья человека оказывает множество факторов – финансовых, экологических, наследственных, а также группа факторов, связанная с его профессиональной деятельностью и образом жизни. Пациенты, принявшие участие в опросе, уверены, что в наибольшей степени на состояние здоровья человека влияет экологическая обстановка в месте проживания ($80,2 \pm 2,0\%$), наличие наследственных (врожденных) заболеваний и особенностей развития ($79,1 \pm 2,0\%$ ответов), условия профессионального труда ($74,6 \pm 2,2\%$) и доступность медицинской помощи в регионе проживания ($70,6 \pm 2,3\%$).

При этом $69,8 \pm 2,3\%$ респондентов считают, что показатели здоровья зависят также от имеющихся установок человека в вопросах здоровья – прежде всего, его готовности регулярно обращаться к медицинским специалистам по вопросам профилактики заболеваний, соблюдение режима дня, питания, труда и отдыха, а также уровня информированности в вопросах сохранения и укрепления здоровья ($64,8 \pm 2,4\%$). Еще $67,6 \pm 2,3\%$ связывают физическое состояние человека с его поведенческими особенностями – наличием вредных привычек и склонности к рисковому поведению.

Важным фактором, определяющим состояние здоровья населения, для $69,1 \pm 2,3\%$ участников опроса является уровень развития системы здравоохранения в регионе проживания, а еще $66,3 \pm 2,4\%$ считают, что на показатели здоровья влияют меры по сохранения и укрепления здоровья граждан, обеспечиваемые административно-территориальным образованием (наличие парков, стадионов, спортплощадок, велодорожек, зон для прогулок и отдыха).

Кроме того, на взгляд $65,3 \pm 2,4\%$ участников опроса, оказывают влияние на здоровье условия проживания человека (состояние жилого помещения, наличие личного пространства), его семейные (личные) отношения ($64,3 \pm 2,4\%$) и финансовое положение ($59,5 \pm 2,5\%$), а также в целом социально-экономическое положение в стране ($61,8 \pm 2,4\%$).

Сопряженность мнений о факторах, влияющих на здоровье человека, с гендерным распределением отражает, что женщины чаще всего связывают состояние здоровья и поведенческие привычки человека, а также существенно выше оценивают роль мер по сохранению здоровья населения, предпринимаемых руководством административного образования региона (Рисунок 61).

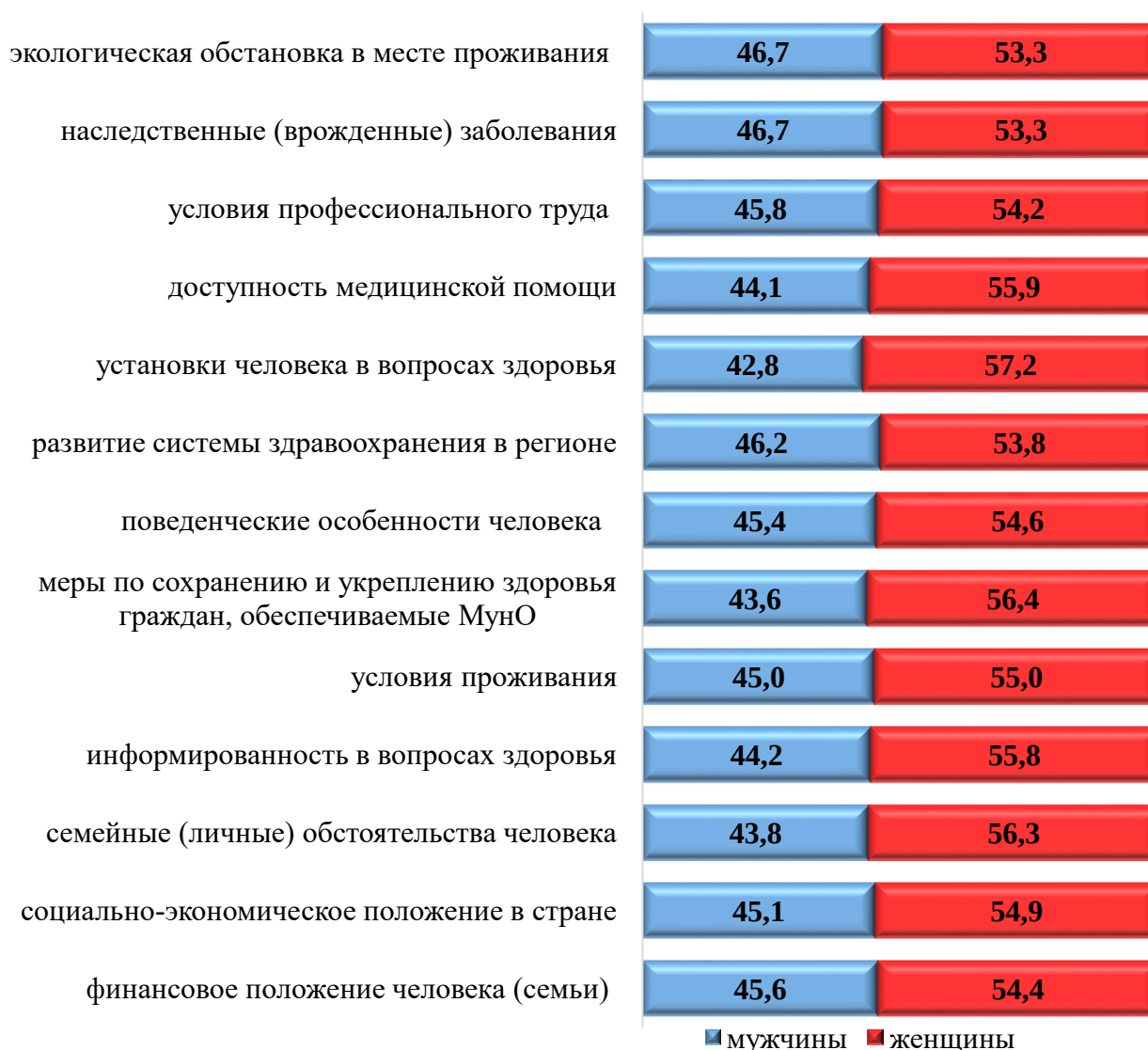


Рисунок 61 – Мнение пациентов о факторах, оказывающих влияние на состояние здоровья (%), множественный вопрос, сопряженность с полом)

При этом значительная доля участников опроса (суммарно $40,7 \pm 2,4\%$) оценивает состояние своего здоровья как «отличное» ($17,1 \pm 1,9\%$) и «хорошее» ($23,6 \pm 2,1\%$), практически половина респондентов ($49,1 \pm 2,5\%$) описали свое здоровье как «удовлетворительное», а каждый десятый (суммарно $10,2 \pm 1,4\%$) считает свое здоровья плохим или очень плохим (Рисунок 62).

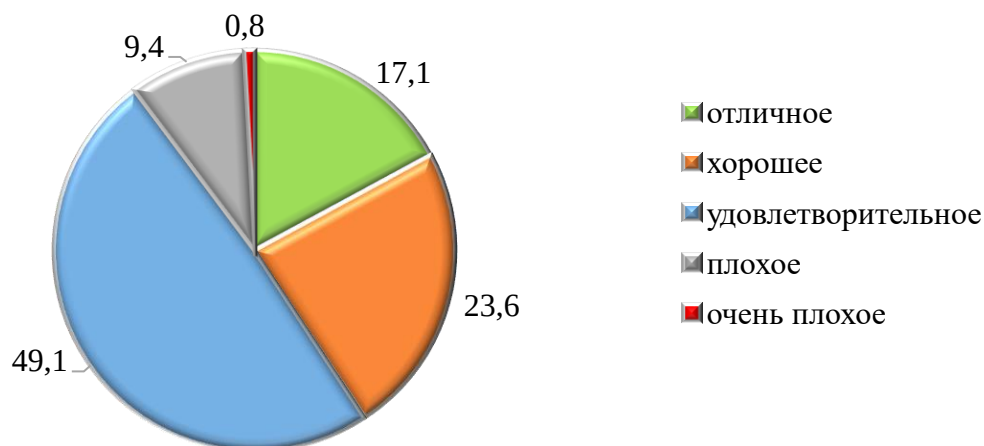


Рисунок 62 – Самооценка состояния своего здоровья респондентами (%)

Большинство опрошенных данной группы ($64,3 \pm 2,4\%$) наблюдается у врача в связи с заболеванием менее года, при этом у $37,3 \pm 2,4\%$ заболевание диагностировано впервые. Стаж заболевания каждого пятого респондента ($19,0 \pm 2,0\%$) составил от двух до трех лет, а каждого девятого ($11,5 \pm 1,6\%$) – 5-10 лет. Еще $5,2 \pm 1,1\%$ опрошенных наблюдаются у врача по поводу своего заболевания более 10 лет (Рисунок 63).

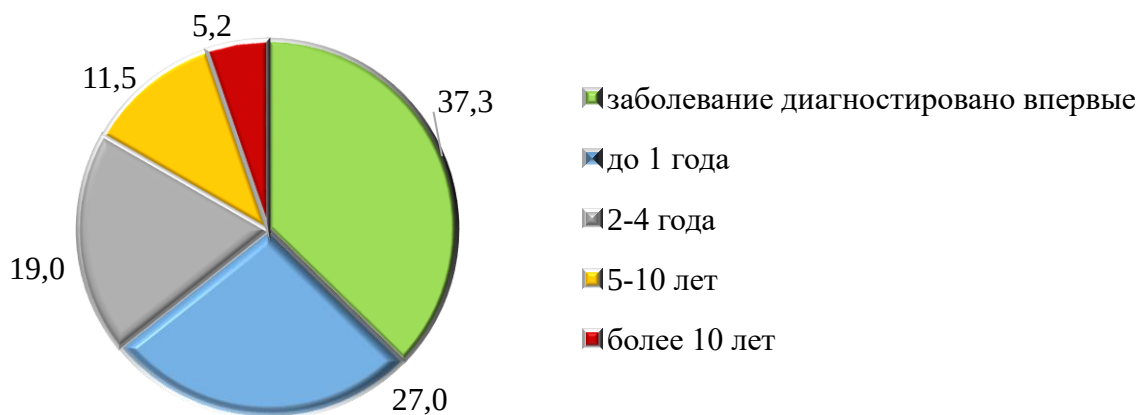


Рисунок 63 – Стаж наблюдения респондентов у врача по поводу основного заболевания (%)

Согласно данным исследования, основными факторами, влияющими на выбор места получения медицинской услуги для опрошенных является возможность получить ее на бесплатной основе ($77,9 \pm 2,1\%$), территориальная близость медицинской организации ($76,6 \pm 2,1\%$), профессиональный уровень медицинского персонала в клинике ($75,9 \pm 2,1\%$), наличие специалистов необходимого профиля ($71,9 \pm 2,3\%$) и технологическая оснащенность клиники ($71,6 \pm 2,3\%$) (Рисунок 64).



Рисунок 64 – Факторы, повлиявшие на обращение респондентов в медицинскую организацию (% , множественный выбор)

В настоящее время в ситуации заболевания пациент имеет возможность получения медицинской помощи по полису ОМС или ДМС, а также наблюдаться в коммерческой медицинской организации или обратиться на условиях разовой оплаты медицинской услуги по договору. При заболевании участники опроса готовы получать медицинскую помощь по полису ОМС ($72,9 \pm 2,2\%$), в ведомственной клинике ($43,5 \pm 2,5\%$), а также оплатить медицинские услуги частной клиники ($49,7 \pm 2,5\%$). Учитывая распределение мнений респондентов

(вопрос предполагал несколько вариантов ответа), можно отметить достаточно высокую готовность пациентов к получению медицинских услуг по полису ОМС.

Удовлетворенность пациентов оказанными медицинскими услугами во многом зависит от причин, обусловивших их обращение в медицинскую организацию. Участники исследования указали, что имели опыт обращения за медицинской помощью в Красногорскую больницу № 1 в случае необходимости получения консультации врача ($70,1 \pm 2,3\%$), в связи с сезонным ($52,0 \pm 2,5\%$) или сочетанным сезонным и хроническим заболеванием ($55,5 \pm 2,5\%$), для прохождения профилактического осмотра, диспансеризации, обследования ($69,8 \pm 2,3\%$), оформления медицинской документации или выписки рецептов на лекарственные препараты ($60,3 \pm 2,5\%$ и $57,3 \pm 2,5\%$ ответов соответственно), а также для получения услуг по реабилитации ($47,2 \pm 2,5\%$).

Имиджевые и репутационные характеристики медицинской организации являются отражением общественного мнения о результатах деятельности организации и представляют комплексную оценку, прежде всего, уникального информационного образа медицинской организации, качества медицинской помощи и работы медицинского персонала, соответствия ее материально-технической базы требованиям современности. Известно, что именно сформированные имиджевые и репутационные характеристики во многом определяют конкурентоспособность организации в целом [5, 112, 197, 545].

В последние десятилетия система здравоохранения проходит масштабные модернизационные преобразования, направленные на совершенствование организации деятельности медицинских организаций региона, укрепление материально-технической базы клиник, повышение качества и доступности медицинских услуг.

Пациенты Красногорской ГKB № 1 среди наиболее значимых изменений в организации работы медицинской организации отметили совершенствование методов диагностики заболеваний ($78,5 \pm 2,2\%$), улучшение взаимоотношений в связке «врач (медицинский персонал) – пациент», а $62,3 \pm 2,6\%$ отметили, что у них достаточно высокий уровень удовлетворенности результатами лечения (Таблица 22).

Таблица 22 – Мнение пациентов о изменениях в работе медицинской организации, расположенной на территории административного образования, за пять лет (%)

Утверждение	согласен(-на)	не согласен(-на)	затрудняюсь ответить
За последнее время методы диагностики заболеваний стали более совершенными (n=386)	78,5±2,2	7,5 ±1,3	14,0±1,7
Врачи стали более внимательными (n=368)	69,6±2,4	15,2±1,9	15,2±1,9
Врачи стали давать больше информации относительно лечения, реабилитации и профилактики заболеваний (n=366)	69,7±2,4	15,5±1,9	14,8±1,9
Появились более комфортные схемы приема препаратов (n=367)	65,9±2,5	15,0±1,7	19,1±2,1
Более внимательными стали медицинские сестры (n=366)	64,5±2,6	16,6±1,9	18,8±2,0
Удовлетворенность результатами лечения (n=366)	62,3±2,6	14,2±1,7	23,5±2,2

Интересно, что удовлетворенность результатами лечения пациентов коррелирует с повышением комфортности взаимодействия с медицинским персоналом – а именно с ростом внимания со стороны среднего медицинского персонала (p -Спирмена = 0,636 при $p \leq 0,01$) и врачей ($p_s=0,559$). Также, удовлетворенность результатами лечения у пациентов связана с появлением новых методов диагностики ($p_s=0,495$) и удобством схем приема лекарственных препаратов ($p_s=0,585$).

Первичная медико-санитарная помощь является существенным звеном системы здравоохранения и от удовлетворенности её деятельностью во многом зависит своевременность обращения пациентов в медицинскую организацию в ситуации болезни, а значит – возможности выявления заболевания на ранней стадии.

Удовлетворенность пациентов амбулаторной помощью находится в тесной взаимосвязи с их ожиданиями и определяется не только техническими возможностями современной медицины и организационными механизмами предоставления помощи, но и зависит от множества факторов: культурных, экономических и социальных. Согласно данным исследования, пациенты высоко оценили различные показатели услуг системы здравоохранения при обращении в поликлинику. Так, наибольшее количество максимальных оценок (включая оценку в средних показателях) респонденты поставили доступности справочной

информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации, режиму работы, а также результатам обследования, лечения, реабилитации и профилактики - средний балл по каждому показателю 4,6 (Таблица 23).

Таблица 23 – Оценка уровня удовлетворенности пациентов услугами системы здравоохранения при обращении в поликлинику (%)

Показатели	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов	Медиана	Средний балл
Доступность справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации (n=184)	1,6	1,1	7,1±1,9	17,9±2,8	72,3±3,3	5,0±1,6	4,6
Транспортная доступность поликлиники (n=184)	2,7	0,5	6,0±1,8	24,5±3,2	66,3±3,5	5,0±1,6	4,5
Режим работы (n=182)	0,5	0,5	5,5±1,7	24,2±3,2	69,3±3,4	5,0±1,6	4,6
Работа регистратуры (n=182)	1,7	0,5	6,6±1,8	26,4±3,3	64,8±3,6	5,0±1,6	4,5
Организация записи на прием к врачу (n=183)	1,6	1,1	10,4±2,2	22,4±3,1	64,5±3,6	5,0±1,6	4,5
Техническое состояние, ремонт помещений, площадь помещений (n=178)	0,6	1,1	9,0±2,2	25,3±2,6	64,0±3,6	5,0±1,6	4,4
Чистота, санитарно-гигиенические условия (n=186)	0,5	1,1	9,7±2,2	21,5±3,1	67,2±3,5	5,0±1,6	4,5
Комфортность помещений (холл, коридор, туалет и др.) (n=179)	1,1	1,1	9,5±2,2	25,7±2,6	62,6±3,6	5,0±1,6	4,5
Комплекс предоставляемых диагностических, лабораторных и медицинских услуг (n=180)	1,1	1,7	8,3±2,0	21,7±3,1	67,2±3,5	5,0±1,6	4,5
Время ожидания приема врача перед кабинетом (n=185)	1,6	2,2	10,8±2,2	24,3±3,2	61,1±3,6	5,0±1,6	4,4
Сроки ожидания приема врача с момента записи (n=183)	1,6	2,7	8,7±2,1	26,9±3,3	60,1±3,6	5,0±1,6	4,4
Сроки ожидания диагностических услуг с момента записи (УЗИ, КТ) (n=178)	1,1	3,4	10,1±2,2	22,5±3,1	62,9±3,6	5,0±1,6	4,4
Сроки ожидания лабораторных услуг с момента записи (n=183)	1,6	2,2	9,8±2,2	19,7±3,0	66,7±3,5	5,0±1,6	4,5
Сроки ожидания других медицинских услуг с момента записи (ЛФК, физиотерапия) (n=180)	1,1	1,7	11,1±2,3	20,0±3,0	66,1±3,5	5,0±1,6	4,5
Использование инновационных способов и методов лечения (n=181)	1,7	1,7	11,0±2,3	20,4±3,0	65,2±3,5	5,0±1,6	4,5

Продолжение Таблицы 23

Показатели	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов	Медиана	Средний балл
Оснащенность современным медицинским оборудованием (n=179)	0,6	1,7	10,1±2,2	21,2±3,1	66,4±3,5	5,0±1,6	4,5
Обеспеченность медикаментами и материалами медицинского назначения (n=180)	1,1	0,6	8,3±2,1	23,9±3,2	66,1±3,5	5,0±1,6	4,5
Обеспеченность врачами-терапевтами (n=179)	1,7	2,8	6,1±1,8	25,1±3,2	64,3±3,6	5,0±1,6	4,5
Обеспеченность врачами-специалистами (n=181)	2,2	1,1	6,1±1,8	21,5±3,0	69,1±3,4	5,0±1,6	4,5
Обеспеченность средним медицинским персоналом (n=183)	1,6	2,7	8,7±2,1	15,9±2,7	71,1±3,4	5,0±1,6	4,5
Возможность обращения к администрации (жалобы и предложения) (n=177)	0,6	0,6	11,8±2,4	21,5±3,0	65,5±3,5	5,0±1,6	4,5
Результаты обследования, лечения, реабилитации и профилактики (n=179)	0,6	0,6	6,7±1,9	20,6±3,0	71,5±3,4	5,0±1,6	4,6

Уровень удовлетворенности медицинской помощью в стационаре пациенты также оценили достаточно высоко – средний балл не ниже 4,3 (Таблица 24). При этом максимально положительными оценками пациенты отметили результаты обследования, лечения, реабилитации и профилактики (средний балл 4,8 при отсутствии абсолютно негативных оценок и наибольшим количеством пациентов, поставивших высший балл - 75,3±2,7%) и режим работы клиники (средний балл – 4,7).

Кроме того, по 4,6 балла респонденты оценили доступность справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации, транспортная доступность стационара, комплекс предоставляемых медицинских услуг, обеспеченность средним и младшим медицинским персоналом, частота проведения врачебных обходов, работа вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет) и возможность обращения к администрации (жалобы и предложения).

Количество пациентов, размещаемых в палате, комфортность помещений (холл, коридор, туалет и др.) и питание в стационаре получили более всего

негативных оценок, что, однако, незначительно сказалось на показателях средних значений – средний балл по каждому из представленных параметров равен 4,3 (Таблица 24).

Таблица 24 – Оценка уровня удовлетворенности пациентов услугами системы здравоохранения во время пребывания в круглосуточном стационаре (%)

Показатели	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов	Медиана	Средний балл
Доступность справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации (n=273)	1,5	1,1	6,6±1,5	16,1±2,2	74,7±2,6	5,0±1,3	4,6
Транспортная доступность стационара (n=278)	1,4	1,4	7,2±1,6	18,4±2,3	71,6±2,7	4,5	4,6
Режим работы (n=277)	0,7	0,7	4,3	21,0±2,4	73,3±2,7	5,0±1,3	4,7
Сроки ожидания госпитализации (n=275)	1,1	2,2	10,5±1,8	24,0±2,6	62,2±2,9	4,0	4,4
Работа приемного отделения (оперативность, комфорт) (n=279)	2,9	1,4	11,4±1,8	26,2±2,6	58,1±3,0	4,0	4,4
Техническое состояние, ремонт помещений, площадь помещений (n=278)	–	3,6	14,0±2,1	23,0±2,5	59,4±3,0	4,0	4,4
Комфортность палаты (n=279)	0,7	2,9	11,4±1,8	28,7±2,7	56,3±3,0	4,0	4,4
Количество пациентов, размещаемых в палате (n=273)	2,6	5,5±1,3	10,3±1,8	25,6±2,6	56,0±3,0	4,0	4,3
Комфортность помещений (холл, коридор, туалет и др.) (n=272)	2,5	6,2±1,5	11,8±2,0	21,0±2,5	58,5±3,0	4,0	4,3
Чистота, санитарно-гигиенические условия (n=274)	–	3,3	12,0±2,0	22,3±2,5	62,4±2,9	4,0	4,4
Питание (n=280)	2,9	5,3±1,4	11,8±2,0	24,3±2,6	55,7±3,0	4,0	4,3
Комплекс предоставляемых медицинских услуг (n=270)	–	1,8	8,5±1,7	20,4±2,5	69,3±2,8	4,0	4,6
Использование инновационных способов и методов лечения (n=271)	–	2,2	8,9±1,7	22,1±2,5	66,8±2,9	4,0	4,5
Оснащенность современным медицинским оборудованием (n=270)	–	1,9	9,3±1,7	20,7±2,5	68,1±2,8	4,0	4,6
Обеспеченность медикаментами и материалами медицинского назначения (n=270)	0,4	2,6	8,9±1,7	23,3±2,5	64,8±2,9	4,0	4,5
Обеспеченность врачами (n=272)	0,4	0,7	5,5±1,4	22,4±2,5	71,0±2,8	4,0	4,5
Обеспеченность средним медицинским персоналом (n=271)	–	1,5	7,0±1,5	23,6±2,5	67,9±2,9	4,0	4,6

Продолжение Таблицы 24

Показатели	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов	Медиана	Средний балл
Обеспеченность младшим медицинским персоналом (n=258)	–	1,6	5,0±1,4	22,1±2,6	71,3±2,8	4,0	4,6
Частота проведения врачебных обходов (n=268)	–	1,5	6,7±1,5	20,5±2,5	71,3±2,8	4,0	4,6
Работа вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет) (n=268)	0,4	0,7	5,2±1,4	21,3±2,5	72,4±2,8	4,0	4,6
Возможность обращения к администрации (жалобы и предложения) (n=262)	–	1,5	6,9±1,5	20,2±2,5	71,4±2,8	4,0	4,6
Результаты обследования, лечения, реабилитации и профилактики (n=267)	–	1,1	6,0±1,5	17,6±2,3	75,3±2,7	5,0	4,8

Таким образом, среди существенных элементов имиджа медицинской организации, оказывающих влияние на первое впечатление пациентов, является работа персонала, непосредственно взаимодействующего с потребителем медицинских услуг. Изучение мнения пациентов позволило сформировать структуру репутационных характеристик, формирующих имидж современной медицинской организации, расположенной на территории административного образования субъекта РФ, главными составляющими которой являются адресная доступность и качество персонифицированных медицинских услуг, компетентный и коммуникабельный персонал, а также внешний облик, наличие технологичного оборудования, соблюдение санитарно-гигиенических норм и сервисные услуги.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 5

1. Принимая во внимание ключевое значение управленческой компетентности руководителей медицинских организаций для выполнения задач по развитию системы здравоохранения Московской области, определенных положениями государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на период 2019-2024 годов», был изучен социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области – преимущественно, это женщина ($58,0 \pm 3,2\%$), в возрасте 40-49 лет ($35,6 \pm 3,2\%$) или 50-59 лет ($32,0 \pm 3,1\%$), работающая на руководящей должности более 5 лет (совокупно $69,7 \pm 3,0\%$), в должности заместителя главного врача ($65,8 \pm 3,1\%$) стационарной медицинской организации ($52,4 \pm 3,3\%$), с общим стажем по специальности от 16 до 25 лет ($35,8 \pm 3,2\%$), имеющая высшую квалификационную категорию ($76,7 \pm 3,0\%$), но, как правило, не имеющая ученой степени. Удовлетворена своей работой ($89,1 \pm 2,1\%$), которая дает возможность реализовать свои профессиональные навыки ($57,1 \pm 3,3\%$), обеспечить необходимый уровень дохода семьи ($53,2 \pm 3,3\%$), усовершенствовать свои профессиональные навыки ($46,8 \pm 3,3\%$) и считает (совокупно $49,3 \pm 3,3\%$), что заработная плата полностью или скорее соответствует уровню ее квалификации, опыту работы и трудовым затратам. Нуждается в повышении уровня своей правовой компетентности ($79,1 \pm 2,7\%$), а также в получении дополнительных знаний в области цифровых технологий ($66,8 \pm 3,1\%$), организации здравоохранения ($65,2 \pm 3,1\%$), экономики ($60,7 \pm 3,2\%$), менеджмента ($60,3 \pm 3,2\%$), социального маркетинга ($53,4 \pm 3,3\%$), психологии ($51,7 \pm 3,3\%$), социологии ($37,5 \pm 3,1\%$). Не реже, чем 2-3 раза в месяц читают научные статьи по специальности (совокупно $76,8 \pm 2,8\%$), ежеквартально посещает научные медицинские мероприятия (совокупно $64,5 \pm 3,1\%$). Состоит в зарегистрированном браке ($72,4 \pm 2,9\%$) и воспитывает одного или двух детей ($87,8 \pm 2,2\%$). Не имеет вредных привычек

(76,4±2,8%), свое здоровье оценивает как «удовлетворительное» (58,1±3,2%), соблюдает распорядок питания (46,8±3,3%), регулярно занимается физической культурой (39,4±3,2%), соблюдает распорядок дня (34,2±3,1%). Постоянно проживает в собственной квартире (75,3±2,8%), своим материальным положением удовлетворена (72,3±2,9%), считает, что «живет нормально, хотя иногда приходится экономить» (59,4±3,9%), при этом фактический уровень среднемесячного дохода на одного человека в семье составляет более 60 тысяч рублей в месяц (46,1±3,3%) и за последний год финансовое положение семьи не изменилась (59,1±3,2%).

2. Организация медико-социологического мониторинга мнений потребителей медицинских услуг по оценке имиджа медицинской организации, расположенной на территории административного образования, может рассматриваться в настоящее время как одно из условий повышения эффективности её деятельности. При этом результаты анкетного опроса пациентов отражают высокий уровень социальной отзывчивости коллектива медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, работающего в условиях реализации государственной стратегической среднесрочной Программы «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.»: большинство респондентов удовлетворены как амбулаторной (диапазон средних оценок по 5-балльной системе 4,4-4,6 балла), так и стационарной помощью (4,3-4,8 балла), а среди наиболее значимых изменений последних лет в организации работы медицинской организации отметили совершенствование методов диагностики заболеваний (78,5±2,2%), внедрение в практику более современных лекарственных препаратов с комфортными схемами их приема (65,9±2,5), улучшение взаимоотношений в связке «врач (медицинский персонал) – пациент» (69,6±2,4), а 62,3±2,6% отметили, что у них повысился уровень удовлетворенности результатами лечения.

3. При этом структура репутационных характеристик, формирующих имидж современной медицинской организации, расположенной на территории административного образования субъекта РФ, включает адресную доступность и

качество персонифицированных медицинских услуг, компетентный и коммуникабельный персонал, а также внешний облик, наличие технологичного оборудования, соблюдение санитарно-гигиенических норм и сервисные услуги самой медицинской организации.

4. Региональная сеть медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 были максимально переориентированы на оказание медицинской помощи пациентам с учетом следующих условий: доля медицинских стационарных организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19, не превышала 50% от всех медицинских организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь; коечный фонд перепрофилированных медицинских организаций не превышал 50% общего коечного фонда всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. На примере анализа деятельности Красногорской больницы №1, как типичной медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, в условиях пандемии COVID-19 выявлены ключевые зоны, требующие внимания и учета в ситуации возрастания эпидемиологической нагрузки (возможность оперативного перепрофилирования медицинской организации, расчет коечного фонда и его резервов, кадровое обеспечение, развитие телемедицинских услуг, информационная работа с различными группами пациентов), а также показана необходимость принятия решений о векторах стратегического развития системы здравоохранения региона с учетом особенностей практической деятельности медицинских организаций и имеющихся ресурсов.

6. Сравнительные данные свидетельствуют о том, что пандемия новой коронавирусной инфекции, как фактор, влияющий на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации (с профилактической и иными целями) оказал значительное влияние на заболеваемость взрослого населения – в

2020 году зафиксировано снижение в 1,35 раза числа посещений врачей (включая профилактические) по сравнению с допандемийным 2019 годом, из них сельскими жителями – в 1,3 раза, а число посещений врачами на дому увеличилось более чем в пять раз и составило 69063 (в 2019 году – 13577). При этом, из общего числа посещений по заболеваниям в неотложной форме зафиксирован рост более чем в два раза – 97515 случаев (в 2019 году – 47359), активных обращений более чем в пять раз больше, чем в предыдущем году – 17597 (в 2019 году – 3459). Показатели обращения в медицинскую организацию для прохождения диспансеризации снизились в период пандемии более, чем в 3,5 раза – до 6327 (в 2019 году – 22298). При этом пандемия COVID-19 как фактор, влияющий на состояние здоровья детского населения и его обращение в медицинские организации (с профилактической и иными целями) не оказал существенного влияния на его изменение.

7. При анализе работы дневного стационара в период пандемии, созданного при поликлиническом отделении Красногорской городской больницы № 1, отмечено снижение не только средней длительности лечения (в койко-днях) с 7,3 в 2019 г. до 6,8 в 2020 году, но и значительное снижение (более чем в два раза) числа пациентов, пролеченных за год (в 2020 г. – 1154 человека, в 2019 г. – 2380 человек).

8. Исходя из практического опыта проведения противоэпидемических мероприятий в реальных условиях, в целях планирования потребности медицинских организаций в коечном фонде использовались данные анализа уровня заболеваемости. Оптимальным стало использование метода экстраполяции фактических данных определенного периода наблюдения (не менее 3 месяцев наблюдений) на дальнейшее течение эпидемиологического процесса с учетом нормативных показателей: среднегодовая занятость инфекционной койки (или иной койки, перепрофилированной для оказания медицинской помощи данным пациентам) не должна превышать 281 день в году; средняя длительность пребывания одного пациента с коронавирусной инфекцией на койке до 14,0.

9. Снижение доступности медицинской помощи в период пандемии с учетом наиболее неблагоприятного прогноза при коронавирусной инфекции для группы пациентов с ХНИЗ (заболевания сердечно-сосудистой и легочной систем, значительные степени ожирения и сахарный диабет (тип 2)) определяет необходимость активного диспансерного наблюдения и своевременной коррекции их базовой терапии в соответствии с клиническими рекомендациями лечения на уровне амбулаторного звена.

10. Внедрение в практику лечебно-диагностической деятельности телемедицинских технологий в рамках реализации государственной стратегической Программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.» позволило оптимизировать деятельность медицинской организации в сложных санитарно-эпидемиологических условиях, связанных с распространением коронавирусной инфекции в 2020 году. При этом запуск 566 автоматизированных рабочих мест (АРМ) в 2020 году (в 2019 году – 4 АРМ) существенно укрепил возможности оказания профилактической медицинской помощи (диспансеризация, диспансерное наблюдение, профилактические осмотры) населению, а также базу ведения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в дальнейшем.

11. Несмотря на сложные санитарно-эпидемиологические условия, связанные с работой в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, деятельность медицинских организаций и их подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, продолжалась в рамках создания и тиражирования пациентоориентированной модели медицинской организации «Бережливая поликлиника» в целях реализации государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг. на территориях административных образований региона.

ГЛАВА 6. ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЕГО ДИНАМИКИ

6.1. Этапы становления и стратегическое планирование развития онкологической службы в региональной государственной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов»

Несмотря на то, что наблюдения, описывающие раковые опухоли, были описаны в работах Гиппократ и Галена [686], изучение проблемы онкопатологии и разработка методов хирургического лечения начинается только в XVIII веке – хотя до появления обезболивающих препаратов и эфира были практически не применимы. Начало формирования онкологической службы в России было положено в XIX веке и связывается с научным интересом выдающихся исследователей и врачей – Н.И. Пирогова, Ф.И. Иноземцева, М.М. Руднева, М.А. Новинского, А.И. Полунина – к раковым заболеваниям опухолям и отдельными случаями лечения онкологических заболеваний, зафиксированными в медицинской литературе [118, 178, 541]. Тем не менее, никакой системной работы по изучению и систематизации эмпирических данных об онкологических заболеваниях в этот период не проводилось [491, 541].

В дальнейшем, в 1903 году по инициативе профессора Л.Л. Левшина на средства промышленников Морозовых был открыт Морозовский институт опухолей [178], в задачи которого входил сбор статистических данных о заболеваемости раком (Л.Л. Левшин), реализация научных исследований по различным направлениям онкологии (Б.К. Васильев), а также разработка методов диагностики, хирургического лечения, а также лучевой, рентгено- и радиотерапии опухолей (В.М. Зыков, Д.В. Ненюков, Д.Ф. Решетилло) [178], а в 1904 году

создается первая в стране лаборатория по изучению штаммов опухолей (А.П. Браунштейн) [491]. Длительное время клиника функционировала благодаря благотворительным пожертвованиям, однако после Первой мировой войны (и перехода в статус военного и, в дальнейшем, инфекционного госпиталя) деятельность института была приостановлена. Возврат и восстановление деятельности Морозовского института опухолей связывается с именем П. Герцена, который возглавил институт в 1922 году [178].

В 1908 году в Санкт-Петербурге создается Общество по борьбе с раковыми заболеваниями [118, 204]. Идет активное изучение клеточных процессов в опухолевых тканях (Д.В. Ненюков, В.М. Зыков, К.П. Улезко-Строганова, В.А. Богородский), исследования природы и индукции опухолей (Н.Н. Петров) [327]. В 1911 году на средства Александра Григорьевича и Елены Ивановны Елисеевых там же открывается больница «для бедных женщин христианского вероисповедания, страдающих злокачественными опухолями» [491].

Уже в 1910 году издается первое отечественное руководство по онкологии «Общее учение об опухолях», автором которого был основоположник российской онкологии Н.Н. Петров [327]. В 1913 году по инициативе В.М. Зыкова создается Раковое общество, которое объединило исследователей и оказало существенное влияние на дальнейшее становление онкологии как науки. Интересно, что на состоявшемся в 1914 году I Всероссийском съезде по борьбе с раковыми заболеваниями Н.Н. Петровым было предложено организовать онкологическую службу по диспансерному типу [491] – но основные принципы диспансерного наблюдения онкологических пациентов были сформулированы только в 1931 году на I Всесоюзном съезде онкологов в Харькове [491]. Вскоре после этого Народным комиссариатом здравоохранения был издан приказ от 05.05.1935 г. «Об организации борьбы с раковыми заболеваниями» [491]. В соответствии с данным приказом, впервые было регламентировано открытие онкологических отделений в больницах крупных городов и создание центрального онкологического института [491].

В Московской области первые онкологические кабинеты в лечебно-профилактических учреждениях также появились еще до Великой Отечественной войны. Формирование специализированной онкологической помощи в

Московской области в виде отдельной службы произошло в 1937 году, когда в Московский областной клинический институт (МОКИ, а с 1943 года – Московский областной научно-исследовательский клинический институт – МОНКИ) была организована онкологическая группа [491], усилиями которой были налажены учет, регистрация, госпитализация и лечение онкологических больных в клиниках МОКИ.

Кроме этого, в 1940 году в области работало ещё два кабинета в Ногинске, в которых в течение года консультации онколога получали более тысячи жителей области [491]. В это же время хирургическая помощь онкологическим больным оказывалась, кроме клиник МОКИ, на базе хирургических отделений городских больниц. Лучевое лечение пациентам проводили, преимущественно, при лимфогранулематозе, раке молочной железы, рецидивах сарком в рентгенологическом отделении МОКИ и в единичных рентгенотерапевтических кабинетах больниц Орехово-Зуева и Серпухова [491].

В 1945 году, благодаря принятию Постановления Совета народных комиссаров № 935 «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению» онкологическая служба получает официальное закрепление как медицинская дисциплина [489], а благодаря принятому в 1948 году приказу Минздрава СССР № 312 от 26.05.1948 г. профилактические осмотры становятся обязательным направлением работы медицинских организаций страны [118].

Развитие государственной системы онкологической службы в СССР после Великой Отечественной войны включало сеть диспансерных медицинских организаций, ориентированных на реализацию мер по профилактике онкологических заболеваний, диагностике, лечению и реабилитации онкологических больных, а также постоянному диспансерному наблюдению за состоянием здоровья пациентов после лечения [118]. Кроме того, с 1953 года вводится обязательная регистрация пациентов с онкологическими заболеваниями, что выступило основой формирования статистики и эпидемиологических наблюдений [118]. Одновременно шло укрепление кадровой и материально-технической базы онкологической службы, формирование системы учета пациентов с онкопатологией [178].

В современной России онкологическую службу возглавляют Министерство здравоохранения РФ и региональные министерства здравоохранения. Главным онкологическим учреждением страны является Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, в задачи которого входит не только оказание высокоспециализированной медицинской помощи (включая высокотехнологичную), но и совершенствование методов онкологической статистики, реализация научно-исследовательской деятельности в области эпидемиологии злокачественных опухолей, биологии опухолевой клетки, механизмов канцерогенеза и опухолевой прогрессии, разработка новых средств, технологий и методов диагностики, терапии и профилактики опухолей у детей, выполнение задач референс-центра, а также реализация образовательных программ послевузовского образования [178, 285]. Важную роль в структуре онкологической помощи населению играют региональные онкологические центры и первичные онкологические кабинеты [40, 95, 123, 125, 126, 139, 141, 144, 154, 299, 302, 303, 311, 313, 358, 468, 484, 485, 532].

В ходе проведенного нами анализа текущего состояния ресурсной базы онкологической службы региона установлено следующее: в Московской области внедрены все виды лечения онкологических заболеваний (хирургические, лекарственные и лучевые) [118, 285]. Структура онкологической помощи в Московской области представляет собой трёхуровневую систему с переносом значительного массива компетенций и процедур в территориально доступные (близлежащие) пациенту медицинские организации [368]. Ресурсная база онкологической службы региона представлена 46 медицинскими организациями. Первичное звено состоит из первичных онкологических кабинетов (далее – ПОК) и центров амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП) [48].

Пациенты могут первично направляться и в ЦАОП (в настоящее время их 22), и в ПОК (при условии возможности проведения последним мероприятий уточняющей диагностики в срок). Дообследованные пациенты направляют на онкологический консилиум, в том числе – с применением телемедицинских технологий. Консилиум принимает решение по тактике ведения пациентов.

В настоящее время в Московской области работает 56 кабинетов раннего выявления ЗНО («смотровых кабинетов»), при этом, в среднем, нагрузка на 1 смену работы в кабинетах раннего выявления ЗНО в Московской области составляет 14,8 пациента. В первичных онкологических кабинетах (в том числе в составе первичных онкологических отделений) и центрах амбулаторной онкологической помощи региона в 2022 году работал 171 врач-онколог.

Кадровый состав службы (с учетом сотрудников Московского областного онкодиспансера и ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и без учёта медицинских организаций частной системы здравоохранения), оказывающий медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях стационара включал в 2022 году 179 онкологов, 10 детских онкологов, 11 радиологов и 12 радиотерапевтов.

Таким образом, к настоящему времени в Московской области сформирована трехуровневая система организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями:

I уровень оказания медицинской специализированной помощи больным со злокачественными новообразованиями в Московской области включает первичные онкологические кабинеты в медицинских организациях области. Предусмотренный штатный норматив первичных онкологических кабинетов – 1 должность врача-онколога первичного онкологического кабинета на 30 000 населения прикрепленного района и одна должность медицинской сестры. В 2022 году амбулаторно-поликлиническое звено онкологической службы региона было представлено 95 первичными онкологическими кабинетами (ПОК), 22 центрами амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). При формировании ЦАОП предусматривается наличие в медицинской организации следующих структурных подразделений: рентгеновское отделение (кабинеты), оснащенное оборудованием для проведения рентгенологических исследований, рентгеновских профилактических исследований легких, рентгеновских маммографических исследований и рентгеновской компьютерной томографии; эндоскопическое отделение (кабинет); отделение (кабинет) ультразвуковой диагностики; отделение

(кабинет) функциональной диагностики клинико-диагностическая лаборатория; дневной стационар для проведения лекарственной терапии [48].

II уровень оказания медицинской специализированной помощи больным со злокачественными новообразованиями в Московской области обеспечивается 24 стационарными отделениями организаций государственной системы здравоохранения, в которых оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе уточняющая диагностика ЗНО, верификация диагноза в трудных случаях с использованием диагностических возможностей медицинских организаций Московской области (РКТ, МРТ, УЗИ, эндоскопические исследования) и специализированная медицинская помощь по профилю «онкология» при наличии лицензии на данный вид деятельности.

III уровень оказания медицинской специализированной помощи больным со злокачественными новообразованиями в Московской области: обеспечивается 9 медицинскими организациями: 2 государственных учреждения (ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер» и ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского); 2 учреждения государственно-частного партнерства в г. Балашиха и г. Подольск; 5 частных медицинских клиник работающие в системе ОМС. Функцией медицинских организаций Московской области третьего уровня является оказание специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи.

Современное лечение онкологических больных основано на комплексном подходе, включающем профилактику, раннюю диагностику, помощь в борьбе с основным заболеванием, психологическую поддержку, реабилитацию, а также паллиативную помощь. Онкологическая служба Московской области обеспечивает специализированную медицинскую помощь населению и диспансерное наблюдение, которое устанавливается и осуществляется в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» [394].

Медицинская реабилитация больных онкологического профиля осуществляется в 10 медицинских организациях, в том числе в одной частной. Коечный фонд стационарного звена государственных медицинских организаций усилен медицинскими организациями частной системы здравоохранения, работающими по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С 1 января 2021 года в соответствии с государственной стратегической программой «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.» [403] года структура коечного фонда претерпела существенные изменения: уменьшилось количество коек для лечения в условиях круглосуточного стационара (до 1234 для проведения лекарственной терапии и хирургического лечения, 190 для радиотерапии и 664 койки для паллиативной помощи онкологическим больным).

Кроме того, в области развернуто 176 гематологических коек, которые используются в том числе и для лечения больных с ЗНО лимфатической и кроветворной тканей. Обеспеченность онкологическими койками в Московской области – 2,0 (при норме 2,45 койки) на 10000 населения. Дефицит онкологических коек уменьшился и составляет в настоящее время 327 (в 2019-2020 году – 441, в 2018 году – 413). Частичный дефицит коечного фонда компенсируется привлечением частных медицинских организаций для оказания медицинской помощи по профилю «Онкология» в системе ОМС. При этом обеспеченность койками по Московской области 68,1 на 1000 случаев, вновь выявленных ЗНО (в 2019–2020 гг. – 58,6; в 2018 году – 60,3).

Московская область является участником государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2018-2024 годы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 (с изменениями внесенными Постановлением Правительства Российской Федерации № 512 от 31 марта 2021 г. «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения»), цель которой – обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, в том числе и по профилю «онкология» [425].

В целях реализации плана мероприятий и достижения выполнения целевых показателей федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» [397] Распоряжением Правительства Московской области от 25.06.2019 г. № 521-РП была утверждена региональная государственная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями» (с изменениями, внесенными распоряжением Правительства Московской области от 29.10.2019 г. № 890-РП, от 21.06.2021 г. № 485-РП) [433] в рамках исполнения государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы, утвержденной постановлением Правительства Московской области от 09.10.2018 г. № 715/36 «О досрочном прекращении реализации государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 годы и утверждении государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы» (с изменениями, внесенными постановлением Правительства Московской области от 11.12.2018 г. № 918/44), в которой сформулированы основные стратегические задачи на среднесрочный период [403].

Миссия региональной государственной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2019-2024 гг.» заключается в организации доступной и качественной онкологической помощи населению Московской области путем реализации мер государственной политики, направленных на профилактику, раннее выявление, оптимальное современное лечение и снижение смертности населения от ЗНО, увеличение продолжительности и качества жизни онкологических пациентов. Целью региональной программы на среднесрочный период до 2024 года и на каждый год реализации является достижение целевых показателей, утвержденных для Московской области [433].

Программа носит межведомственный характер, о чем свидетельствует состав её участников: Министерство здравоохранения Московской области; главные внештатные специалисты по онкологии, детской онкологии, радиотерапии, лучевой и инструментальной диагностике, медицинской профилактике, судебно-медицинской экспертизе, патологической анатомии, паллиативной медицинской

помощи, терапии, педиатрии, стоматологии, урологии, акушерству и гинекологии, колопроктологии, гастроэнтерологии; Управление кадровой политики и образовательных учреждений; ГБУ Московской области «Медицинский Информационно-аналитический центр Московской области» (МИАЦ МО); территориальные фонды ОМС; медицинские организации государственной системы здравоохранения; медицинские организации частной системы здравоохранения, участвующие в реализации Московской областной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [389, 404, 415, 416].

Таблица 25 – Целевые показатели региональной государственной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2019-2024 гг.

№ п/п	Наименование показателя	Базовое значение (на 31.12.2018 г.)	Период, год						
			2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2030 г.
1.	Смертность от новообразований, в том числе от ЗНО, на 100 тыс. населения	185,1	176,5	172,0	175,5	171,5	169,0	166,5	151,5
2.	Смертность от ЗНО, на 100 тыс. населения	174,3	175,6	163,8	165,1	169,1	166,6	164,1	149,4
3.	Доля ЗНО, выявленных на I-II стадиях, %	57,8	57,1	56,3	51,7	60,3	61,6	63,0	65,0
4.	Удельный вес больных с ЗНО, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных с ЗНО, состоящих под диспансерным наблюдением, %	55,9	57,3	57,9	57,6	58,9	59,8	61,0	64,1
5.	Одногодичная летальность больных с ЗНО (умерли в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых в предыдущем году), %	15,5	13,5	12,19	13,7	13,5	13,1	13,0	12,0
6*.	Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, %	-	-	-	80,6	70,0	75,0	80,0	95,0

*Примечание: показатель по п.6 введен с 2021 г.

Для разработки программы была детально изучена эпидемиологическая обстановка в Московской области, проведен анализ динамики данных заболеваемости и распространенности злокачественных онкологических заболеваний. По результатам анализа, с 2012 по 2022 год отмечена тенденция роста числа новых случаев злокачественных новообразований (с 333,5 до 343,3 случаев на 100 тыс. населения), что свидетельствует об эффективности работы первичного звена здравоохранения, в том числе мероприятий по диспансеризации взрослого населения.

Также за этот период улучшилась выявляемость заболеваний злокачественными новообразованиями на ранних стадиях (с 51,9 до 58,9%). Запущенные формы онкологических заболеваний в III-IV стадиях составили в 2021 г. – 36% (в 2018 г. – 37,5%; 2012 году – 44,2%) – что ниже, чем по Российской Федерации (37,7%). Одногодичная летальность (умерло в течение первого года с момента установления диагноза) при злокачественных новообразованиях составляет 12% (в 2017 году – 13,6%, в Российской Федерации – 20,3%). Наиболее высокая одногодичная летальность наблюдается при новообразованиях пищевода – 31,6% (в Российской Федерации – 51,9%), легких – 29,2% (в Российской Федерации – 47,2%), желудка – 24,2% (в Российской Федерации – 43,3%). Практически при всех локализациях онкопатологии у жителей региона наблюдается снижение одногодичной летальности по сравнению с 2017 годом [149].

В структуре смертности населения Московской области в 2021 году новообразования занимают третье ранговое место – на них приходится 19,2% от всех причин смерти. Уровень смертности от злокачественных новообразований в Московской области в 2021 году составил 175,5 на 100 тыс. населения. В Российской Федерации – 194,1 (на 10,6% больше), в ЦФО – 201 на 100 тыс. населения (на 14,5% больше). По сравнению с 2019 годом показатель смертности от злокачественных новообразований в Московской области имеет тенденцию к снижению на 0,6% (2019 год – 176,1 на 100 тыс. населения), как и в Российской Федерации и ЦФО [14, 2539].

Динамика показателей смертности среди лиц трудоспособного возраста

имеет тенденцию к снижению и составила в 2021 году 562,9 случаев смерти на 100 тыс. населения соответствующего возраста (в Российской Федерации – 587,2, в ЦФО – 570,3) [149]. Такая же тенденция наблюдается и среди лиц старше трудоспособного возраста. В структуре смертности населения трудоспособного возраста первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения, которые составляют 28,2%, далее следуют внешние причины – 20,3%, третье место в 2021 году занял COVID-19 (15,6%), а на причину смерти, связанную с новообразованием, приходится 10,9% от всех случаев (Таблица 26).

Таблица 26 – Структура смертности населения трудоспособного возраста Московской области, 2021 г., в % [149]

Причины смерти	Оба пола	Мужчины	Женщины
Болезни системы кровообращения	28,2	30,4	20,6
Новообразования	10,9	9	17
Внешние причины	20,3	22,4	13,4
Болезни органов пищеварения	9,2	8,2	12,8
Инфекционные и паразитарные болезни	2,6	2,3	3,6
Болезни органов дыхания	2,5	2,6	2,3
Болезни нервной системы	2,8	2,8	3,3
COVID-19	15,6	14,4	19,7
Другие причины	7,8	7,9	7,3

Для углубленного анализа необходимо рассматривать структуру смертности в данной возрастной группе отдельно для мужчин и женщин. Так в структуре смертности мужчин трудоспособного возраста первые три ранговых места занимают болезни системы кровообращения (30,4%), внешние причины (22,4%), COVID-19 (14,4%) и новообразования (9,1%). В структуре смертности у женщин основные ранговые места занимают болезни системы кровообращения (20,6%), COVID-19 (19,7%), новообразования (17%). Основными причинами являются злокачественные новообразования шейки матки и молочной железы. В связи с этим возникает вопрос об эффективности проведения диспансеризации и профилактических осмотров, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний с учетом гендерных особенностей заболеваемости [149].

В 2020 году в Московской области впервые выявлено 24361 случаев ЗНО (в том числе 10436 и 13925 у пациентов мужского и женского пола). По данному показателю Московская область находится на 17 месте среди других субъектов Российской Федерации и на первом месте среди других субъектов Центрального федерального округа (самый низкий показатель) [149]. При этом необходимо учитывать, что показатели заболеваемости снизились в 2020 году ввиду, в первую очередь, ограничительных мероприятий, связанных с эпидемией новой коронавирусной инфекции COVID-19. Показатель заболеваемости ЗНО в 2020 г. составил 316,8 на 100 000 населения, что на 14,5% ниже уровня 2019 г., на 12,7% ниже уровня 2016 г. и на 11,0% ниже уровня 2011 г. [149]

Таблица 27 – Заболеваемость населения Российской Федерации злокачественными новообразованиями в динамике за 2012-2022г. (всего, тысяч человек)

Территория /гг.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Московская область	333,5	343,4	356,4	371,2	365,9	370,6	370,9	368,7	316,8
Стандартизованный показатель Московской области	198,1	204,58	210,58	217,81	215,72	215,93	216,11	213,22	187,27
Российская Федерация	367,3	373,4	388,0	402,6	408,6	425,9	425,5	451,2	456,2
Центральный Федеральный округ	374,5	384,5	396,3	413,7	412,3	420,3	431,9	441,5	446,7

Наблюдается рост показателей заболеваемости ЗНО среди пациентов старше 65 лет, при этом максимальные значения заболеваемости ЗНО приходятся на возрастную группу 70-74 лет. В структуре онкологической заболеваемости в 2020 г. лидирующими являются [149]:

1. Злокачественные новообразования молочной железы – 13,3% (3 736 случаев);
2. Рак кожи (не включая меланому) – 11,2% (3 136 случаев);
3. Рак предстательной железы – 7,9% (2 200 случаев);
4. Рак ободочной кишки – 7,4% (2 073 случая);
5. Рак трахеи, бронхов, легкого – 7,3% (2 034 случая);
6. Рак желудка – 6,1% (1 716 случаев);

7. Рак тела матки – 5,2% (1 447 случаев);
8. Рак прямой кишки – 5,0% (1 398 случаев);
9. Злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной тканей – 4,5% (1248 случаев);
10. Рак почки – 4,1% (1 154 случая).

Среди мужского населения лидируют следующие 5 локализаций:

1. Рак предстательной железы – 18,4% (2 200 случаев);
2. Рак трахеи, бронхов, легкого – 12,7% (1 518 случаев);
3. Рак кожи, без учета меланомы – 9,4% (1 125 случаев);
4. Рак желудка – 7,9% (952 случая);
5. Рак ободочной кишки – 7,2% (858 случаев).

Среди женского населения лидируют следующие локализации:

1. Рак молочной железы – 23,1% (3713 случаев);
2. Рак кожи, без учета меланомы – 12,5% (2 011 случаев);
3. Рак тела матки – 9,0% (1 447 случаев);
4. Рак ободочной кишки – 7,6% (1 215 случаев);
5. Рак шейки матки – 4,9% (781 случай).

За последние 10 лет произошло снижение показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями гортани, желудка, яичника, а также лейкозией [149]. Отмечается рост заболеваемости ЗНО только при раке губы с 0,6 до 0,8 на 100 тыс. населения. По остальным локализациям показатели остаются стабильны или имеют тенденцию к снижению. Однако такие статистические показатели могут быть связаны с общей неблагоприятной эпидемиологической обстановкой и принятым в целях обеспечения охраны здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории России Распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.03.2020 г. № 710-р о приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации [411] и Постановлением губернатора Московской области от 12.03.2020 г. № 108-ПГ «О введении в Московской области

режима повышенной готовности для органов управления и сил Московской областной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и некоторых мерах по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Московской области» [401], приведшим к снижению показателей обращаемости пациентов за медицинской помощью из-за самоизоляции населения и лиц старше 65 лет с хроническими заболеваниями, временным прекращением диспансеризации и профилактических осмотров.

Прирост показателя морфологической верификации образований визуальных локализаций (ЗНО губы, кожи, прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса), а также образований предстательной железы, почки, костей и суставных хрящей, мезотелиальной и других мягких тканей, гортани и пищевода, в целом, составил 1,0% [149].

За период с 2011 по 2021 гг. в Московской области произошло увеличение доли ЗНО, выявленных на I и II стадиях. Наибольший рост показателей ранней диагностики в сравнении с 2011 годом наблюдается при раке желудка (с 28,5% до 40,2%), раке ободочной кишки (с 34,7% до 44,5%), раке предстательной железы (с 48,1% до 59,2%), при раке поджелудочной железы (с 13,3% до 28,7%), а также при опухолях легких (с 28,4% до 31,9%) [149].

Лидерами среди муниципальных образований Московской области по ранней диагностике ЗНО у населения В ГОДУ являются городской округ Зарайск – 71,2%, Богородский городской округ – 69,4% и городской округ Бронницы – 66,7% выявленных случаев были выявлены на ранней стадии [149]. При этом высокие уровни ранней диагностики в городском округе Щелково и городском округе Котельники сочетаются с высокими показателями заболеваемости злокачественными заболеваниями, что свидетельствует о хорошей выявляемости злокачественных новообразований в данных муниципальных образованиях.

В ходе осуществления анализа динамики доли пациентов с ЗНО, состоящих на учете в онкологических учреждениях пять и более лет в 2021 году установлено, что Московская область занимает 14 место по Российской Федерации и второе – по Центральному ФО (после Калужской области) [149].

В Московской области среди пациентов с онкологическими заболеваниями, состоящих на учёте 5 лет и более, наблюдается тенденция к увеличению продолжительности жизни, начиная с 2016 года, этот показатель увеличился на 6,3% и составил в 2021 году – 57,9 лет. Наибольшее увеличение данного показателя за 5-летний период отмечается среди пациентов, страдающих раком легкого, трахеи и бронхов на 26,8%, предстательной железы на 13,0%, яичников на 11,1%, тела матки на 7,2%, ободочной кишки на 6,6%, желудка на 5,5%, молочной железы на 4,2%. Уменьшение сроков выживаемости отмечается среди пациентов с ЗНО пищевода и гортани, щитовидной железы в 1,1 раза по каждой локализации [149].

При анализе распространенности ЗНО в Московской области нами установлено, что по состоянию на 01.01.2021 г. контингент пациентов с онкологическими заболеваниями составил 213213 человек. В Московской области распространенность ЗНО в 2020 г. достигла 2772,3 случаев на 100 тыс. населения (в сравнении с 2011 г. данный показатель увеличился на 6,1%). По контингенту больных с ЗНО Московская область находится на втором месте среди субъектов Российской Федерации и Центрального федерального округа, уступая городу Москве [149].

Индекс накопления контингентов (ИНК) в Московской области составил в 2020 году 9,8 (РФ – 7,1; ЦФО – 7,5). За период с 2011 по 2020 год в области произошло увеличение показателя ИНК с 7,5 в 2011 году до 9,8 в 2020 году. Существенное влияние на увеличение ИНК оказали следующие нозологические формы ЗНО: рак печени и внутрипеченочных желчных протоков (с 2,3 до 5,7; увеличение в 2,48 раза), рак поджелудочной железы (с 1,7 до 3,5; увеличение в 2,07 раза), рак пищевода (с 2,8 до 5,3; увеличение в 1,89 раза), рак предстательной железы (с 5,3 до 9,1; увеличение в 1,7 раза), рак гортани (с 7,1 до 11,0; увеличение в 1,55 раза), лейкемии (с 10,5 до 16,4; увеличение в 1,55 раза), рак почки (с 7,7 до 11,8; увеличение в 1,53 раза), рак желудка (с 5,2 до 7,8; увеличение в 1,50 раза), рак полости рта (с 5,5 до 7,6; увеличение в 1,22 раза), злокачественные лимфомы (с 10,8% до 14,2%; увеличение в 1,39 раза), при этом ИНК вышеуказанных локализаций в Московской области в 2020 году значительно превышал аналогичные показатели по Российской Федерации и Центральному федеральному округу. Показатель запущенности ЗНО (IV

ст.) в Московской области продолжает, хоть и недостаточно быстрыми темпами, уменьшаться и составил в 2020 году 16,6%, что на 13,5 % ниже по сравнению с 2011 годом [149].

С учетом III стадии визуальных локализаций за последние 10 лет отмечается снижение процента запущенности при раке полости рта и глотки, раке щитовидной железы, раке прямой кишки, ректосигмоидного отдела и ануса, раке молочной железы. Отмечается рост показателя запущенности, с учетом III стадии, при раке шейки матки. За период с 2011 по 2021 гг. в Московской области произошло увеличение доли ЗНО, выявленных на IV стадии, по следующим основным нозологическим формам: рак легкого (с 34,1% до 36,2%; увеличение в 1,06 раза), рак глотки (с 21,1% до 32,6%; увеличение в 1,54 раза), рак полости рта (с 16,7% до 20,4%; увеличение в 1,23 раза), рак гортани (с 11,1% до 17,8%; увеличение в 1,6 раза), злокачественные лимфомы (с 10,8% до 14,2%; увеличение в 1,32 раза), меланома кожи (с 7,5% до 11,6%; увеличение в 1,54 раза), рак мочевого пузыря (с 8,1% до 9,6%; увеличение в 1,18,3%), рак щитовидной железы (с 5,4% до 6,7%; увеличение в 1,24 раза), рак тела матки (с 3,2% до 4,2%; увеличение в 1,3 раза). Незначительное увеличение доли ЗНО, выявленных на IV стадии, регистрируется при раке предстательной железы и шейки матки, вместе с тем, несмотря на ухудшение в 2020 году вышеуказанных показателей в Московской области, в целом, они не превышают показатели запущенности в Российской Федерации и ЦФО, за исключением меланомы кожи, показатель запущенности которой составил 11,6% в 2020 году, при среднероссийском показателе – 7,5% и в ЦФО - 7,6%. Кроме того, установлено значительное снижение доли ЗНО, выявленных на IV стадии, по следующим нозологическим формам: рак печени и внутрипеченочных желчных протоков (с 41,6% до 31,0%, снижение в 1,34 раза), рак костей и суставных хрящей (с 18,5% до 8,3%, снижение в 2,23 раза), рак поджелудочной железы (с 48,9% до 40,3%, снижение в 1,21 раза), рак желудка (с 36,3% до 28,9%, снижение в 1,25 раза), рак пищевода (с 27,7% до 21,2%, снижение в 1,3 раза) [149].

При анализе причин запущенности первое место по частоте занимает несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью ввиду низкой медицинской информированности населения о факторах риска возникновения онкологических заболеваний; второе место среди причин запущенности занимает

бессимптомное течение заболевания (случаи скрытого неспецифического течения злокачественной опухоли); третья группа основных причин запущенности ЗНО состоит из неудовлетворительной организации профилактических осмотров населения, неполное обследование пациента, недостаточное использование современных диагностических методов, некорректное истолкование результатов обследования пациента; отсутствие у врачей первичного звена онкологической настороженности [149].

За период с 2011 по 2021 гг. произошло снижение показателей смертности от злокачественных новообразований с 235,20 до 165,1 на 100 тыс. населения. По всем вышеперечисленным нозологическим формам также наблюдается снижение показателя смертности с 2011 года по 2021 гг., за исключением неходжкинской лимфомы (увеличение в сравнении с 2011 годом составило в 1,02 раза). Наибольшее снижение показателей смертности в сравнении с 2011 годом отмечено по следующим нозологиям: рак желудка (в 1,67 раза), рак мочевого пузыря (в 1,91 раза), рак пищевода (в 1,58 раза), а также опухоли прямой кишки (в 1,43 раза) и молочной железы (в 1,37 раза) (Таблица 28) [149].

Таблица 28 – Динамика показателей смертности от ЗНО в Московской области, Российской Федерации и ЦФО (на 100 тыс. населения) [149]

Территория /гг.	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Московская область	235,2	226,1	228,8	224,3	215,9	195	171,3	178,6	175,6	168,4	165,1
Стандартизованный показатель Московской области	129,05	122,18	124,39	121,26	116,38	105,75	94,67	94,26	93,68	89,83	88,1
Российская Федерация	202,5	200,9	201,1	199,5	202,5	201,6	206,9	200,0	200,6	199,5	200,4
Центральный Федеральный округ	220,9	219,7	220,2	216,8	215,2	215,8	197,9	209,9	208,2	210,2	209,9

В структуре умерших от ЗНО в Московской области в 2021 году наибольшую долю составляют опухоли трахеи, бронхов, легкого (14,6%), желудка (10,4%), ободочной кишки (9,4%), поджелудочной железы (8,2%), молочной железы (8,1%),

прямой кишки (4,8%), предстательной железы (4,07%) [149].

В ходе изучения эпидемиологической обстановки в Московской области и рассмотрения динамики заболеваемости и распространенности ЗНО диссертантом было проанализировано состояния первичной и вторичной профилактики онкологических заболеваний в регионе как основы онкологической помощи населению региона. В качестве мер по первичной профилактике онкологических заболеваний в Московской области в течение 2011-2021 годов ежегодно проводились мероприятия по повышению медицинской грамотности населения. За этот период участниками акций стали более 5 миллионов жителей области и более 30 тысяч медицинских работников. В 2021 году около 3 млн жителей Московской области были адресно проинформированы страховыми медицинскими организациями о возможности прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

В качестве мер по вторичной профилактике онкологических заболеваний в Московской области в 2011-2020 годах организовано проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации: за время проведения обследования детское население (1,5 млн человек) и более 85% взрослого населения Московской области (всего более 6 млн человек). Из всех прошедших диспансеризацию 35% (2 млн человек) были признаны практически здоровыми (1 группа здоровья), 1 млн человек (15%) имели факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (2 группа здоровья). У 3 млн человек (50%) обследованных были выявлены заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи (3 группа здоровья). Женщины составили 58%, мужчины – 42%. Лица в возрасте 21-36 лет составили 33%, 39-60 лет – 41%, старше 60 лет – 26%. За время проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации впервые было выявлено более 20 тысяч случаев ЗНО. Наиболее часто встречаемые локализации: рак молочной железы (6,5 тыс. случаев), рак предстательной железы (3,0 тыс. случаев), рак легких и трахеи (2,5 тыс. случаев), рак толстого кишечника

(2,0 тыс. случаев). В целом выявление ЗНО на ранних стадиях (I-II стадия) составило 57,8%.

В 2021 году профилактические медицинские осмотры прошло около 1,2 млн жителей Московской области (21% от взрослого населения), в том числе 842713 человек прошли диспансеризацию. Из них 377059 человек (32%) были признаны практически здоровыми (1 группа здоровья), 162142 человека (14%) – имеют факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (2 группа здоровья). У 640810 (54%) обследованных были выявлены заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи (3 группа здоровья). В 2021 году в результате диспансеризации впервые выявлено 1211 случаев злокачественных онкологических заболеваний (1,6 случая на 1000 обследованных), из них наиболее часто встречаемых локализаций: рак молочной железы – 332 случая (68% на ранних стадиях и стадия уточняется); рак пищевода, желудка и поджелудочной железы – 95 (53% на ранних стадиях и стадия уточняется); рак матки и яичников – 144 (75% на ранних стадиях и стадия уточняется); рак кишечника – 149 (40% на ранних стадиях и стадия уточняется); рак предстательной железы – 186 (61% на ранних стадиях и стадия уточняется); рак почки – 39 (56% на ранних стадиях и стадия уточняется); рак лёгких и трахеи – 79 (27% на ранних стадиях и стадия уточняется).

В регионе проводится онкологический скрининг лиц, имеющих высокий риск развития онкологических заболеваний. В 2021 году диспансеризацию прошли 505269 человек в возрасте старше трудоспособного, 29705 человек с отягощенной наследственностью по злокачественным новообразованиям (в семейном анамнезе злокачественное новообразование), 57175 человек с анамнезом курения табака.

В рамках региональной программы диспансеризации осуществляются: ежегодный маммографический скрининг рака молочной железы у женщин старше 39 лет, цитологический скрининг предрака и рака шейки матки, скрининг рака и предрака толстой кишки с помощью анализа кала на скрытую кровь, скрининг рака предстательной железы с помощью определения уровня простатспецифического антигена в крови, а также скрининг с применением дерматоскопии. Необходимо

отметить, что основу скрининговых программ формирует применение современных методов первичной диагностики и уточняющих тестов. В скрининге рака шейки матки в качестве первичного скрининг-теста начала применяться в соответствии с международными рекомендациями технология жидкостной цитологии с окрашиванием по Папаниколау и автоматизированный скрининг с выделением патологических участков и ранжированием препаратов по степени патологии на группы; скрининг колоректального рака основывается на иммунохимическом тесте на скрытую кровь; скрининг рака молочной железы – на маммографии. С целью проведения мероприятий вторичной профилактики онкологических заболеваний для граждан, проживающих в населенных пунктах, расположенных на значительном удалении от медицинской организации (имеющих плохую транспортную доступность), в системе здравоохранения имеется 3 мобильных маммографа.

Ежегодное проведение маммографии запланировано у 63% женщин в возрасте от 39 до 75 лет, подлежащих диспансеризации (примерно 400000 исследований в год). Ежегодное проведение скрининга на рак предстательной железы (анализа крови на ПСА) запланировано у 70% от мужчин в возрасте от 45 до 65 лет, подлежащих диспансеризации (примерно 100 000 исследований в год). В 2020 пандемийном году анализ крови на ПСА выполнен у 6836 человек, выявлено 1217 отклонений, выявлено 186 случаев рака предстательной железы.

Ежегодное проведение скрининга на рак кишечника (анализ кала на скрытую кровь иммунохимическим методом) запланировано у 70% от мужчин и женщин в возрасте от 40 до 75 лет, подлежащих диспансеризации (примерно 600000 исследований в год). В 2021 году анализ кала на скрытую кровь проведен у 315778 человек, выявлено 2476 отклонений. Колоноскопия или ректороманоскопия проведены у 1789 человек, выявлено 149 случаев рака ободочной и прямой кишки (41% на 1 и 2 стадии).

На территории Московской области в паллиативной медицинской помощи нуждается 19227 человек, из них 567 детей. В рамках оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях функционирует 44 кабинета

паллиативной медицинской помощи и 10 отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи (8 – для взрослого населения, 2 – для детей). Основной целью оказания паллиативной медицинской помощи в Московской области является повышение уровня доступности и качества оказания данного вида помощи, в том числе при лечении хронического болевого синдрома [521]. Организовано 8 территориальных координационных центров паллиативной медицинской помощи. В рамках оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях развернуто 690 паллиативных коек для взрослого населения, 52 паллиативные койки для детей, 1318 коек сестринского ухода.

В соответствии с региональной государственной стратегической программой «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 гг.» [433] в 2021 году создан референсный центр патоморфологии, доступный для всех медицинских учреждений субъекта Российской Федерации, что ожидается приведет к сокращению сроков диагностических гистологических исследований на 2-3 дня.

В целом, анализируя показатели работы онкологической службы в Московской области за последнее десятилетие, можно выделить основные проблемы, требующие как тактического, так и стратегического решения:

1. Ежегодное увеличение численности контингента пациентов с онкопатологией (хотя за последние 10 лет произошло снижение показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями по отдельным локализациям: гортани, желудка, яичника, а также лейкемией).

2. Позднее выявление ЗНО, недостатки в учете заболеваемости и ведении канцер-регистра, рост индекса накопления контингента онкобольных по отдельным нозологиям и в целом по региону.

3. Проблема диагностики онкозаболеваний в первичном звене на 1 уровне оказания онкологической помощи (кадры, оборудование, маршрутизация пациентов, диспансерный учет).

4. Низкий уровень онконастороженности врачей и недостаточная медицинская грамотность пациентов, недостаточное информирование широких слоев населения по вопросам приверженности скрининговым исследованиям и диспансерному наблюдению.

5. Ресурсная база онкологической службы: оснащённость современным медицинским оборудованием для проведения оперативного и радиологического лечения; недостаточная обеспеченность специализированными кадрами и коечным фондом (снижение уровня доступности и качества онкологической помощи, в том числе и ВМП).

6. Обеспечение пациентов с онкологическими заболеваниями современными противоопухолевыми лекарственными препаратами.

7. Географические особенности области, значительное время «доезда» пациентов до регионального онкологического диспансера и других медицинских организаций онкологического профиля.

8. Недостаточный уровень централизованного контроля за организацией и качеством оказания онкологической помощи в неспециализированных медицинских организациях региона, уровнем комфортности пребывания в круглосуточном стационаре (диагностика, специфическое лечение, диспансерное наблюдение).

9. Низкие темпы цифровизации онкологической службы региона (в рамках системы централизованного электронного администрирования) и интеграции её с канцер-регистром.

Исходя из проведенного системного анализа состояния онкологической помощи в Московской области (текущее состояние ресурсной базы онкологической службы региона); изучения эпидемиологической обстановки в Московской области (рассмотрения динамики заболеваемости и распространенности ЗНО, оценки состояния первичной и вторичной профилактики онкологических заболеваний в регионе как первоосновы в системе онкологической помощи населению) были сформулированы основные стратегические задачи региональной государственной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями в Московской области на 2019-2024 гг. [433] :

1. Совершенствование системы мер первичной профилактики.
2. Повышение эффективности мер вторичной профилактики онкозаболеваний путём активизации первичного звена здравоохранения

(увеличение доли раннего выявления онкологических заболеваний в ходе диспансеризации и профилактических осмотров).

3. Выделение групп повышенного онкологического риска в зависимости от факторов канцерогенеза.

4. Совершенствование комплекса мер, направленных на развитие первичной специализированной медико-санитарной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями (увеличение доступности и её мониторинг, создание системы онкологического консилиума).

5. Оптимизация кадрового состава и обеспечение укомплектованности онкологами медицинских организаций Московской области, в том числе и с использованием методов материальной и моральной мотивации.

6. Совершенствование стационарного сегмента специализированной медицинской помощи онкологическим больным (обеспеченность современными лекарственными препаратами, использование методов ВМП).

7. Совершенствование третичной профилактики онкологических заболеваний.

8. Расширение в полном объеме всего комплекса мер по организации паллиативной медицинской помощи.

9. Цифровизация всех звеньев региональной онкологической службы, расширение мониторинга доступности различных этапов онкологической помощи в реальном времени, развитие телемедицинских технологий.

10. Модернизация медицинского оборудования в медицинских организациях, реализация программ взаимодействия с негосударственными правосубъектами.

11. Формирование областного сегмента программы реабилитации онкологических пациентов.

Исходя из миссии, цели и стратегических задач государственной региональной программы «Борьбы с онкологическими заболеваниями в Московской области на 2019-2024 гг.» [433] были структурированы программные мероприятия по их реализации, которые представлены на Рисунке 65.

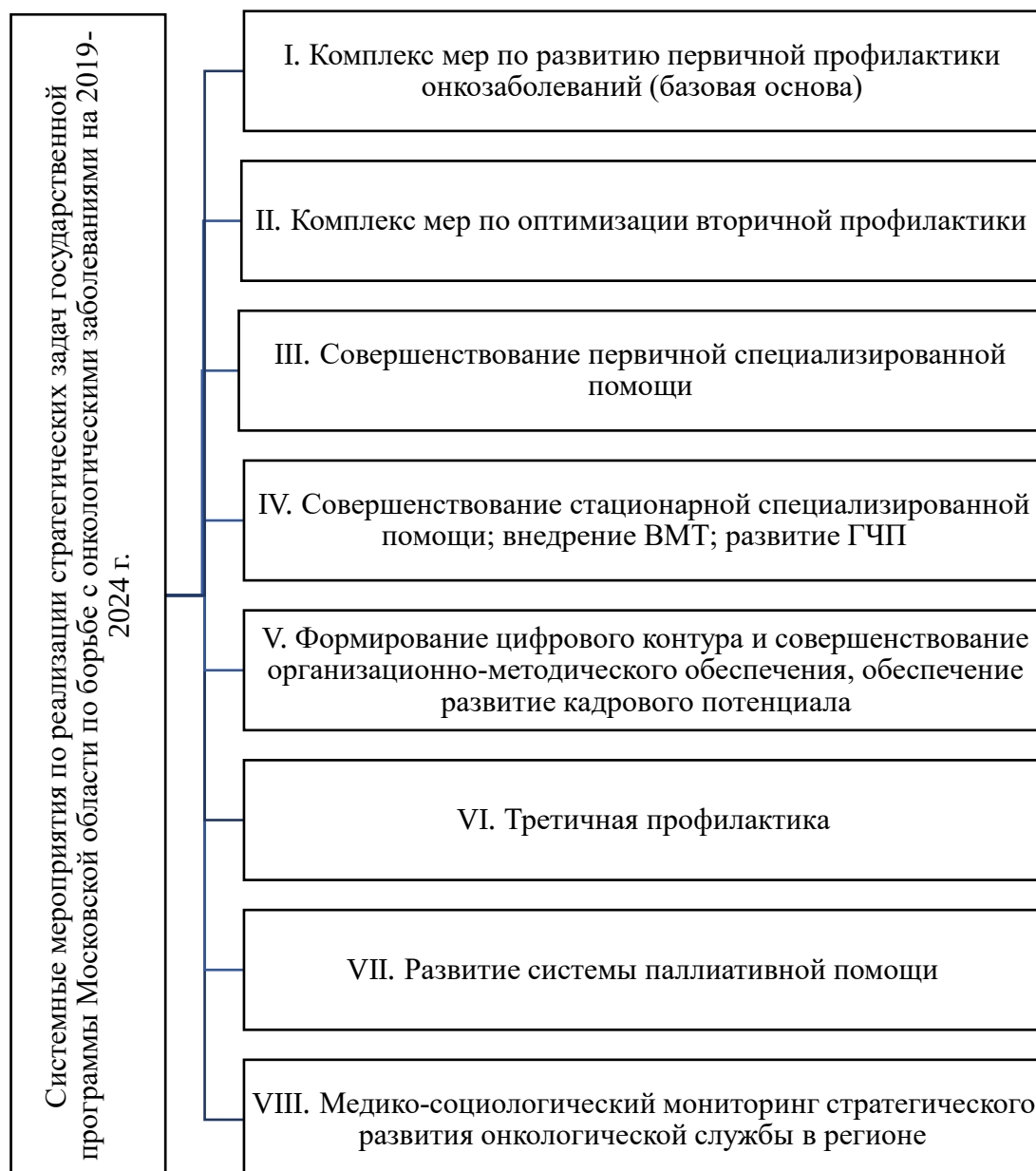


Рисунок 65 – Системные мероприятия по реализации стратегических задач государственной программы Московской области по борьбе с онкологическими заболеваниями на 2019-2024 г.

6.2. Медико-социологическая оценка мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию

Онкологические заболевания выступают одной из наиболее серьезных проблем современности – особенно на фоне демографических проблем

большинства развитых стран (снижение рождаемости, наблюдаемое постарение населения, рост распространенности хронических заболеваний) – и сохранение демографического потенциала и здоровья населения является одной из приоритетных задач большинства стран мира [140, 144, 145, 173, 246, 282, 291, 354, 355, 551, 566, 567, 569, 609, 635, 646, 697, 698, 709, 734, 777, 802].

В международных и отечественных изданиях в настоящее время значительное число публикаций в сфере онкологии посвящены вопросам совершенствования диагностики, лечения и реабилитации [300, 353, 580, 614, 617, 629, 632, 641, 649, 675, 700, 726, 735, 747, 760, 764, 775, 778, 783], контроля состояния пациента с помощью дистанционных и телемедицинских технологий [599, 625, 636, 638, 639, 766, 779, 785], повышения качества и доступности онкологической помощи для пациентов [129, 187, 373, 563, 613], решения проблемы кадрового дефицита [286], трансформации коммуникации врача и пациента в условиях цифровизации [377, 642, 731, 770], роли медицинских сестер в онкологической практике [720, 791], оптимизации финансирования и экономических ресурсов в системе здравоохранения [93, 159-161, 606, 718], снижения прямых и сопутствующих затрат при лечении онкологических заболеваний [206, 585, 597, 691, 729, 737, 768, 776, 782, 798, 806], правового регулирования оказания медицинской помощи пациентам данной группы [467], обеспечения наилучшего качества жизни пациентов с онкопатологией, в том числе за счет развития онкологических сетей, роста общественной поддержки онкопациентов и снижения социального бремени заболевания [370, 377, 570, 596, 610, 619, 658, 673, 762]. При этом уровень удовлетворенности пациента медицинскими услугами признается одним из ключевых факторов в оценке качества медицинской помощи населению [620, 708].

В существенной доле научных статей последних лет обсуждаются вопросы оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19), особенности лечения и меры по профилактике инфицирования пациентов данной группы [575, 608, 706].

Одной из ключевых национальных целей и стратегических задач развития Российской Федерации [413] является борьба с онкологическими заболеваниями – при этом значительное внимание государства уделяется не только мерам по раннему выявлению онкопатологии, но и поиску новых методов лечения и технологий повышения эффективности применяемых подходов к лечению пациентов с онкологическими заболеваниями, а также повышение качества их жизни [39, 77, 90, 205, 280, 397, 552]. В соответствии с целями и задачами Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» [397], предусматривающими значительное снижение смертности от новообразований до 185 случаев на 100 тыс. населения, в регионах Российской Федерации продолжается работа по укреплению кадрового состава онкологических служб [11, 348, 553], совершенствованию качества и обеспечению доступности для населения самых современных и наиболее эффективных методов онкологической помощи [16, 17, 23, 56, 73, 86, 87, 107, 127, 132, 140, 179, 213, 264, 281, 288, 310, 317, 325, 376, 403, 433, 514, 539], оптимизации маршрутизации пациентов с онкопатологией [85, 130, 296], развитию паллиативной помощи [68, 69, 248, 298, 356, 480].

В целях реализации плана мероприятий федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», достижения выполнения контрольных показателей Распоряжением Правительства Московской области от 25.06.2019 г. № 521-РП была утверждена государственная стратегическая программа «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» (с изменениями, внесенными распоряжением Правительства Московской области от 29.10.2019 г. № 890-РП, от 21.06.2021 г. № 485-РП) [433].

Реализованное в рамках диссертационной работы в 2022 году на базе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского медико-социологическое исследование «Анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее оптимизации» (анкетный опрос, n=369), позволило получить комплексную оценку потребителями (пациентами) различных составляющих оказываемой онкологической службой Московского региона медицинской помощи.

6.2.1. Социально-конструируемый современный портрет пациента онкологической практики в Московском регионе

Учитывая особенности оказания онкологической помощи и вовлечение в нее множества социальных агентов [443, 773], описание социального портрета пациента с онкологическим заболеванием, его поведенческих особенностей, может способствовать оптимизации мер, направленных на раннюю профилактику новообразований, повышение комплаентности пациентов в процессе лечения, а также разработке практических рекомендаций по взаимодействию медицинского персонала с больными данной группы.

Большинство принявших участие в опросе – женщины ($54,7 \pm 3,5\%$). Возраст участников опроса находился в диапазоне от 18 до 89 лет, показатель среднего возраста составил 59,6 лет (Рисунок 66).

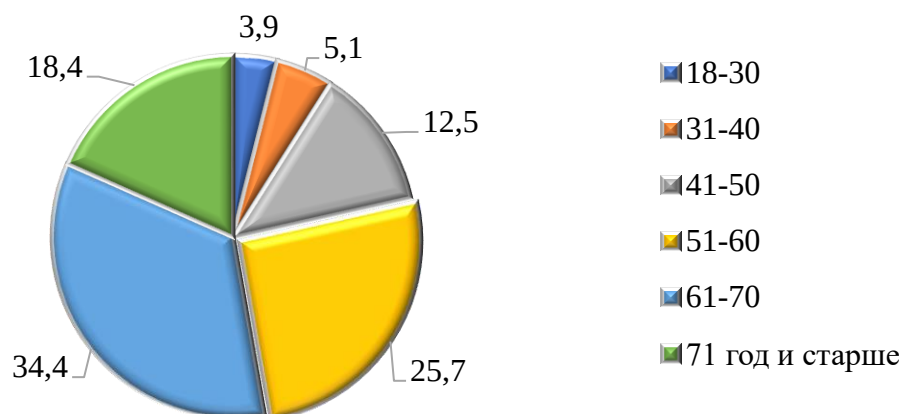


Рисунок 66 – Возраст пациентов онкологической службы (% , возрастные группы)

Учитывая, что средний возраст взрослого населения Московской области составляет 41,5 лет [263], указанные параметры демонстрируют сдвиг возрастных показателей в группе пациентов онкологической службы в сторону повышения, что, в целом, характерно для специфики онкологических заболеваний. Более половины опрошенных ($53,9 \pm 3,6\%$) старше 60 лет – то есть находятся в предпенсионном и пенсионном возрасте.

Высшее образование (в том числе ученую степень) имели менее половины опрошенных ($48,8 \pm 3,9\%$), еще у $44,4 \pm 4,0\%$ было среднее/среднее специальное образование, а у $6,8 \pm 3,9\%$ - незаконченное высшее образование. Детализация данных показывает, что среди пациентов в возрасте до 40 лет наиболее велика доля имеющих высшее образование ($69,2 \pm 7,6\%$ в группе респондентов в возрасте до 30 лет и $73,7 \pm 5,3\%$ - в группе 31-40 лет), а в группах пациентов более старшего возраста возрастает доля респондентов, имеющих среднее и среднее специальное образование (Рисунок 67).

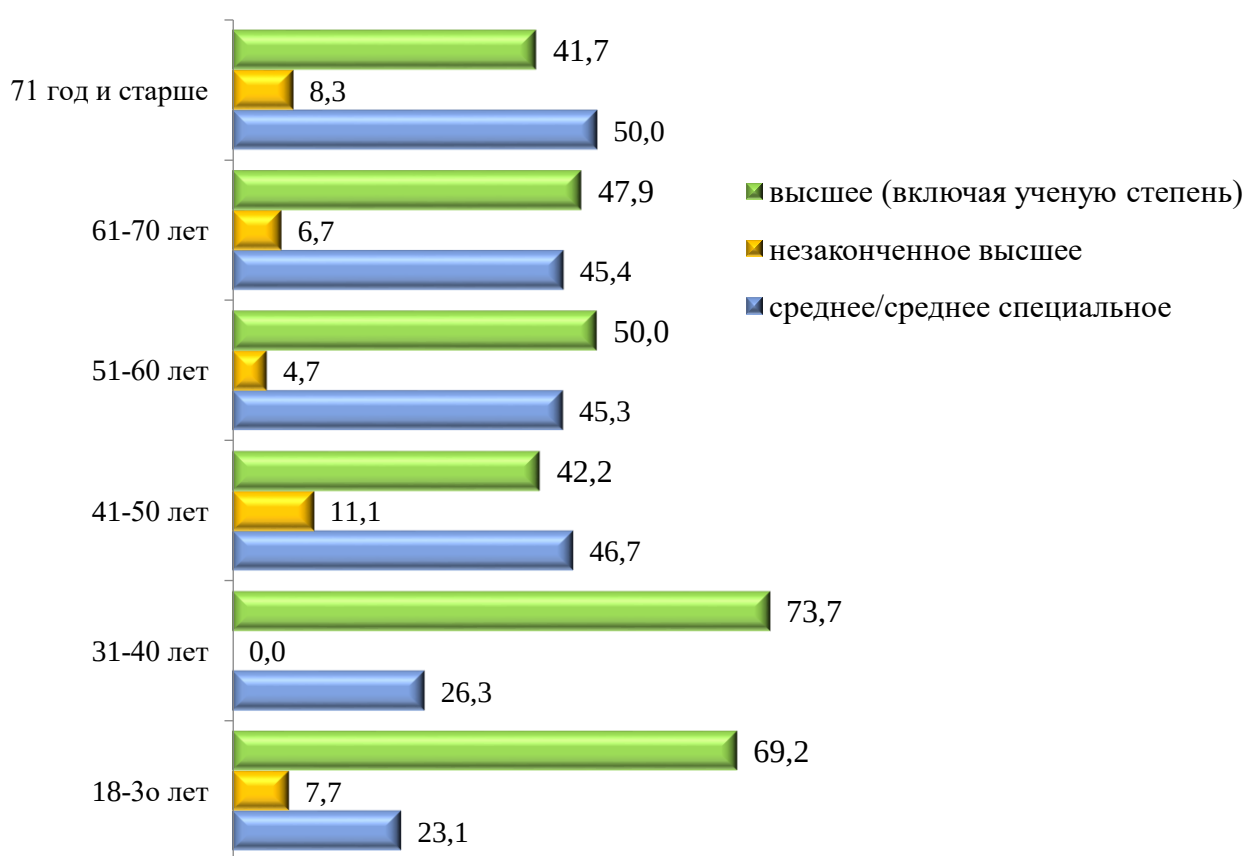


Рисунок 67 – Образовательный уровень респондентов разных возрастных групп (%), возрастные группы)

Больше половины опрошенных ($58,3 \pm 3,4\%$) состоят в браке, еще $4,1 \pm 2,3\%$ респондентов проживают совместно с партнером без регистрации отношений. Более трети ($35,2 \pm 4,2\%$) участников опроса формально были одиночки: шестая часть пациентов ($15,4 \pm 4,9\%$) были вдовцами/вдовами, $10,0 \pm 4,9\%$ были разведены и еще $9,8 \pm 3,6\%$ – холосты. Кроме того, $0,5\%$ респондентов живут отдельно с

супругом/супругой, с которым официально состоят в зарегистрированном браке. Большинство ($82,9 \pm 2,2\%$) пациентов с онкологическими заболеваниями имели детей – при этом более половины (совокупно $62,3 \pm 3,7\%$) имеет двух и более детей.

Социальный статус пациентов соотносится с возрастными показателями выборочной совокупности: $51,8 \pm 3,8\%$ на момент проведения опроса были пенсионерами, при этом $7,1 \pm 3,8\%$ из них продолжали трудовую деятельность. Среди респондентов $14,1 \pm 5,0\%$ были рабочими, $10,0 \pm 3,6\%$ составили ИТР и служащие, $5,3\%$ являлись педагогическими работниками, $3,8\%$ - самозанятыми, $3,2\%$ - медицинскими работниками, а $2,9\%$ - частными предпринимателями (Рисунок 68).

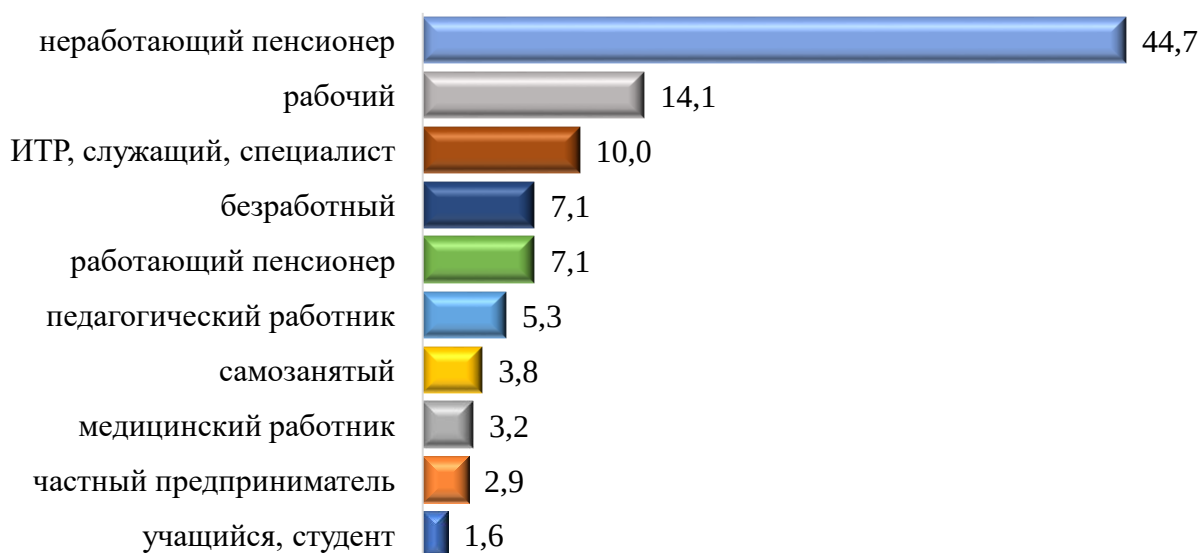


Рисунок 68 – Социальный статус респондентов (%)

Среди работающих респондентов каждый четвертый ($24,3 \pm 4,8\%$) были трудоустроены в компаниях, чья деятельность связана с промышленным производством, а еще $20,6 \pm 5,0\%$ работали в сфере обслуживания. У каждого десятого респондента профессиональная деятельность была связана с образовательной сферой ($10,9 \pm 3,6\%$), транспортом ($10,6 \pm 3,6\%$) и строительством ($10,0 \pm 3,6\%$). Были трудоустроены в сфере здравоохранения $6,9\%$ участников опроса, по $5,6\%$ респондентов работали в сферах культуры и сельского хозяйства, еще $4,0\%$ пациентов отнесли свою профессиональную деятельность к

государственным и муниципальным органам власти, а 1,6% опрошенных были заняты в сфере науки. Трудовой стаж $59,2 \pm 3,5\%$ респондентов составил более 25 лет.

Правительством Московской области ежегодно рассчитывается показатель прожиточного минимума, который на момент опроса составил 17277 рублей [263]. Совокупно $40,7 \pm 4,3\%$ пациентов с онкологическими заболеваниями указали, что уровень их дохода на одного члена семьи в месяц – ниже 20000 рублей, у $27,9 \pm 4,8\%$ респондентов данной группы на одного члена семьи приходится не более 30 000 рублей в месяц, а ежемесячный доход еще $12,7 \pm 3,6\%$ участников опроса составляет 31 000-40 000 рублей на одного члена семьи. Только $18,7 \pm 5,1\%$ опрошенных отметили, что уровень среднедушевого дохода в их семье – более 40000 рублей.

При этом, при сложившихся показателях уровня дохода на одного члена семьи в месяц, каждый четвертый пациент (совокупно $26,0 \pm 4,5\%$) считают свой уровень материального обеспечения удовлетворительным. Более половины респондентов ($51,0 \pm 3,7\%$) указали, что живут нормально, но вынуждены экономить, а $23,0 \pm 4,6\%$ находятся в стесненных финансовых обстоятельствах. Восьмая часть ($12,0 \pm 3,6\%$) респондентов отметила, что полностью удовлетворена своим материальным положением, $54,7 \pm 3,7\%$ опрошенных указали, что частично удовлетворены своим уровнем жизни, а треть ($33,3 \pm 4,5\%$) участников исследования не совсем удовлетворены имеющимся уровнем достатка.

Несмотря на динамично изменяющуюся социально-экономическую ситуацию в стране в целом и в Московском регионе в том числе, $45,5 \pm 4,1\%$ респондентов отметили, что их материальное положение за последний год не претерпело изменений, каждый десятый ($9,3 \pm 3,6\%$) отметил улучшение достатка, а $45,2 \pm 4,1\%$ участников опроса указали, что в сравнении с прошлым годом их финансовое положение несколько изменилось в худшую сторону.

Большинство респондентов ($67,2 \pm 3,1\%$) проживают в собственной квартире, а еще $12,8 \pm 3,6\%$ живут совместно с родственниками в их квартире. Каждый шестой участник опроса ($15,4 \pm 3,5\%$) живет в частном доме, а 4,6% пациентов с онкологическим заболеванием снимают жилье.

Здоровье выступает основой благополучия человека, определяя его трудовую, социальную, физическую активность, особенности семейно-брачного поведения, стремления к достижению жизненных целей. Согласно полученным

данным, $64,2 \pm 3,1\%$ респондентов на момент опроса оценивают состояние своего здоровья как «удовлетворительное», при этом восьмая часть пациентов (совокупно $12,9 \pm 3,6\%$) как «плохое» ($11,8 \pm 3,6\%$) и «очень плохое» ($1,1\%$). Несмотря на наличие у респондентов онкологического диагноза, совокупно $17,1 \pm 5,1\%$ признались, что «чувствуют себя хорошо» ($15,2 \pm 3,5\%$) или «отлично» ($1,9\%$). Затруднились с ответом $5,8\%$ участников опроса.

Необходимо отметить, что женщины несколько более оптимистично оценивали свое физическое состояние, нежели мужчины: так, большее число женщин указали, что считают свое здоровье «отличным» или «хорошим» ($18,0 \pm 5,7\%$ против $15,9 \pm 5,9\%$ у мужчин), а также существенно меньшая доля женщин, чем мужчин ($9,0 \pm 3,9\%$ против $17,8 \pm 4,1\%$), описала состояние своего здоровья как «плохое» и «очень плохое».

При наличии онкологического заболевания пятая часть респондентов ($20,4 \pm 4,7\%$) на момент опроса имели вредные привычки (преимущественно, употребление алкоголя и курение), а еще $11,6 \pm 3,6\%$ признались, что смогли отказаться от вредных привычек, когда узнали об онкологическом диагнозе. Анализ данных показал, что приверженность вредным привычкам в определенной степени связана с полом пациентов ($p=0,3$) – большинство ($82,5 \pm 3,0\%$) пациентов женского пола никогда не имели вредных привычек, тогда как этот показатель у мужчин составил $50,3 \pm 5,5\%$. Кроме того, женщины в 4,5 раза реже отмечали, что имеют вредные привычки ($8,5 \pm 4,0\%$ у женщин против $35,0 \pm 6,3\%$ у мужчин), а количество отказавшихся от вредных привычек женщин составило $9,0 \pm 3,6\%$ против $14,7 \pm 3,7\%$ мужчин в данной подгруппе.

Согласно полученным данным, $65,3 \pm 3,2\%$ пациентов онкологической службы всегда соблюдают назначения врача по ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек, еще $21,7 \pm 4,8\%$ время от времени стараются соблюдать указанные врачебные предписания, а $11,6 \pm 3,6\%$ указали, что частично выполняют рекомендации, однако не могут отказаться от вредных привычек. Только $1,4\%$ респондентов признались, что полностью игнорируют предписания врача относительно соблюдения здорового образа жизни. Тем не менее, $6,4\%$ пациентов, утверждавших, что всегда соблюдают предписания врача в отношении

ведения здорового образа жизни, имели на момент проведения опроса вредные привычки. В группе респондентов, признавших, что время от времени нарушают предписания врача, $81,3 \pm 3,6\%$ не смогли объяснить причины несоблюдения медицинских рекомендаций – и чаще всего пациенты в данной подгруппе связывали это со своей «несобранностью» ($51,5 \pm 4,6\%$), сложностью постоянного пребывания в «рамках лечения» ($26,1 \pm 4,1\%$), невозможностью преодолеть зависимость от имеющейся вредной привычки ($21,4 \pm 3,8\%$) (Рисунок 69).



Рисунок 69 – Причины несоблюдения респондентами медицинских рекомендаций по отказу от вредных привычек (% , множественный выбор)

Соблюдение назначений врача в отношении ведения здорового образа жизни – необходимый показатель для изучения характеристик типичного пациента. Среди тех, кто следует указаниям врача, отказываясь при этом от вредных привычек, больше всего представителей женского пола ($65,8 \pm 4,1\%$) в то время, как пятая часть мужчин иногда соблюдает врачебные рекомендации, а иногда нет ($21,6 \pm 6,9\%$).

Взаимоотношения пациента с медицинским персоналом являются неотъемлемой частью процесса лечения и во многом определяют приверженность пациентов к назначенной терапии. Пациенты с онкологической патологией отметили, что врачи относились к ним внимательно ($76,7 \pm 2,2\%$) и вежливо ($56,6 \pm 2,6\%$). Отношение среднего медицинского персонала большинство опрошенных также характеризуют как вежливое ($62,3 \pm 2,5\%$) и внимательное ($63,7 \pm 2,5\%$). Однако, при этом $4,6 \pm 1,1\%$ респондентов описывают отношение к ним врачей как «безразличное», а еще $0,5\%$ участников опроса отмечают случаи

единичного грубого отношения. Кроме того, $6,2 \pm 1,3\%$ респондентов сталкивались с безразличием, а $1,1 \pm 0,5\%$ – с грубостью со стороны среднего медицинского персонала (Рисунок 70).

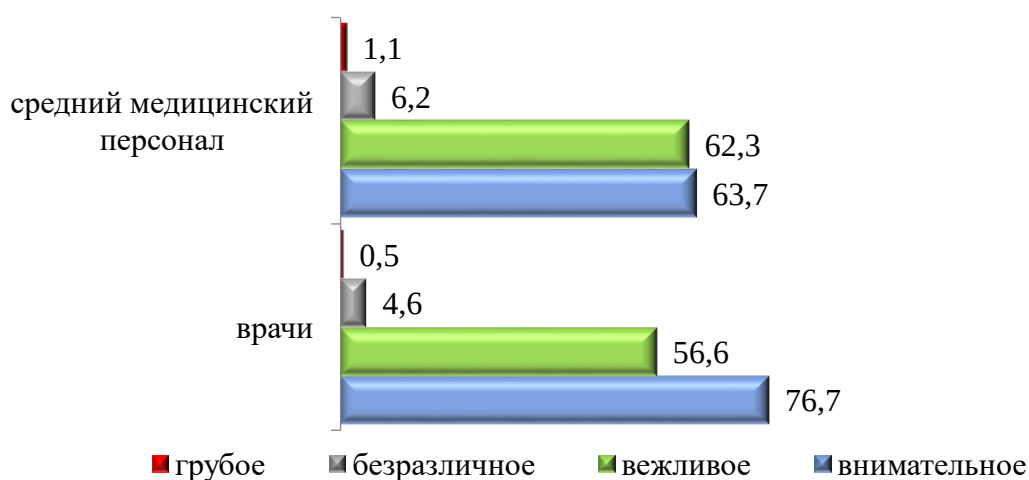


Рисунок 70 – Субъективное восприятие респондентами отношения к ним медицинского персонала (% , множественный выбор)

Абсолютное большинство (совокупно $90,3 \pm 1,6\%$) пациентов с онкологическими заболеваниями удовлетворены качеством предоставляемой им медицинской помощи ($74,0 \pm 7,2\%$ – полностью, $16,3 \pm 4,8\%$ – скорее удовлетворены). Лишь $2,3\%$ респондентов указали, что не удовлетворены оказанными медицинскими услугами, а еще $7,5\%$ затруднились с ответом на данный вопрос.

Полученные в ходе исследования аналитические данные позволили сконструировать социальный портрет типичного пациента Московского региона, имеющего онкологическое заболевание: это чаще всего замужняя ($58,3 \pm 3,4\%$) женщина ($54,7 \pm 3,5\%$) пенсионного возраста (старше 60 лет $53,9 \pm 3,6\%$) с высшим образованием ($48,8 \pm 3,9\%$), имеющая двух детей ($52,4 \pm 4,2\%$). На момент лечения получает пенсию ($51,8 \pm 3,8\%$), её длительная трудовая деятельность (более 25 лет – $59,2 \pm 3,5\%$), в основном, была связана с промышленностью ($24,3 \pm 4,8\%$) или сферой услуг ($20,6 \pm 5,0\%$). Проживает в собственной квартире ($67,2 \pm 3,1\%$), своим материальным положением не всегда удовлетворена ($54,7 \pm 3,7\%$), поскольку ежемесячный доход на одного члена ее семьи составляет менее 20 000 рублей ($40,7 \pm 4,3\%$), и при в целом «нормальной жизни», отмечает, что вынуждена экономить ($51,0 \pm 3,7\%$), а её материальное положение за последний год практически

не изменилось ($45,5 \pm 4,1\%$), либо изменилось в худшую сторону ($45,2 \pm 4,1\%$). Удовлетворена своим здоровьем ($64,2 \pm 3,1\%$), никогда не имела вредных привычек ($68,0 \pm 3,1\%$) и старается всегда следовать медицинским рекомендациям в отношении лечения и соблюдения здорового образа жизни ($65,3 \pm 3,2\%$). Оказанными медицинскими услугами полностью удовлетворена ($74,0 \pm 7,2\%$) и отмечает, что в процессе лечения медицинский персонал относится к ней уважительно: врачи – внимательно ($76,7 \pm 2,3\%$) и вежливо ($56,6 \pm 2,6\%$), средний медицинский персонал – внимательно ($63,7 \pm 2,5\%$) и вежливо ($62,3 \pm 2,5\%$).

6.2.2. Оценка мнения респондентов о деятельности онкологической службы Московского региона в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.»

Пациенты с онкологическими заболеваниями, которые требуют длительного лечения и медицинской реабилитации, являются группой респондентов, которые на основе собственного опыта многолетнего общения с системой регионального здравоохранения могут высказать свое обобщенное мнение об удовлетворенности качеством онкологической помощи, предоставляемой в медицинских организациях Московской области (Рисунок 71).

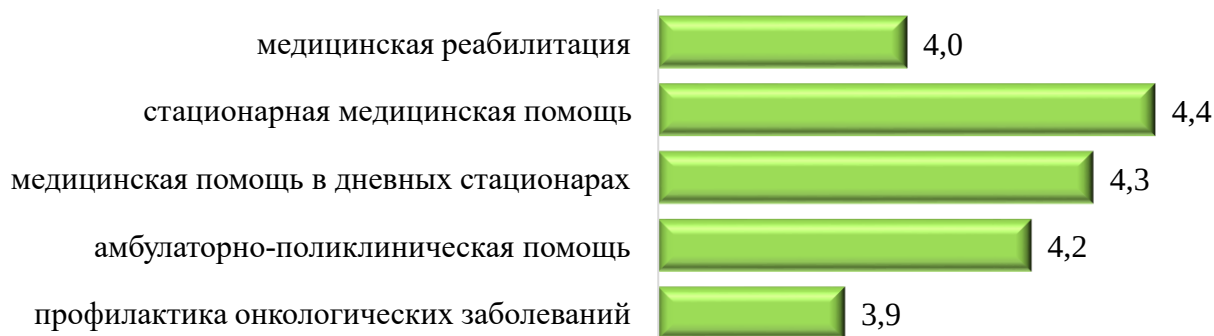


Рисунок 71 – Оценка респондентами уровня удовлетворенности качеством онкологической помощи, предоставляемой в медицинских организациях Московской области (%)

Детализация распределения мнений по баллам отражает, преимущественно, высокий уровень удовлетворённости пациентов качеством онкологической помощи – на это указывает выбор респондентами варианта «4 балла» и «5 баллов» при оценивании. При этом наиболее высоко респонденты оценили качество стационарной онкологической помощи (средний балл - 4,4, медиана – 5 баллов), а наиболее низкий средний балл (3,9) отмечен в разделе мер по профилактике онкологических заболеваний у жителей Подмосковья (Таблица 29).

Таблица 29 – Уровень удовлетворенности респондентов качеством онкологической помощи, предоставляемой в медицинских организациях Московской области (%)

№ п/п	Показатели (доли в процентах)	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов	Медиана	Средний балл
1.	Профилактика онкологических заболеваний	5,2%	9,7%	16,2%	27,6%	41,4%	4,0	3,9
2.	Амбулаторно-поликлиническая помощь	3,3%	3,0%	13,7%	30,4%	49,5%	4,0	4,2
3.	Медицинская помощь в дневных стационарах	1,9%	2,2%	13,9%	33,3	48,7%	4,0	4,3
4.	Стационарная медицинская помощь	1,0%	2,8%	9,3%	33,1%	53,8%	5,0	4,4
5.	Восстановительное лечение после онкологических заболеваний (медицинская реабилитация)	7,8%	6,2%	12,5%	29,6%	44,0%	4,0	4,0

Учитывая, что меры по повышению уровня информированности населения о ранних признаках онкологического заболевания являются ключевыми в профилактической работе, низкий средний балл в оценках респондентов указывает на необходимость совершенствования этого направления на современном этапе стратегического развития здравоохранения.

Согласно результатам исследования, больше половины респондентов ($51,2 \pm 2,6\%$) уверены, что изменения, прошедшие в онкологической службе за последние пять лет, способствовали ее совершенствованию, еще треть ($31,1 \pm 2,4\%$) считают, что указанные изменения носят отрицательный характер и лишь $14,7 \pm 1,8\%$ не заметили никаких перемен в организации специализированной

помощи пациентам с онкопатологией. Еще $3,0 \pm 0,9\%$ участников опроса затруднились с ответом.

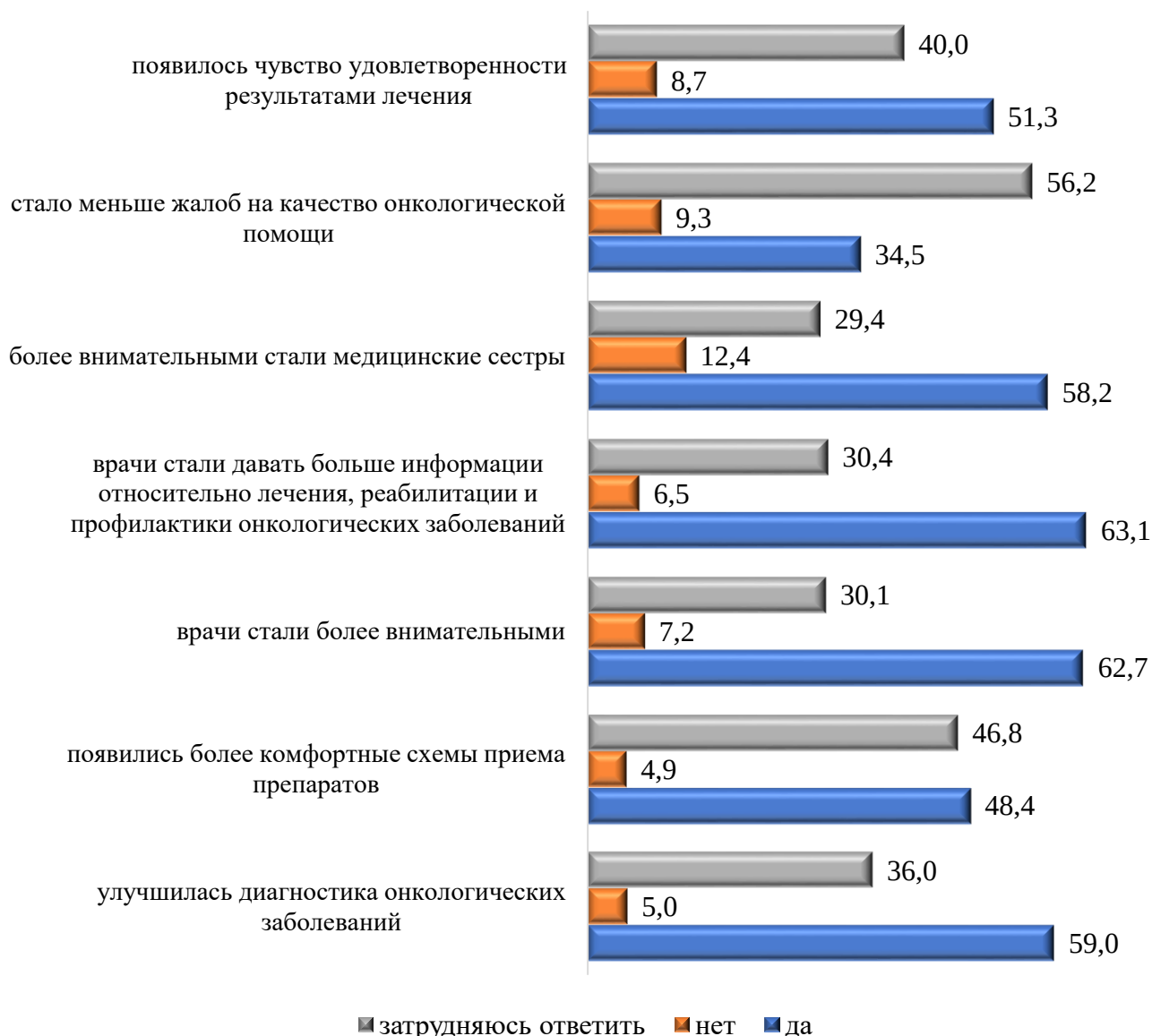


Рисунок 72 – Мнение пациентов об изменениях, произошедших в онкологической службе Московского региона за последние пятилетие (% , множественный выбор)

В числе наиболее заметных положительных изменений, пациенты отметили тот факт, что врачи стали предоставлять больший объем информации о стратегии и тактике лечения, реабилитации и профилактике онкологических заболеваний ($63,1 \pm 3,5\%$), отношение врачей к пациентам стало более внимательным ($62,7 \pm 3,5\%$), наблюдается активное развитие подходов к раннему выявлению и диагностике онкологических заболеваний ($59,0 \pm 3,5\%$), внедрены в

онкологическую практику более комфортные схемы приема назначаемых препаратов ($48,4 \pm 4,1\%$).

Несмотря на то, что $58,2 \pm 3,5\%$ опрошенных отметили внимательное отношение медицинских сестер к пациентам, часть пациентов указала, что не почувствовала положительных изменений в отношении к ним среднего медицинского персонала ($12,4 \pm 3,4\%$) и врачей ($7,2\%$). Более трети пациентов ($34,5 \pm 4,8\%$), исходя из собственного опыта, отметили снижение числа жалоб на качество онкологической помощи (Рисунок 72).

Респонденты, в целом, оценили деятельность онкологической службы Московского региона на 4,4 балла (что при медиане и моде, равным 5 баллам, указывает на высокий уровень их оценок в общем массиве данных). При этом $91,2 \pm 1,6\%$ респондентов оценили работу службы на 4 и 5 баллов, и лишь $1,4\%$ ответивших поставили оценку «1 балл» и «2 балла» (ниже уровня погрешности в массиве мнений и не влияет на обобщенное мнение всех респондентов).

Детализация данных по полу показала, что по средним показателям женщины дали несколько более высокую оценку (4,5 балла) деятельности онкологической службы, чем мужчины (4,4 балла), при этом женщины существенно чаще выбирали вариант «5 баллов» ($57,8 \pm 4,6\%$), нежели мужчины ($45,5 \pm 5,7\%$). Также можно отметить, что молодые респонденты (18–40 лет) оценивали деятельность онкологической службы только на «4 балла» и «5 баллов» (средний балл – 4,7), тогда как представители возрастной группы 41–50 лет и участники исследования старше 71 года оценили деятельность системы онкологической помощи только на 4,2 и 4,3 балла в среднем.

Несмотря на высокие, в целом, оценки деятельности онкологической службы, респонденты, чей стаж заболевания составил менее одного года выше других оценили ее работу (средний балл - 4,5), тогда как пациенты, проходящие длительное лечение (более 5 лет) и имеющие значительный опыт взаимодействия с системой регионального здравоохранения – на 4,3 балла в среднем.

Таким образом, распределение ответов показывает, что деятельность онкологической службы Московского региона, в целом, воспринимается

респондентами как эффективная, а изменения, которые происходят в онкологической службе в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» [433] большинство респондентов оценили положительно.

Оценка респондентами существенных аспектов деятельности онкологической службы Московского региона

В ходе лечебно-диагностического процесса при онкологическом заболевании требуется регулярное посещение врача-онколога и осуществление диагностических обследований, преимущественно в амбулаторных условиях. Четверть опрошенных ($26,1 \pm 3,6\%$) обращались в амбулаторную службу не реже одного раза в месяц, а десятая часть ($9,3 \pm 2,7\%$) - не реже одного раза в квартал. Тем не менее, среди участников социологического исследования за последние 12 месяцев каждый третий ($32,3 \pm 4,4\%$) ни разу не обращался за амбулаторной онкологической помощью, а шестая часть респондентов $15,4 \pm 3,6\%$ только один раз в год (Рисунок 73).

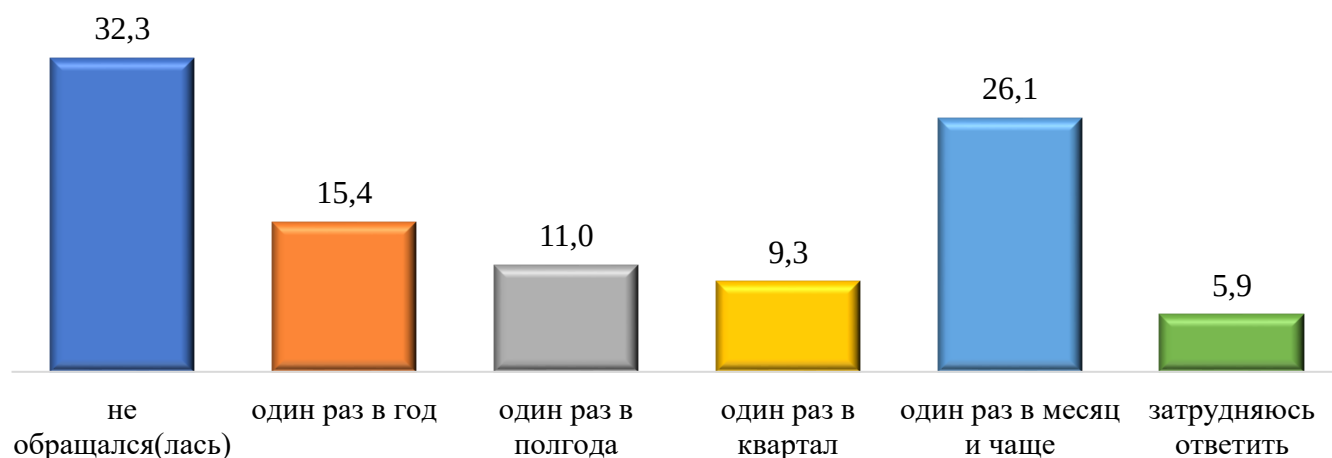


Рисунок 73 – Частота обращения респондентов за амбулаторной онкологической помощью за последние 12 месяцев (%)

Среди пациентов, которые имели опыт обращения в амбулаторную онкологическую службу, более половины опрошенных ($51,7 \pm 2,6\%$) отметили, что не сталкивались с какими-либо проблемами. Среди тех, кто столкнулся со

сложностями при получении онкологической помощи, четверти ($26,3 \pm 2,3\%$) пациентам было трудно получить талон на прием к врачу, еще $13,8 \pm 1,8\%$ жаловались на длительное ожидание приема врача перед кабинетом и почти десятая часть респондентов ($8,1 \pm 1,4\%$) на затянувшееся оформление медицинской документации (Рисунок 74).

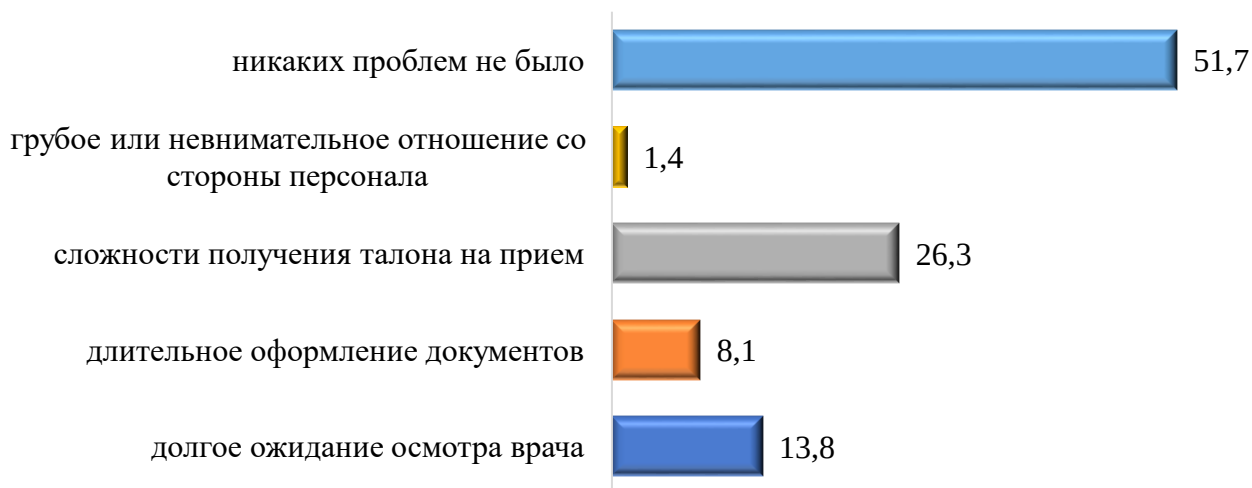


Рисунок 74 – Проблемы, с которыми столкнулись пациенты при обращении за амбулаторной онкологической помощью (% , множественный выбор)

В целом данные, полученные в ходе исследования, отражают высокий уровень удовлетворенности пациентов с онкопатологией работой амбулаторных онкологических медицинских организаций Московского региона, при этом наиболее высоко пациенты оценили санитарно-гигиенические условия и режим их работы. Параметры, непосредственно влияющие на обеспечение качества онкологической помощи и перечень предоставляемых медицинских услуг пациенты с онкопатологией оценили достаточно высоко (4,2-4,3 балла), при этом менее всего респонденты удовлетворены возможностью записи на прием к врачу и сроками ожидания приема (Таблица 30).

На момент опроса менее половины ($40,2 \pm 3,5\%$) пациентов не проходили медицинскую реабилитацию, еще $26,3 \pm 4,4\%$ затруднились с ответом на данный вопрос. Тем не менее, из числа тех, кто получал восстановительное лечение, абсолютное большинство ($93,1 \pm 1,8\%$) оценивают его положительно.

Таблица 30 – Уровень удовлетворенности респондентов существенными показателями работы амбулаторной онкологической службы Московской области (% ,средний балл)

Показатели (доли в процентах)	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов	Медиана	Средний балл
Доступность справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации	5,2	4,2	12,0	32,4	46,3	4,0	4,1
Транспортная доступность поликлиники	3,9	3,3	11,4	30,3	51,1	5,0	4,2
Режим работы	1,9	1,0	6,7	34,3	56,1	5,0	4,4
Работа регистратуры	2,6	1,9	10,2	31,0	54,3	5,0	4,3
Организация записи на прием к врачу	3,2	5,2	13,0	32,1	46,4	4,0	4,1
Техническое состояние, ремонт помещений, площадь помещений	1,7	3,0	12,0	39,0	44,3	4,0	4,2
Чистота, санитарно-гигиенические условия	1,3	2,3	7,8	37,3	51,3	5,0	4,4
Комфортность помещений (холл, коридор, кабинеты туалет)	1,3	2,0	11,8	36,7	48,2	4,0	4,3
Комплекс предоставляемых диагностических, лабораторных и медицинских услуг	1,7	1,4	13,2	36,1	47,6	4,0	4,3
Время ожидания приема врача перед кабинетом	3,6	3,9	16,7	31,1	44,6	4,0	4,1
Сроки ожидания приема врача с момента записи	3,9	3,9	13,8	35,4	43,0	4,0	4,1
Сроки ожидания диагностических услуг с момента записи (ЭКГ, УЗИ)	3,1	3,1	15,1	31,5	47,3	4,0	4,2
Сроки ожидания предоставления лабораторных услуг с момента записи	2,1	4,2	12,0	32,7	48,9	4,0	4,2
Сроки ожидания медицинских услуг с момента записи (инфузионная терапия (капельницы и др.)	1,5	1,5	16,4	33,2	47,3	4,0	4,2
Использование инновационных способов и методов лечения	2,7	1,6	11,7	37,4	46,7	4,0	4,2
Оснащенность современным медицинским оборудованием	1,8	1,8	11,4	35,9	49,1	4,0	4,3
Обеспеченность медикаментами и материалами медицинского назначения	1,8	3,6	15,4	31,9	47,3	4,0	4,2
Обеспеченность врачами	1,0	3,5	15,9	30,8	48,8	4,0	4,2
Обеспеченность врачами-специалистами	2,1	4,2	13,9	31,4	48,4	4,0	4,2
Обеспеченность средним медицинским персоналом	1,7	3,1	15,4	32,5	47,2	4,0	4,2
Возможность обращения к администрации (жалобы и предложения)	0,4	3,8	10,5	38,7	46,6	4,0	4,3
Результаты обследования, лечения, реабилитации и профилактики	1,1	3,3	11,2	32,2	52,2	5,0	4,3

Нередко для лечения онкологического заболевания требуется стационарное наблюдение за состоянием пациента. При этом, у $37,8 \pm 4,2\%$ пациентов за последние 12 месяцев не было ни одной госпитализации (лечение было ограничено эффективным амбулаторным наблюдением). Один раз за истекший год проходили лечение в условиях стационара $28,7 \pm 4,5\%$ опрошенных и еще $11,4 \pm 3,0\%$ респондентов указали, что дважды были госпитализированы за указанный период. Каждый пятый участник опроса ($22,2 \pm 4,7\%$) перенесли три и более госпитализации за последний год. Как правило, это мужчины (было более трех госпитализаций у четвертой части ($25,0 \pm 5,6\%$) мужчин против десятой части ($10,6 \pm 3,1\%$) женщин), в возрастной группе 41-50 лет (доля тех, у кого было более трех госпитализаций в этой возрастной группе составила $27,9 \pm 5,9\%$), которым был установлен онкологический диагноз от 1 до 3 лет назад ($28,3 \pm 6,0\%$ тех, у кого было более трех госпитализаций). Нужно отметить, что $13,6 \pm 6,1\%$ пациентов были госпитализированы в день обращения к врачу с жалобами, $6,2\%$ - на следующий день, менее недели (2–7 дней) ждали госпитализации $25,1 \pm 5,5\%$ пациентов, $32,9 \pm 5,3\%$ пришлось ожидать очереди для оформления на стационарное лечение неделю и более. Затруднились по разным причинам (не помню, не принципиально, особых проблем не было) с ответом $22,6 \pm 5,6\%$ опрошенных пациентов.

Длительное время ожидания в приемном отделении влияет на уровень удовлетворенности пациентов предоставляемой медицинской помощью, особенно в ситуации неудовлетворительного состояния пациента. Согласно результатам исследования, совокупно $60,6 \pm 3,9\%$ опрошенных ожидали в приемном отделении не более часа. Данные о длительном ожидании свыше трех часов были получены в ответах только у $6,8\%$ опрошенных.

При наличии онкологического заболевания пациенты нередко получают стационарное лечение, что во многом определяет возможности получения в ходе исследования обобщенной оценки респондентов по существенным аспектам работы стационарной онкологической службы в Московском регионе, детализация которых отражает, преимущественно, высокий уровень удовлетворенности пациентов (на уровне 4,2-5 баллов) ключевыми показателями лечебно-диагностического процесса – результатами обследования, лечения, реабилитации и профилактики, кадровой обеспеченностью клиник, комплексом предоставляемых

медицинских услуг, оснащенностью необходимым медицинским оборудованием для диагностики и лечения, медикаментами и материалами медицинского назначения, а также применением инновационных методов лечения, но при этом показатели, характеризующие комфорт пребывания в условиях стационара получили оценки в диапазоне 3,7-4,2 баллов. Наиболее высокую оценку респонденты поставили работе лабораторных и вспомогательных подразделений, частоте врачебного обхода и кадровой обеспеченности стационарной службы (средний балл - 4,3-4,4 балла, медиана – 5 баллов) – а наименьший средний балл (3,7) получило качество питания в стационаре (Таблица 31).

Таблица 31 – Уровень удовлетворенности респондентов существенными показателями работы стационарной онкологической службы Московской области (% , средний балл)

Показатели (доли в процентах)	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов	Медиана	Средний балл
Доступность справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации	1,9	2,2	13,3	36,7	45,9	4,0	4,2
Транспортная доступность стационара	2,5	0,9	13,8	38,9	43,9	4,0	4,2
Режим работы	0,9	0,3	7,2	36,4	55,2	5,0	4,5
Сроки ожидания госпитализации	2,5	4,8	13,7	39,7	39,4	4,0	4,1
Работа приемного отделения (оперативность, комфорт)	5,6	6,0	19,4	37,3	31,7	4,0	3,8
Техническое состояние, ремонт помещений, площадь помещений	2,3	4,5	15,5	46,9	30,7	4,0	4,0
Комфортность палаты	3,5	3,2	15,1	40,8	37,3	4,0	4,1
Количество пациентов, размещаемых в палате	3,2	5,8	16,2	41,9	32,8	4,0	4,0
Комфортность помещений (холл, кабинеты, коридор, туалет)	2,0	4,2	16,9	39,1	37,8	4,0	4,1
Чистота, санитарно-гигиенические условия	1,3	2,3	8,0	42,4	46,0	4,0	4,3
Питание	5,5	8,4	20,9	36,3	28,9	4,0	3,7
Комплекс предоставляемых медицинских услуг	1,3	1,7	6,0	44,5	46,5	4,0	4,3
Использование инновационных способов и методов лечения	2,2	1,1	10,4	48,4	38,0	4,0	4,2
Оснащенность современным медицинским оборудованием	1,1	1,4	11,4	43,4	42,7	4,0	4,3

Продолжение Таблицы 31

Показатели (доли в процентах)	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов	Медиана	Средний балл
Обеспеченность медикаментами и материалами медицинского назначения	1,0	4,2	10,5	40,4	43,9	4,0	4,2
Обеспеченность врачами	1,0	1,7	10,7	36,3	50,3	5,0	4,3
Обеспеченность средним медицинским персоналом	1,0	2,0	11,9	39,3	45,8	4,0	4,3
Обеспеченность младшим медицинским персоналом	1,4	2,7	13,9	39,5	42,5	4,0	4,2
Частота проведения врачебных обходов	0,3	2,6	6,3	39,6	51,2	5,0	4,4
Работа вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет и другие)	1,1	-	6,6	39,6	52,7	5,0	4,4
Возможность обращения к администрации (жалобы и предложения)	1,4	2,4	13,2	42,0	41,0	4,0	4,2
Результаты обследования, лечения, реабилитации и профилактики	1,3	1,3	9,2	44,3	43,9	4,0	4,3

Таким образом, можно отметить высокий уровень удовлетворенности пациентов деятельностью онкологической службы Московского региона в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» [433].

Факторы, повлиявшие на выбор пациентами Московского региона медицинской организации для получения онкологической помощи

Ключевыми причинами, определяющими выбор лечебного учреждения для лечения онкологического заболевания для более чем половины пациентов ($53,4 \pm 2,6\%$), является возможность получения бесплатной медицинской помощи (в рамках системы ОМС), а также профессиональный уровень медицинского персонала ($50,7 \pm 2,6\%$). Третья часть опрошенных при выборе медицинской организации онкологического профиля фокусируют внимание на территориальной близости к месту проживания ($36,5 \pm 2,5\%$) и наличии в клинике специалистов необходимого профиля ($35,0 \pm 2,5\%$), а для $23,0 \pm 2,2\%$ респондентов важное

значение имеет наличие необходимого современного оборудования. При этом необходимо отметить, что каждый десятый ($11,1 \pm 1,6\%$) пациент обосновывает свой выбор исключительно прикреплением к медицинской организации (Рисунок 75).



Рисунок 75 – Причины выбора пациентами медицинской организации для получения онкологической помощи (% , множественный выбор)

Так например, основной причиной, определившей выбор пациентами головной медицинской организации Московской области - ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского для получения онкологической помощи, для почти половины ($46,3 \pm 2,6\%$) участников анкетного опроса была необходимость прохождения планового лечения, каждый третий респондент ($29,3 \pm 2,4\%$) указал, что обратился для получения консультации специалиста Института, у пятой части участников опроса ($20,3 \pm 2,1\%$) – неотложная ситуация (госпитализация), а $10,6 \pm 1,6\%$ обратились в МОНИКИ для прохождения диагностического обследования. Еще $4,9 \pm 1,1\%$ пациентов проходили профилактический осмотр, $4,1 \pm 1,1\%$ респондентов обратились для оформления медицинской документации, а $2,2 \pm 0,8\%$ – за получением рецепта на лекарственные препараты (Рисунок 76).

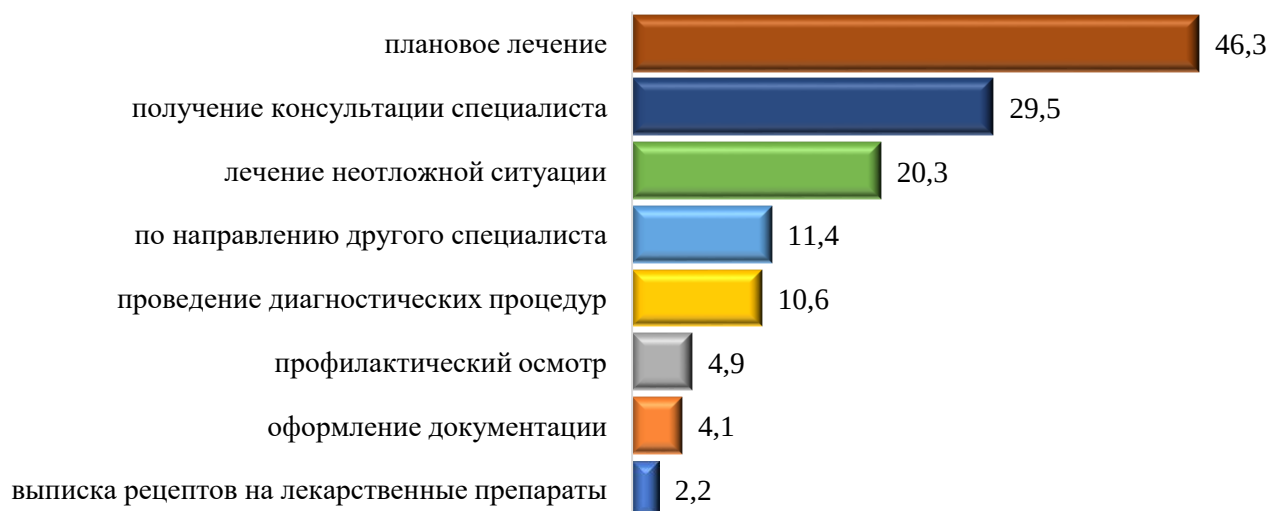


Рисунок 76 – Причины обращений пациентов с онкопатологией в МОНКИ им. М.Ф. Владимирского (% , множественный выбор)

По данным диссертационного исследования можно констатировать, что при возникновении необходимости диагностики и лечения злокачественного новообразования, пациенты в основном ориентируются на возможности получения гарантированной государством бесплатной медицинской помощи (по программе ОМС и в государственных медицинских организациях).

Взаимоотношения врача и пациента с онкопатологией в ходе лечебно-диагностического процесса

Доверительные взаимоотношения пациента с лечащим врачом и медицинским персоналом в целом, значительно всего влияют на комплаентность пациента и неукоснительное соблюдение им назначений врача, что в итоге больше всего способствует успеху лечения. Согласно данным исследования, большинство опрошенных уверены, что врачи внимательно ($76,7 \pm 2,2\%$) и вежливо ($56,6 \pm 2,6\%$) к ним относятся.

Большинство респондентов ($93,1 \pm 1,4\%$) доверяют квалификации лечащих врачей онкологов, но тем не менее все же 2,0% участников опроса относятся с недоверием к имеющимся у медицинских специалистов профессиональным компетенциям и навыкам. Во многом доверительные взаимоотношения,

сложившиеся у пациента и лечащего врача, способствуют тому, что большинство пациентов ($82,5 \pm 2,2\%$) всегда неукоснительно выполняют инструкции врача по поводу назначения медицинских препаратов. Тем не менее, $13,6 \pm 1,7\%$ признались, что не всегда соблюдают рекомендации врача, а $0,6\%$ - никогда не делают этого. Затруднились с ответом еще $3,3 \pm 0,6\%$ респондентов.

Взаимодействие между пациентом и врачом занимает особое место в ходе лечения онкологического заболевания. Доверие пациента своему лечащему врачу и особенно его квалификации, профессиональным навыкам и компетенциям зачастую определяет комплаентное поведение в отношении назначенного лечения.

В группе тех, кто указал, что не всегда соблюдает предписания врача по лечению, каждый пятый пациент ($21,4 \pm 5,2\%$) не смог объяснить причины такого поведения. Еще $21,1 \pm 5,1\%$ опрошенных пациентов с онкопатологией в качестве причины несоблюдения назначений врача называют свою «несобранность», для $6,8\%$ сложно находиться в «строгих» рамках лечения, а еще $5,7\%$ не понимают данные врачом инструкции (Рисунок 77).

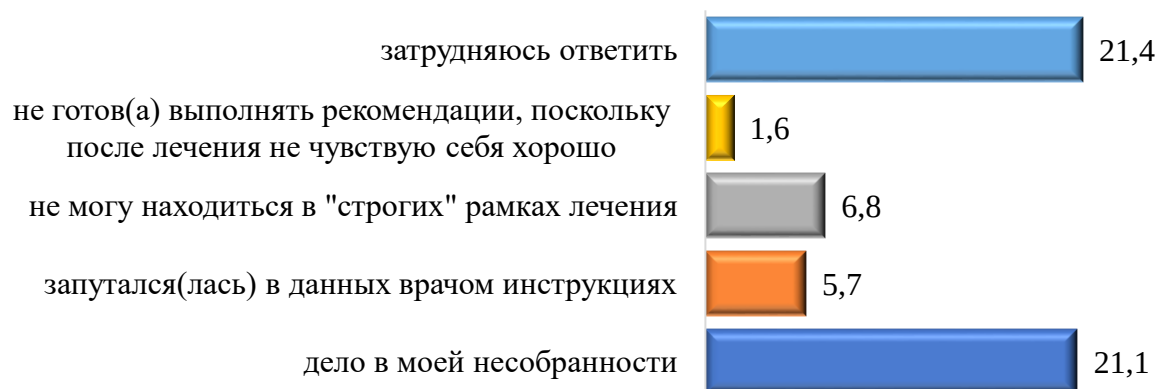


Рисунок 77 – Причины невыполнения пациентами с онкопатологией предписаний лечащего врача (в %, множественный выбор)

Вместе с тем, в эпоху развития информационных технологий и цифровизации здравоохранения пациенты с онкопатологией получают в интернете дополнительную информацию о своем заболевании, возможностях диагностики и лечения – что приводит к росту обращений пациентов к врачу с дополнительными вопросами и просьбами назначения дополнительных диагностических обследований и лечебных манипуляций.

Согласно данным анализа, пятая часть респондентов ($21,0 \pm 4,7\%$) обращалась к врачу с просьбой о назначении необходимых, по их мнению, медицинских препаратов, процедур, анализов, обследований, при этом в большинстве случаев ($76,6 \pm 5,4\%$) их просьба была удовлетворена. Наряду с этим, $68,0 \pm 3,0\%$ опрошенных никогда не просили врача назначить дополнительные медицинские манипуляции или медикаменты, так как уверены в том, что «врач знает лучше меня, что назначить и как лечить».

Таким образом исходя из вышеизложенного, можно в целом отметить высокий уровень удовлетворенности пациентов деятельностью онкологической службы Московского региона в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019–2024 гг.» [433]. В открытых вопросах анкеты, пациентам с онкологическими заболеваниями, было предложено высказать в свободной форме свое мнение по вопросам совершенствования службы с целью оптимизации стратегического плана борьбы со злокачественными новообразования в Московской области (Таблица 32).

Таблица 32 – Предложения респондентов по совершенствованию деятельности онкологической службы Московской области при стратегическом планировании её развития (n = 118, открытый вопрос)

Предложения	Блоки мнений респондентов	Доля высказываний, ед./%
Качество медицинской помощи	«Качество онкологической помощи высокое, предложений по совершенствованию нет»	56 / 47,5%
Совершенствование организации лечебно-диагностического процесса	Оптимизация организации лечебного процесса на уровне амбулаторной онкологической службы, включая сокращение сроков ожидания приема врача и обеспечение возможности попасть на прием («чтобы обследование и запись на них проходили быстрее», «очереди до двух недель», «госпитализируют каждый месяц для введения препарата (внутримышечно), «ежемесячно собираю анализы, прохожу полное обследование и неделю нахожусь в стационаре ради одного укола», «должна быть возможность прямой записи на прием в МОНИКИ, а не через районную поликлинику»)	10 / 8,5%
	Сокращение сроков диагностического обследования на этапе установления диагноза («ускорение сроков постановки диагноза», «улучшить диагностику на ранних стадиях заболевания», «быстрее принимать решение о предоставлении онкологической помощи»)	6 / 5,1%
	Совершенствование маршрутизации пациентов, разработка четких алгоритмов и единых форм документов («в разных местах все по-разному, приведите к одной форме!», «нужна удобная навигация, приходится посещать много разных мест для сдачи анализов, обследования, процедур»)	5 / 4,2%
	Сокращение сроков ожидания стационарного лечения («долгое ожидание госпитализации»)	2 / 1,7%
	Повышение качества работы приемного отделения («ускорить оформление в приемном отделении», «наладить работу приемного отделения»)	2 / 1,7%
	Создание службы экстренной помощи для пациентов онкологической службы («предоставить возможность обратиться онкобольному в экстренных случаях, когда помощь нужна здесь и сейчас»)	1 / 0,8%
	Предоставление психологической помощи («обеспечить помощь психолога»)	1 / 0,8%
Совершенствование обеспечения процесса лечения	Своевременное лекарственное обеспечение пациентов («желательно быстрее решать вопрос с медикаментозным лечением и выдавать препараты вовремя, не задерживая», «лекарственные препараты (аналоги) закончились еще в предыдущем месяце», «не всегда бывает в наличии мой препарат, приходится ждать, нарушается график лечения»)	11 / 9,3%
	Повышение доступности оригинальных препаратов для обеспечения лечебного процесса («давать оригинальные препараты, а не дженерики»)	2 / 1,7%

Продолжение Таблицы 32

Предложения	Блоки мнений респондентов	Доля высказываний, ед./%
Укрепление кадрового состава	Решение проблемы дефицита врачебного персонала («прием ведет один врач, а нужен специалист-онколог», «недостаток врачей урологов-онкологов по районам», «побольше онкологов в районах»)	9 / 7,6%
	Решение проблемы дефицита среднего и младшего медицинского персонала («увеличить число сестер и нянечек» - нехватка медицинского персонала)	4 / 3,4%
Укрепление материально-технического оснащения клиники	Обеспечение современным оборудованием районных медицинских организаций («доступность для жителей Подмосковья пройти ПЭТКТ дома или в клиниках Москвы по ОМС», «необходимо УЗИ, а его у нас нет»)	4 / 3,4%
	Улучшение оснащенности палат («установить в палатах кровати с подъемным механизмом, облегчающие жизнь онкобольным после хирургических вмешательств», «нет связи с постом, кнопка вызова не работает»)	4 / 3,4%
	Повышение уровня финансирования медицинской организации	2 / 1,7%
	Улучшение качества питания в стационаре	2 / 1,7%
	Ремонт помещений медицинской организации	1 / 0,8%
Укрепление гуманистической составляющей медицины	Повышение внимания врача к проблемам пациента («более внимательным отношением медперсонала к жалобам пациента», «искать решение, давать веру в излечение»)	6 / 5,1%
	Перераспределение внимания врача и освобождение от «бумажной нагрузки» в пользу общения с пациентами («убрать часть нагрузки, чтобы больше внимания уделялось пациентам», «освободить врачей от писанины и это время дать на пациентов»)	3 / 2,5%
	Устранение грубого обращения врача с пациентом («грубость врача на приеме», «побольше сочувствия, без грубостей»)	3 / 2,5%
Нехватка мощности действующих МО	Расширение площадей медицинских организаций («создать дополнительную операционную», «открыть онкологическое отделение в г. Орехово-Зуево»)	3 / 2,5%
Цифровизация здравоохранения	Обеспечение электронного оборота документов («осуществлять прием первичных документов (справок) в электронном виде, с учетом имеющихся документов»)	1 / 0,8%

Анализ блоков мнений респондентов по совершенствованию онкологической помощи в Московской области показал, что внимание пациентов обращено, прежде всего, на оптимальную организацию лечебно-диагностического процесса – сокращение сроков диагностики и ожидания времени приема врача, улучшение маршрутизации и выработки единых алгоритмов ведения пациентов в разных медицинских организациях. Не менее важным, на взгляд респондентов, является своевременное лекарственное обеспечение процесса лечения и решение проблемы дефицита кадров онкологической службы, а также укрепление материально-технической базы онкологической службы, расширение практики электронного документооборота для оптимизации сроков получения пациентами медицинской помощи. Кроме того, в фокус внимания пациентов с онкопатологией попали проблемы взаимоотношения врача и пациента – респонденты отметили, что нуждаются в более внимательном и сочувственном отношении со стороны врачей и среднего медицинского персонала, что соответствует сформировавшемуся на современном этапе социальному запросу на укрепление гуманистической составляющей медицины.

6.3. Результаты фокус-группового исследования состояния онкологической службы в условиях реализации региональной государственной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.»

В 2022 году диссертантом было проведено качественное социологическое (фокус-групповое) исследование «Экспертная оценка врачами-онкологами состояния онкологической службы региона и предложения по ее совершенствованию», целью которого стало изучение особенностей развития системы онкологической помощи населению региона в условиях реализации стратегической региональной Программы по борьбе с онкологическими заболеваниями. В рамках исследования были проведены две фокус-группы ($n_1=9$, $n_2=10$), участниками которых стали врачи-онкологи, работающие в онкологической

службе Московского региона. Первая фокус-группа ($n_1=9$) была сформирована из числа врачей-онкологов, стаж работы которых составил от 5 до 6 лет. Вторая фокус-группа ($n_2=10$) включала онкологов со стажем работы по специальности более 10 лет (см. Глава 2).

Данные фокус-группового исследования были тематически сгруппированы в соответствии со структурой гайда, был реализован герменевтический анализ высказываний участников исследования. Отдельные группы высказываний были закодированы (коды и группы кодов) с помощью программного обеспечения Atlas.ti, что позволило сформировать рисунки с облаками мнений и визуализировать основные распределения массива высказываний респондентов и ключевые тренды мнений.

6.3.1. Информированность респондентов о региональной государственной Программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов»

Информированность медицинских специалистов онкологической службы о реализуемой Программе является основой для оптимизации качества медицинской помощи, позволяющей рационализировать маршрутизацию пациентов (с учетом их медицинских потребностей) наиболее эффективным образом, включая использование ресурсов всех уровней онкологической помощи для профилактики, диагностики и лечения новообразований у пациентов.

Большинство врачей-онкологов (со стажем работы от 5 до 6 лет) ($n_1=7$) охарактеризовали свою информированность о региональной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 гг.» [433] как «знаком(а) поверхностно» и «знаю, что есть такой проект». При этом на уточняющий вопрос о комплексе мер, предусмотренном в проекте, большинство респондентов ($n_1=8$) не смогли дать детальный ответ, сформулировав лишь общую направленность проекта – «...направлен на снижение заболеваемости, раннее выявление онкопатологии» (К.,

врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «...направлен проект на совершенствование онкологической помощи, ранее выявление, повышение качества жизни пациентов. Это основное» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Кроме того, более половины участников группы 1 ($n_1=5$) указали, что не знают о региональной государственной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов, при этом оставшиеся респонденты ($n_1=4$) отметили, что «слышали, но не изучали» содержание программы. Тем не менее три врача-онколога этой группы (два из которых занимают должность заведующего отделением) отметили, что сотрудничали с референс-центрами, но «...не задумывались, что они были созданы в рамках этой программы. Просто приняли к сведению, что он есть, и можно направлять пациентов» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Все участники исследования с опытом работы более 10 лет ($n_2=10$) полностью информированы о содержании этой Программы, и среди наиболее значимых задач нормативно-правового документа для развития системы онкологической помощи региона респонденты указали не только укрепление материально-технической базы онкологических служб региона («...проект предусматривает ряд мер, включающих совершенствование профилактической работы с населением, ранее выявление ЗНО, повышение эффективности диагностики, лечения и реабилитации, обеспечение пациентов ВМП, создание новых онкологических центров» (В., врач-онколог, стаж работы 19 лет), но и решение вопросов кадрового обеспечения: «Надеемся на результат, уменьшение дефицита кадров» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет).

Кроме того, врачам-онкологам, работающим в системе здравоохранения более 10 лет, представляется важным расширение практики удаленного консультирования пациентов: «...в рамках этого проекта поддерживается развитие телемедицины. Мы все знаем, как это было в ковид – и что это хороший инструмент. У нас районы бывают очень отдаленные, и, если мы пациента отпускаем на время между химиотерапией, например, домой – оптимально его

сопровождать посредством телемедицины» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет).

Кроме того, врачи-онкологи второй фокус-группы подчеркнули ключевое значение информационной работы с населением для обеспечения эффективности Программы: «... есть такой момент – повышение информированности населения о скринингах, и к решению этой задачи привлекаются СМИ, соцсети, и прочие информационные ресурсы. Этот момент очень важен, поскольку пока население не узнает, что скрининги есть и они доступны – сколько бы мы не модернизировали и не развивали (*систему онкологической помощи – прим.*) – все будет не востребовано» (Р., заведующий подразделением, стаж работы 20 лет).

Анализ массива мнений показывает, что уровень информированности врачей-онкологов о региональной Программе, направленной на борьбу с онкологическими заболеваниями, во многом определяется стажем работы и занимаемой должностью: респонденты с большим опытом работы (группа 2), в целом, были более информированы о действующей Программе, нежели врачи-онкологи из группы 1 (Таблица 33).

Таблица 33 – Информированность респондентов о государственной региональной Программе, направленной на борьбу с онкологическими заболеваниями в Московском регионе в 2019-2024 гг.

Наименование программы	Группа 1 (врачи-онкологи со стажем работы 5-6 лет, $n_1=9$)	Группа 2 (врачи-онкологи со стажем работы более 10 лет, $n_2=10$)
Региональная государственная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019–2024 гг.» [433]	Не информированы о программе («не знаком(а)», «не слышал(а)»): не знают о принятии программы, не знакомы с содержанием программы	Высокий уровень информированности («знаем и работаем», «конечно, знаком(а)»)

*Под **высоким уровнем информированности** понимается твердая уверенность респондента в знаниях по реализуемым программам (цитаты: «знаю, хорошо знаком(а), постоянно применяю в работе и др.), **средний уровень информированности** подразумевает наличие знаний по реализуемым программам без детализации (цитаты: «знаю, хорошо знаком(а), редко использую в работе» и др.), **низкий уровень информированности** отмечается при наличии ответов «знаком(а) поверхностно», «что-то слышал(а) и др.), **не информирован** – отсутствие знаний по реализуемым программам.

Таким образом, учитывая значение государственной региональной Программы, направленной на борьбу с онкологическими заболеваниями, в стратегическом развитии системы онкологической помощи, одной из важных мер по повышению эффективности и качества медицинской помощи является работа с молодыми специалистами онкологической службы по повышению уровня их информированности о содержании и мероприятиях Программы.

6.3.2. Влияние стратегического планирования на развитие системы онкологической помощи в регионе

Одной из основных задач по развитию и совершенствованию системы онкологической помощи является научно-обоснованное системное стратегическое планирование, охватывающее различные направления деятельности онкологической службы региона и учитывающее современные технологические, информационно-коммуникационные, кадровые и финансовые возможности системы здравоохранения. Участники качественного социологического исследования ($n_1=7$, $n_2=10$) отметили, что реализуемая стратегия планирования в здравоохранении оказывает непосредственное влияние на практику онкологической помощи в регионе: «Результат планирования, результат реализации, безусловно, отражается на практическом здравоохранении... на онкологической помощи, новых ресурсах для пациента, на нашей непосредственной работе» (В., врач-онколог, стаж работы 19 лет) и «... все онкологи ждали, когда же запустят региональную программу по онкологии. И когда мы ее получили, мы видим, сдвиг идёт, сдвиг прежде всего для пациента, качество и обеспечение медицинской помощи выше, сама служба стала работать по-другому, лучше, эффективнее» (В., заведующий отделением, стаж работы 15 лет). Респонденты связывают указанные положительные изменения с увеличением финансирования системы онкологической помощи региона: «...под эти программы,

под планирование выделяются средства, и соответственно, часть направляется на оборудование, на препараты ... по финансированию – это плюс. ... наше учреждение получает, мы делаем заявку, получаем конкретно по этой программе оборудование» (В., врач-онколог, стаж работы 19 лет).

Тем не менее, для врачей-онкологов не всегда понятны конкретные механизмы достижения целей, утвержденных в стратегической региональной Программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019–2024 годов»: «Что касается этой программы ... на самом деле пути реализации этих целей очень сильно размыты и нет конкретики никакой, как можно прийти к тому или иному результату. Нужна конкретная дорожная карта» (Н., врач-онколог, стаж работы 12 лет). Кроме того, участники исследования отметили, что они работают «на земле» и не могут оценить в полной мере результаты реализации указанной Программы: «Я могу так ответить: все показатели, заложенные в стратегическом планировании – правильные, однако их выполнение, результат реализации этих планов ... мы не задумываемся, в рутине ... не осознаем. Результат реализации этих планов, наверное, требует обобщения, систематизации – это происходит на уровне аналитики и руководства, а не на нашем уровне. На «земле» мы видим простые, конкретные вещи – новое оборудование, открытые центры, цифровой оборот документов начал налаживаться» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет).

Среди наиболее значимых результатов реализации стратегической региональной программы по борьбе с онкопатологией респонденты ($n_1=4$, $n_2=8$) выделили оптимизацию структуры и деятельности онкологической службы региона: «...в рамках этой программы за последние годы произошли значительные изменения, полная перестройка онкологической службы, в данном случае развитие ЦАОП, это значимый плюс в качестве оказания помощи именно профильным пациентам. ... Сейчас ситуация изменилась в лучшую сторону, в стратегическом плане» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет), «... организационно-методическая работа и структура онкологической службы изменились, появились положительные моменты с точки зрения возможностей оснащения медицинских организаций» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет) и «открытие

ЦАОП привело к тому, что онкологическая помощь в районах структурировалась и уже все начинает работать по новому» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет).

При этом участники исследования ($n_1=5$, $n_2=7$) отметили, что перестройка организации системы онкологической помощи определила выстраивание интегральной системы взаимодействия медицинских организаций разного уровня оказания онкологической помощи населению в регионе: «...стала более интегрирована система различных учреждений, и повысился уровень коммуникации между разными учреждениями. Причём это такая системная работа, она переведена в плоскость документооборота, и профессиональные связи между специалистами в разных учреждениях, они довольно тесные ... это всё значительно облегчает интеграцию» (А., руководитель онкологического отделения, стаж работы 20 лет) и «Общие есть изменения, структурируется по-новому вся служба, выстраиваются ... такие сети общения между учреждениями, это помогает врачам, и помогает пациентам» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет).

Одним из таких изменений, по мнению участников исследования ($n_1=3$, $n_2=6$), стало открытие референс-центров, важнейшего решения для совершенствования онкологической помощи населению: «Наш референс-центр помогает, по-моему, всему Подмосковью решать очень сложные вопросы, там специалисты очень хорошие, которые действительно блестяще нам помогают. Это одно из самых важнейших решений для развития системы онкологической (помощи – прим.)» (О., врач-онколог, стаж работы 33 года) и «Да, (*референс-центры – прим.*) помогают нам сейчас и это направление надо развивать в дальнейшем. ... специалисты знают, куда они могут отправить сложные случаи, какое есть уникальное оборудование для диагностики, для морфологии, в частности, и главное – идет улучшение, ускорение постановки диагноза, дообследование при необходимости, и, соответственно, можно говорить о совершенствовании онкологической помощи в целом» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет).

Вместе с тем, об открытии и деятельности референс-центров были информированы не все участники исследования, при этом те врачи-онкологи, которые были информированы, получали информацию о возможности обращения

в референс-центр от непосредственных руководителей: «Заведующая сказала, что создан такой центр и можно обращаться со сложными случаями» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет). Это указывает на необходимость совершенствования системы информирования врачей-онкологов на всех уровнях предоставления онкологической помощи населению о содержании и мероприятиях, реализующихся в рамках государственной региональной среднесрочной стратегической Программы по борьбе с онкологическими заболеваниями.

Врачи-онкологи отмечают, что взаимодействие с референс-центрами позволяет им оперативно получить «второе» мнение в сложных ситуациях и выработать в рамках обсуждения с коллегами оптимальную схему лечения пациента: «...какие-то сложные случаи, телемедицина... эта система, референс-центр, помогает нам. Мы с коллегами обмениваемся этой информацией, они подтверждают наше решение, мы как-то спорим. ...это, конечно, большой плюс для пациента... мы знаем, как важно быстро получить корректный ответ, начать лечение» (О., врач-онколог, стаж работы 33 года) и «...я абсолютно рада, что у нас есть возможность получить помощь коллег, почему бы ей не воспользоваться?» (К., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Помимо этого, респонденты указывают, что открытие референс-центров позволило оптимизировать процесс проверки гистологических материалов: «... по поводу референс-центров их открытие в целом нам крайне помогло, потому что у нас были проблемные ситуации в плане представления материалов на пересмотр. Даже приходилось иногда заключать договоры с частными лабораториями. ... Но благодаря вот этим реформам мы стали спокойно работать в рамках ОМС с головными учреждениями. И не испытывать в этом никаких проблем» (Д., заведующий отделением, стаж работы 14 лет).

Все участники исследования ($n_1=9$, $n_2=10$) отметили, что реализация стратегической региональной Программы по борьбе с онкопатологией обеспечила существенное укрепление технологического парка и обеспечение новым диагностическим оборудованием: «Плюс клиники дополнительно финансируются... стационары, которые непосредственно выделены под оказание

этой помощи, имеют возможность получать высокотехнологическое оборудование, это значительно повышает уровень оказания медицинской помощи и уровень хирургической помощи в целом» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет), «Стали более широкого спектра (*оборудование – прим.*) закупать - соответственно мы можем пролечить большее количество людей» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет) и «...приобретается дополнительная единица, которая для инструментального исследования уменьшает сроки диагностики» (Н., врач-онколог, стаж работы 12 лет).

Тем не менее, респонденты обратили внимание, что несмотря на увеличение оснащённости клиник оборудованием, в условиях роста количества обращений за онкологической помощью, а также стремительным развитием технологий в области диагностики и выявления ЗНО, актуальность приобретения дополнительной техники сохраняется: «...аппаратура есть, но есть и очереди. Конечно, не такие, как это было всегда на компьютерную томографию. Ультразвуковая диагностика более-менее доступна стала, но, к сожалению, не всегда хватает количества этих аппаратов на то количество прирастающих пациентов, в том числе на ранних стадиях. Стало больше техники, но и число пациентов наших увеличивается» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет) и «...стало больше техники, это однозначно. Программа есть, мы про неё слышали, в частности, что будет и дальше закупаться оборудование ... Планируются какие-то закупки, но пока планируется и закупается – уже появляется более современное оборудование. А мы получили новое – а по факту – уже устаревшее. Но пока мы работаем на оборудовании, на котором работали и много лет назад» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет).

Одновременно с этим в онкологической службе Подмосковья были реализованы программы обучения персонала работе с новым оборудованием и техникой ($n_1=7$, $n_2=5$): «Дефицит кадров сохраняется, но ... кадры, которые есть – стали более подкованы, есть уже навыки работы на новом оборудовании, обучили их» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет) и «У нас сразу, от компании-производителя пришли и обучили на местах» (З., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Все участники исследования ($n_1=9$, $n_2=10$) также отметили, что регулярно повышают свою квалификацию и этот порядок четко регламентирован («отлажен», система «работает как часы») – при этом расширенная в период пандемии практика дистанционного (гибридного) образования позволяет повышать квалификацию «без отрыва от производства». Тем не менее, на взгляд респондентов, для обеспечения выполнения стратегической задачи по раннему выявлению онкологических заболеваний у населения, необходимой мерой является повышение квалификации специалистов первичного звена здравоохранения по вопросам онкологических заболеваний: «...первичное звено надо образовывать, надо давать какой-то блок по онкологии, надо усиливать, надо финансово мотивировать. Формировать онконастороженность. Иначе никакого раннего выявления не будет» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет).

Важным результатом стратегического планирования развития системы онкологической помощи стало, на взгляд респондентов ($n_1=5$, $n_2=6$), сокращение сроков диагностического обследования (до установления диагноза) и начала лечения пациента: «... пациенты начинают получать потихонечку «зелёный» коридор. Потому что это не те пациенты, которые могут ждать в плановом порядке месяц-два-три госпитализации. Они получают зелёный коридор в амбулаторно-поликлиническом звене, на этапе диагностики... это ускоряет, естественно, процесс дообследования и начала лечения» (В., заведующий отделением, стаж работы 15 лет) и «...заболевание молочной железы однозначно, у нас уже сроки диагностики и, главное, перехода от диагностики к лечению уменьшились» (З., врач-онколог, стаж работы 5 лет). Тем не менее, как отмечают респонденты, несмотря на положительные изменения, задача сокращения сроков установления диагноза остается актуальной: «Но не по всем нозологиям вижу сокращение (сроков – прим.), по каждой нозологии есть свои проблемы, но немножко уже легче, чем в прошлые года, в этом году лучше» (З., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Наблюдают врачи-онкологи ($n_1=4$, $n_2=5$) и повышение показателей выявляемости онкологических заболеваний на ранней стадии: «... лучше стало с выявляемостью на ранних стадиях, и уже всё-таки не всё так плохо с поздней стадией, с лечением» (К., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «Да, диагностика

стала лучше, и больше выявляем на ранней стадии» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет) и «... более тесная коммуникация с нашей эндоскопической службой дает нам положительную динамику ... у нас в этом году фактически вырос показатель по количеству пациентов с ранними формами рака» (А., руководитель онкологического отделения, стаж работы 20 лет). Во многом, по мнению респондентов ($n_1=1$, $n_2=3$), это стало возможным благодаря внедрению в практику работы онкологической службы современных методов диагностики: «В диагностике тоже есть положительный сдвиг – начиная от банальных анализов и заканчивая сложными инструментальными и генетическими исследованиями, которые в настоящий момент представлены у нас» (В., заведующий отделением, стаж работы 15 лет) и «...есть все виды обследования, постоянно внедряются новые, современные методы исследования, и могут быть пройдены пациентом в условиях нашего учреждения. Многие исследования, которые мы не делали, стали делать в настоящее время» (А.М., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

В целом, несмотря на имеющиеся точечные проблемы с закупкой и обеспечением отдельными лекарственными препаратами, врачи-онкологи ($n_1=4$, $n_2=5$) отмечают укрепление этой составляющей лечебного процесса: «На счёт проблем с медикаментами, я считаю, что стало намного лучше – особенно по сравнению с тем, что было пять лет назад по обеспеченности препаратами» (К., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

По наблюдениям участников исследования ($n_1=4$), повысились и некоторые показатели выживаемости – в качестве наиболее показательного примера респонденты приводят выживаемость при меланоме: «При меланоме в запущенных стадиях удалось улучшить (*выживаемость – прим.*) до трех лет, а когда-то, несколько лет назад была выживаемость не более 12-18 месяцев» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет).

Помимо совершенствования лечебно-диагностического процесса в рамках региональной стратегической Программы по борьбе с онкопатологией на 2019–2024 гг., респонденты отметили положительные изменения в организационной составляющей деятельности онкологической службы региона. Так, участники

исследования ($n_1=3$, $n_2=6$) указали, что идет активная информатизация и внедрение цифровых технологий как в рамках врачебного сообщества, так и между врачом и пациентом: «... мы практически ушли, пока на подстраховке, уходим от бумажного документооборота, в частности истории болезни, амбулаторные карты у нас сейчас в электронном виде. Мы всё-таки распечатываем, потому что, к сожалению интернет не совершенен, но тем не менее» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет) «...переходим на электронный документооборот, это тоже очень важно. Техникой, компьютерами обеспечены все. Только интернет «хромает» (Н., врач-онколог, стаж работы 12 лет). Врачи-онкологи подчеркивают, что переход на электронный документооборот позволяет оптимизировать процесс коммуникации врача и лабораторной службы: «... внедряются системы электронного документооборота в лабораторной диагностике, когда врач на месте создаёт некий электронный документ, отправляемый в лабораторию, процедурный кабинет. В лаборатории абсолютно обезличено обрабатывается и в обратном направлении посредством телекоммуникации возвращается уже электронное заключение ... это тоже определённые удобства вносит в нашу работу» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет), а также позволяет пациенту в дистанционном режиме получить решение консилиума по плану его лечения: «Если раньше пациенту было необходимо куда-то ехать на онкологический консилиум... сегодня это всё виртуально происходит. Лечащий врач загружает определённую документацию, информацию ... консилиум обрабатывает эту информацию в течение n-ого количества дней, и лечащий врач получает решение, что для пациента тоже удобно, не надо никуда ездить» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет).

Одним из развивающихся направлений в онкологической службе является телемедицина, которую врачи-онкологи ($n_1=3$, $n_2=5$), в целом, воспринимают положительно: «...в рамках этой Программы поддерживается развитие телемедицины. Мы все знаем, как это было в ковид – и что это хороший инструмент. У нас районы бывают очень отдаленные, и, если мы пациента отпускаем на время между химиотерапией, например, домой – оптимально его сопровождать посредством телемедицины. Конечно, у каждого врача есть чат с

пациентом, но официальная консультация с видео для нас лучше» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет) и «Еще из последнего - у нас появляется телемедицина. Она уже приобретает другие возможности... не только такие пробные шаги с точки зрения организации, общения между врачами разных организаций, разных уровней, но и взаимоотношение лечащих врачей с пациентами. Впервые опробована эта работа в терапевтическом звене, сейчас начинает затрагивать и онкологическое звено. Какие-то процессы мы пытаемся, какие-то встречи с пациентами пытаемся проводить в формате телемедицинской коммуникации» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет).

Отмечая существенные положительные изменения в сфере онкологии в последние годы, связанные с реализацией стратегической региональной Программы по борьбе с онкологическими заболеваниями, тем не менее, респонденты указывают на ряд проблем, решение которых требует стратегического планирования в очередном среднесрочном периоде на 2025-2030 гг. Одной из устойчивых проблем в организации онкологической помощи населению Московской области является дефицит кадров – при этом, респонденты ($n_1=7$, $n_2=9$), признавая, что показатели кадровой обеспеченности онкологической службы растут, объясняют сохраняющиеся проблемы нехватки персонала возросшим количеством обращений: «По кадрам, к сожалению, из-за большого потока обращений и нехватки врачей получается такой диссонанс» (А.М., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «... онкологи, которые трудились на этом поприще, они и продолжают трудиться, только структура видоизменилась в лучшую сторону. Конечно, привлекаются новые кадры, и для этого всё делается как со стороны министерства, так и местных администраций тоже, но дефицит есть» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет). Дефицит кадров определяет и наблюдаемую перегруженность врачей-онкологов. Тем не менее, высокий уровень нагрузки во многом связан с неоптимальной системой маршрутизации пациентов в онкологической службе: «...пока маршрутизация не выстроена, пациенты будут ходить, возвращаться, опять приходить за разъяснениями к врачу – и врачи будут перегружены» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет) – что, безусловно, требует оптимизации организации онкологической службы.

Не способствует обеспечению наилучшей маршрутизации пациентов с онкопатологией и сокращению сроков ожидания ими лечения, в том числе, и недостаточное информирование врачей-онкологов по вопросам стратегического планирования развития онкологической службы :«...многие врачи не знают, как и куда можно направить пациента для дообследования... но, если врач информирован о мероприятиях государственной региональной Программы, то маршрутизация выстраивается лучше, сроки установления диагноза меньше, лечение – раньше, и система в целом работает, планы выполняются» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Кроме того, системной перестройки требует организация работы по повышению информированности населения по вопросам онкологических заболеваний. Несмотря на имеющийся в отдельных медицинских учреждениях опыт такой работы («...информатизация, стенды по дорогам, большим шоссе, в социальных учреждениях и так далее. В соцсетях, на сайтах, везде есть информация для пациентов по таким болезненным точкам, по заболеваниям для более раннего обращения» (В., врач-онколог, стаж работы 19 лет), большинство участников исследования считают укрепление этого направления работы приоритетом для достижения целевых показателей раннего выявления онкопатологии и снижения числа обращений с запущенными формами злокачественных новообразований.

Таким образом, среди наиболее значимых результатов реализации стратегической региональной Программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов» [433] респонденты выделили: оптимизацию структуры онкологической службы региона и выстраивание системы взаимодействия между всеми уровнями оказания онкологической помощи населению; открытие референс-центров; укрепление технологического парка и обеспечение новым диагностическим оборудованием; реализация программ обучения медперсонала работе с новым оборудованием; повсеместный переход на электронный документооборот; информатизация и внедрение цифровых технологий, в том числе и телемедицины; оптимизация лекарственного обеспечения; внедрение современных методов диагностики.

6.3.3. Роль диспансеризации в достижении целевых показателей деятельности областной онкологической службы

Одним из важных направлений сохранения здоровья населения является диспансеризация [414]. В рамках проведенного фокус-группового исследования, были получены эмпирические данные о роли диспансеризации для достижения целевых показателей деятельности региональной системы онкологической помощи, необходимых мерах по повышению эффективности и привлекательности профилактических мероприятий для населения.

Так, большинство респондентов первой и второй групп отмечают рост приверженности россиян к здоровому образу жизни («постепенно растет», «медленно, но сдвигается в нужную сторону», «приобщается народ к ЗОЖ») – отмечая при этом, что у молодежи зачастую приверженность к ЗОЖ носит декларативный характер: «...многие ведут, особенно девушки – ну там правильное питание, скульптура тела и прочее. Но это не про ЗОЖ, а скорее про внешний вид» (Т., врач-онколог, стаж работы 6 лет) и «Ты такой на спорте, на стиле, но вечером пьешь дайкири» (Н., врач-онколог, стаж работы 12 лет). Кроме того, респонденты отмечают, что установление онкологического диагноза может способствовать приобщению пациентов к ведению здорового образа жизни: «...когда заболевают, тоже начинают придерживаться ЗОЖ» (А.М., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Признавая, что в настоящее время растет приверженность населения принципам здорового образа жизни (первичная профилактика онкологических заболеваний и предшествующих им состояний), респонденты обеих групп (100%, $n_1=9$, $n_2=10$) едины во мнении, что меры вторичной профилактики (диспансеризация и раннее выявление онкопатологии) недостаточно востребованы населением. Респонденты выделили ряд причин такого отношения населения к профилактическому медицинскому обследованию:

- низкий уровень мотивации населения к обращению за профилактическим медицинским обследованием (прохождению диспансеризации): «...если бы народ

не формально относился, а понимал, что это возможность ... выявить реальные факторы риска здоровью и развития онкологических заболеваний... У нас население же пока не болеет – значит нет проблем» (З., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «...в целом, наше население пока есть полис ОМС, о цене лечения и ценности профилактики не задумывается» (О., врач-онколог, стаж работы 33 года);

- недостаточная информированность населения о возможностях прохождения диспансеризации и обследованиях, включенных в программу диспансеризации: «Многие пациенты просто не знают, что есть диспансеризация, скрининговые обследования, и в целом, какие именно обследования они могут пройти по диспансеризации» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет);

- отсутствие культуры самосохранительного поведения у россиян: «... далеко не все контролируют уже имеющиеся заболевания – не говоря уже о том, чтобы обследоваться на предмет потенциальных угроз здоровью» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет) и «Да, забота о здоровье часто воспринимается как такая история, для слабых духом» (О., врач-онколог, стаж работы 33 года);

- высокий уровень трудовой занятости людей трудоспособного возраста и стремление «экономить время» на здоровье: «Невозможность уйти с работы для многих» (Т., врач-онколог, стаж работы 6 лет) и «...работодатель не всегда отпускает» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет);

- длительные сроки прохождения диспансеризации: «Но попробуй ты её (диспансеризацию – прим.) за один день реально пробежать. Нереально, да» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет);

- отсутствие необходимого диагностического медицинского оборудования, материалов медицинского назначения: «...пресловутой доступности и скорости у нас, в общем-то, пока не хватает. К сожалению, не хватает количества МРТ-аппаратов, это головная боль всей Московской области. Я имею в виду, аппарат есть, но есть и очереди» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет);

- неоптимальная организация диспансеризации: «На КТ никто не направляет как правило, маммографию редко кто назначит вообще. Кал на скрытую кровь,

колоноскопию - никто об этом не говорит вообще. А это входит в диспансеризацию по определенным возрастам» (Т., врач-онколог, стаж работы 6 лет);

- недостаточная информированность врачей о диспансеризации: «Многие врачи и сами не знают, что входит в диспансеризацию» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет);

- нехватка необходимых пациенту обследований в программе диспансеризации: «Сейчас в «бегунок» по диспансеризации входит ограниченное количество обследований, например, ВПЧ не входит – и, если женщине нужен именно этот анализ, а он не входит в диспансеризацию, она и не пойдет. Это частая история – нет обследований, которые нужны» (Т., врач-онколог, стаж работы 6 лет) и «...времени это мероприятие займет много, да еще и не понятно, сделают ли ему то, что нужно или то, что есть» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет);

- недостаточная доступность медицинской организации из-за географических особенностей региона и транспортной инфраструктуры: «Далеко ехать многим, иногда это 3-4 часа добираться из района, и если ничего не беспокоит – не поедут» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет);

- недооценка пациентами роли диспансеризации в сохранении их здоровья: «Считаю, что диспансеризация – важное мероприятие для выявления онкопатологии. Только далеко не все врачи это так считают – не говоря уже о пациентах» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет);

- страх стигмы диагноза у пациентов: «... страх обратиться и получить этот диагноз – он, конечно, превалирует» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет).

Сравнение распределений мнений участников двух фокус-групп показало, что и молодые врачи-онкологи, и врачи со стажем работы более 10 лет считают ведущими причинами недостаточной приверженности населения профилактическим программам низкий уровень мотивации и информированности населения о диспансеризации, несформированность культуры самосохранительного поведения у населения и приоритет трудовой занятости перед заботой о своем здоровье (Таблица 34).

Таблица 34 – Мнения респондентов о причинах недостаточной востребованности диспансеризации населением

Причины	Группа 1 (врачи-онкологи со стажем работы 5 лет, n1=9)	Группа 2 (врачи-онкологи со стажем работы более 10 лет, n2=10)
Низкий уровень мотивации населения к прохождению профилактического медицинского обследования (диспансеризации)	7	5
Недостаточная информированность населения о возможностях и целях прохождения диспансеризации и обследованиях, включенных в программу диспансеризации	5	4
Несформированность культуры самосохранительного поведения у россиян	4	5
Высокий уровень трудовой занятости лиц трудоспособного возраста и стремление «экономить время» на здоровье	3	5
Длительность диспансеризации и значительные временные затраты на диспансеризацию	5	4
Отсутствие необходимого диагностического медицинского оборудования, материалов медицинского назначения	4	3
Неоптимальная организация диспансеризации	3	4
Недостаточная информированность врачей о диспансеризации	3	4
Нехватка необходимых пациенту обследований в программе диспансеризации	2	1
Недооценка пациентами роли диспансеризации в сохранении их здоровья	2	4
Недостаточная доступность медицинской организации из-за географических особенностей региона и сложностей транспортной инфраструктуры	2	3
Страх стигмы диагноза у пациентов	2	2

Абсолютное большинство участников фокус-группового исследования (100%, n₁=9, n₂=10) указали, что диспансеризация является стратегически важным мероприятием для обеспечения не только раннего выявления онкологического заболевания, но и снижение рисков его развития (вторичная профилактика): «Диспансеризация – самый эффективный инструмент раннего выявления ЗНО» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет) и «Мировой опыт показывает, что профилактика онкологических заболеваний начинается с работы с населением, мотивации населения на регулярное обследование у врача. Вторая составляющая –

это внедрение скрининговых программ. Далеко не у всех стран есть технологическая мощность, кадровые ресурсы и деньги для их реализации – но именно это направление (*диспансеризация – прим.*) позволяет обеспечить не только раннее выявление онкологического заболевания, но и предрасположенность к нему, риск развития онкопатологии у конкретного пациента и, соответственно, предотвратить его» (А., руководитель онкологического отделения, стаж работы 20 лет).

В группе врачей со стажем работы более 10 лет все респонденты ($n_2=10$) указали, что часть их пациентов обратилась к ним после выявления новообразования в рамках диспансеризации. При этом большинство врачей этой группы отметили, что принимают участие в скрининговых программах диспансеризации населения: «...мы ведём работу с нашей эндоскопической службой по оказанию помощи пациенту, в том числе, с доброкачественными заболеваниями. У тех пациентов, которые к нам приходят исходно с доброкачественными образованиями, у них мы часто выявляем ранние формы рака. То есть, такая поисковая работа приводит к увеличению этого показателя (*ранней выявляемости онкологических заболеваний – прим.*)» (А., руководитель онкологического отделения, стаж работы 20 лет) и «У меня с маммографией с двадцатого, а может быть, раньше года идёт такой совершенно обособленный, общественный проект, социально-общественный, когда из частных медицинских центров, мне присылают пациентов в конкретный день с такими-то подозрениями. И я целый день посвящаю этим женщинам. Да, это работает ... какое-то количество есть ранних выявлений» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет).

Среди респондентов первой группы около половины ($n_1=5$) указали, что к ним на прием обращались пациенты, у которых были выявлены злокачественные новообразования в рамках диспансерного обследования: «...были, бывает такое. На диспансеризации выявили – направили к нам, прооперировали, провели химиотерапию» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет) и «Да, были, но их мало, очень мало. Это говорит об отношении населения к профилактике в целом» (Н., врач-онколог, стаж работы 5 лет). При этом врачи этой группы не имели опыта работы в программах скрининга или диспансеризации населения.

Все участники исследования (100%, $n_1=9$, $n_2=10$) считают, что диспансеризация выступает основой профилактики рецидивов и метастазирования

(третичная профилактика ЗНО) в группе пациентов, перенесших онкологическое заболевание: «Третичная профилактика является основой контроля рецидивов, и наши пациенты это прекрасно понимают. Пройдя тяжелое, длительное лечение, многие понимают, что регулярные обследования... условие их дальнейшей жизни. Не будут проходить – не смогут отследить изменения» (А.М., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «Система диспансеризации для пациентов, переживших онкологическое заболевание, важна – она дает возможность выявить нарушения на этапе предопухолевых процессов» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет).

При этом врачи-онкологи отмечают высокий уровень мотивированности пациентов с онкопатологией в анамнезе к прохождению регулярных профилактических обследований: «... эта категория пациентов мотивирована на диспансеризацию» (Н., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «Эти пациенты сами готовы прийти лишний раз, проверить, даже не на диспансерное обследование, а просто профилактически проконсультироваться, точно» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет).

Кроме того, большинство врачей со стажем работы по специальности более 10 лет ($n_2=9$) отметили, что система диспансеризации может способствовать сбору и систематизации статистических данных о факторах риска рецидивов и отдаленных последствиях перенесенного лечения пациентами данной группы: «Если о системе в целом, такой порядок позволяет не просто выявить, но и собрать статистические данные о рецидивах, метастазах, сопутствующих заболеваниях, последствиях заболевания и факторах риска рецидивов, как в длительной перспективе чувствует себя наш пациент» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет). В отдельных высказываниях молодых врачей ($n_1=2$) прозвучало, что результаты третичной профилактики могут рассматриваться как показатель оценки качества медицинской помощи, предоставленной пациентам данной группы на этапе лечения онкологического заболевания: «Для врача это такой... элемент контроля качества, наверное. Насколько качественно пролечили, не упустили ли что-то на этапе лечения. Это важно для пациента, но и для нас это тоже система контроля. Не всегда, конечно, но мы можем считать, что нам что-то подконтрольно в человеческом организме...» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет).

Количественная визуализация высказываний, в целом, отражает структуру распределения мнений респондентов и позволяет более объемно изобразить представления участников исследования о роли диспансеризации в профилактике онкологических заболеваний (Рисунок 78 и 79).

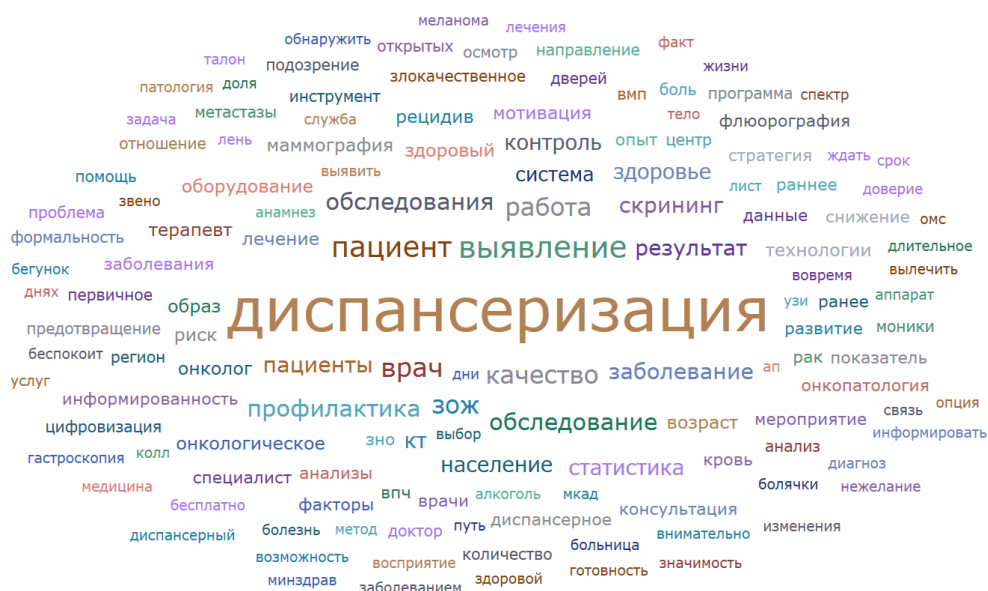


Рисунок 78 – Облако слов, сформированное из массива мнений респондентов группы 1 (врачи-онкологи со стажем 5 лет) о роли диспансеризации в профилактике онкологических заболеваний (по частоте упоминания, 136 семантических единиц, n = 524 упоминания)



Рисунок 79 – Облако слов, сформированное из массива мнений респондентов группы 2 (врачи-онкологи со стажем 10 и более лет) о роли диспансеризации в профилактике онкологических заболеваний (по частоте упоминания, 101 семантическая единица, n = 592 упоминания)

Необходимо отметить, что респонденты группы 1 в своих представлениях о роли диспансеризации фокусируются непосредственно на процессе диспансеризации, конкретных исследованиях, технологиях и результатах, тогда как участники группы 2, прежде всего, акцентируют свое внимание на самих участниках процесса диспансеризации (врач, онколог, пациент, население) и затем уже только на системе профилактики (диспансеризация, выявление, обследование, скрининг, система, программа, профилактика, регион и др.). Такое распределение может указывать на различие в целевых приоритетах двух групп участников: участники группы 1 ориентированы на решение конкретных задач диспансеризации, тогда как врачи-онкологи второй группы демонстрируют более пациентоориентированный подход и видят результатом диспансеризации не только реализацию комплекса профилактических мер по укреплению здоровья населения, но и сохранение гуманистической составляющей медицины.

Одной из наиболее важных мер по повышению привлекательности диспансеризации среди населения участники обеих фокус-групп выделяют информационную работу с населением, включающую:

- разъяснение преимуществ регулярной диспансеризации: «Твой выбор – прийти раз в год на диспансеризацию, сделать чек-ап или потерять годы на лечение, потерять качество жизни, возможно придется отказаться от работы, увлечений, рождения детей и так далее» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет) и «Необходимо, я думаю, больше работать с населением с помощью средств массовой информации по вопросам диспансеризации. Рассказывать о том, что в настоящий момент твое здоровье в таком состоянии, и, если не делать действительно так (проходить диспансеризацию – прим.), это будет способствовать развитию болезни, это будет приводить к запущенным стадиям и уже потребуются другое лечение, более сложное. Для того, чтобы люди старались вовремя обращаться» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет);

- освещение роли здорового образа жизни в сохранении качества жизни: «Информировать о преимуществах здорового образа жизни, увеличении продолжительности здоровой жизни, повышении ее качества... как минимизировать имеющиеся факторы риска» (Н., врач-онколог, стаж работы 5 лет)

и «даже не популяризировать диспансеризацию, надо начинать с пропаганды здорового образа жизни» (Р., заведующий подразделением, стаж работы 20 лет);

- информирование о перечне диагностических обследований, включенных в «лист» диспансеризации пациентов разного возраста и с различным анамнезом: «... нужно четко разъяснять, какие предусмотрены скрининговые обследования по возрасту, что входит в диспансеризацию по возрасту – это важно. Пациент понимает: я могу прийти и сразу пройти кучу нужных обследований, и не надо ждать, брать талон, направление на УЗИ, маммографию и прочее...» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет). Респонденты подчеркивают необходимость совершенствования механизмов маршрутизации пациентов с выявленными при диспансерном обследовании онкозаболеваниями: «Если диспансеризация, во-первых, организована как надо и вся маршрутизация выстроена в системе для пациента – от «выявить» до «вылечить», а, во-вторых, население понимает, для чего она нужна – это и есть выполнение задачи диспансеризации» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет) и «...работать это должно системно на уровне тех самых скрининговых программ для пациентов с факторами риска, и дальнейшему их сопровождению, маршрутизации – что на данный момент не совсем отлажено» (А., руководитель онкологического отделения, стаж работы 20 лет).

Важным условием обеспечения эффективности диспансеризации выступает не только повышение уровня информированности населения о диспансеризации, но и персонифицированный подход к перечню профилактических обследований для конкретных пациентов: «...терапевт видит, что он может сделать, он даёт направление. Он же не может дать на ВПЧ (вирус папилломы человека- прим.) бесплатно, если это не входит в программу, даже если он крайне необходим. Я хочу сказать, что диспансеризация должна включать большую линейку обследований, но с учетом индивидуальных потребностей» (Т., врач-онколог, стаж работы 6 лет) и «...нужно сделать некие «наборные» листы диспансеризации – то есть, исходя из карты пациента, сформировать некий лист обследований, который нужен конкретному пациенту и исключить менее важные или в целом ненужные обследования для него. ... с помощью цифровизации, может скоро дойдем и до ... индивидуального подхода» (В., заведующий отделением, стаж работы 15 лет).

Также, на взгляд участников исследования, необходимыми мерами для повышения эффективности регулярных профилактических обследований являются повышение квалификации врачей первичного звена здравоохранения: «...повышать квалификацию первичного звена, мотивировать их более внимательно относиться к результатам диспансеризации и своевременно направлять на скрининги пациентов – тем более, что терапевты знают «любимые» болячки своих пациентов» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет), а также внедрение стимулирующих мер для повышения заинтересованности персонала в работе в рамках диспансеризации: «...надо улучшать доступность именно первичного звена, эффективность их работы - а это можно сделать через привлечение специалистов ... выплатами, например, стимулирующего характера» (Р., заведующий подразделением, стаж работы 20 лет).

Одним из вариантов решения стратегической задачи по достижению целевых показателей деятельности системы онкологической помощи и повышению охвата населения диспансеризацией респонденты видят в укреплении совместной работы системы здравоохранения и крупных предприятий-работодателей области – прежде всего, выделение конкретных дней для диспансеризации работников предприятий на базе медицинского учреждения или предприятия в формате осмотра мобильной медицинской командой. В качестве примера респонденты приводят результаты их работы в рамках выездного диспансерного осмотра сотрудников крупных предприятий области: «...в Подмосковье такой опыт тоже есть, завод «Зенит», я сам несколько раз туда ездил в формате выездной мобильной диспансеризации работников предприятия. Находили меланомы, находили базальноклеточные раки... то есть в принципе, это облегчает путь пациенту на прием к врачу, на обследование» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет) и «У нас есть первый опыт выезда первичного звена на завод в Химках, они (*администрация завода – прим.*) тоже организовали день, собрали врачей, мы привезли туда своё оборудование для полноценной диспансеризации. Специалисты осмотрели практически весь штатный состав, взяли у них анализы, собрали всё, что нужно, обследовали, проконсультировали, направили по необходимости (*к узким специалистам - прим.*)» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет).

Кроме того, по мнению участников исследования, работодатель может установить прохождение диспансеризации как обязательное требование для работников: «...население должно быть заинтересовано, и заинтересован работодатель, и со стороны государства именно на это обследование, на эти скрининги ... на работу не примут, если нет справки о прививке (*прим – в период эпидемии COVID-19*) и «Администрация завода если будет заинтересована в таком мероприятии – будет стимулировать сотрудников» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет). При этом прозвучали и предложения о введение штрафных санкций для работодателей, сотрудники которых не прошли ежегодную диспансеризацию и допущены к работе: «Если у работодателя есть непрошедшие медосмотр сотрудники, которые допущены до работы - увеличивать пенсионные взносы, штрафы платить» (Р., заведующий подразделением, стаж работы 20 лет).

Респонденты также считают эффективной мерой по повышению показателей охвата населения диспансеризацией дни открытых дверей в медицинских организациях, во время которых любой житель района может прослушать лекцию о том или ином заболевании и получить консультацию профильного врача без предварительной записи: «...у нас в отделении есть такие дни, по выходным или среди недели. На них приходит достаточно много народа. Сначала врач рассказывает о заболевании, потом можно получить консультацию, осмотр» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

В качестве еще одной меры по стимулированию населения к прохождению диспансеризации респонденты видят повышение контроля за регулярностью прохождения скрининговых обследований представителями отдельных групп: «Скрининги у нас есть - нужно просто повесить контроль, чтобы пациенты определенной группы не «забывали» их проходить. Льготная выписка рецептов – пожалуйста, вот вам один из вариантов льготных, либо пока человек не прошёл скрининговое исследование, ему не выписывают льготное лекарство. Уверяю, это огромный будет стимул, по крайней мере, у возрастной группы пациентов, и также у молодёжи, потому что есть довольно-таки дорогостоящие препараты, если они требуются» (Р., заведующий подразделением, стаж работы 20 лет).

Формат выездной медицинской бригады для проведения диспансеризации, на взгляд респондентов, также эффективен в работе с отдаленными населенными пунктами: «...в плане у нас идёт выездная группа, узкие специалисты. И вот сегодня непосредственно онколог наш выезжал. Там должен был быть сбор пациентов, которые хотели бы попасть к этому специалисту. ... В плане было 120 человек... Это очень серьезно, что выезжают, потому что сами пациенты, жители некоторых районов ... они не могут добраться именно до центра. А тут мы охватим целую сеть населенных пунктов» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «...если касается нашего региона ... есть несколько таких проектов на уровне министерства здравоохранения, по целевым группам: выезжают к потенциально здоровым пациентам, и делают скрининг, например, на рак толстой кишки и так далее. Достаточно большую группу охватывают. Минимальные инвазивные, не инвазивные процедуры. Отбирают кал на скрытую кровь, потом уже на эндоскопию, там уже выявляют. То же самое, на уровне нашего регионального Минздрава сделано по поводу рака молочной железы» (В., врач-онколог, стаж работы 19 лет). В целом, по мнению участников исследования, в настоящее время назрела необходимость возвращения к практике выездной диспансеризации как регулярного планового мероприятия в регионе – «... учитывая их значимость для населения, и особенности нашего огромного региона... за МКАДом начинается другая жизнь, есть поселки, в которые несколько часов ехать, необходимо такие бригады регулярно формировать» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет).

Таким образом, по мнению респондентов, диспансеризация является стратегически важным мероприятием для обеспечения раннего выявления онкологического заболевания и риска его развития, выступает основой профилактики рецидивов и метастазирования в группе пациентов, перенесших онкологическое заболевание, а также потенциально может стать системой сбора статистических данных о факторах риска рецидивов и спектре последствий пройденного лечения пациентами группы риска, что будет способствовать развитию и совершенствованию системы онкологической помощи в регионе, в рамках региональной государственной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.».

6.3.4. Основные проблемы онкологической практики, влияющие на развитие системы онкологической помощи в регионе

Организация онкологической помощи населению региона в настоящее время включает целостную систему законодательных, технических, информационных, кадровых и материально-технических решений, обеспечивающих оптимальное её функционирование и закреплённых в региональной государственной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов». Тем не менее, все еще остается актуальным ряд проблем, влияющих на стратегическое развитие системы онкологической помощи в регионе. Массив высказываний респондентов о наиболее значимых проблемах онкологической службы Московского региона был систематизирован и при помощи функции Word Frequencies (программа Atlas.ti) с опорой на качественные данные были сконструированы облака слов, распределение и размер единиц (слов) отражал частоту упоминания семантических единиц в массиве мнений (Рисунок 80).

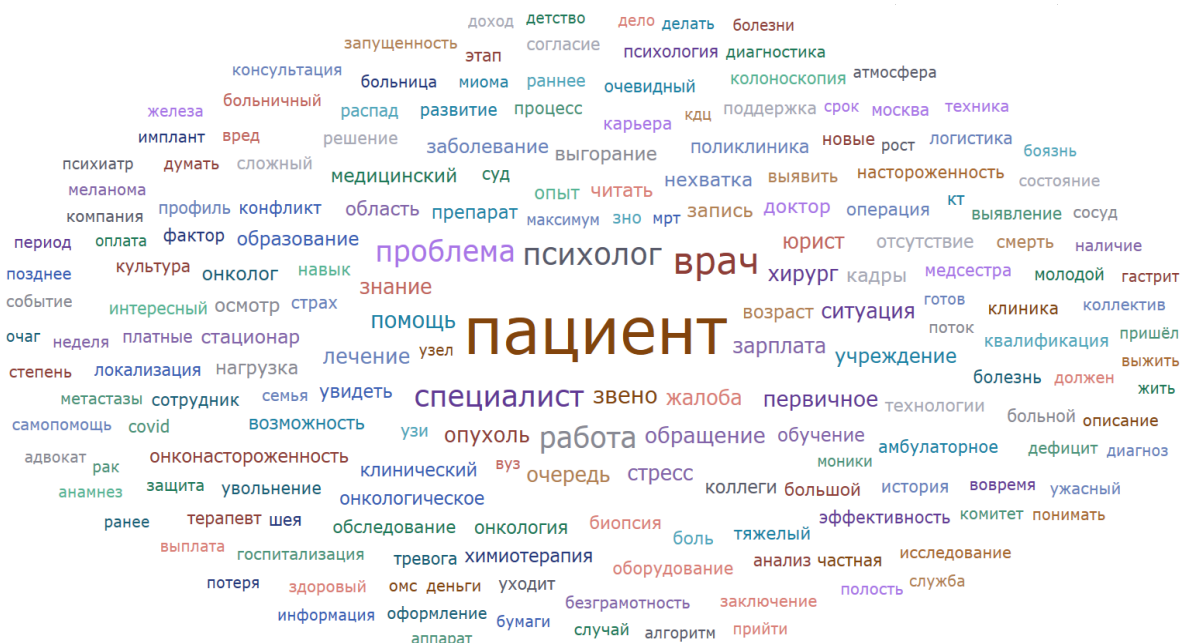


Рисунок 80 – Облако слов, сформированное из массива мнений респондентов группы 1 (врачи-онкологи со стажем 5 лет) о наиболее значимых проблемах онкологической службы региона (по частоте упоминания, 209 семантических единиц, $n = 1705$ упоминаний)

призму выполнения своих должностных обязанностей и фокусировании на выстраивании устойчивых профессиональных коммуникаций для решения текущих организационных задач, тогда как их более молодые коллеги, в основном, связывают проблемы деятельности системы онкологической помощи с взаимодействием с самими пациентами (с тенденцией отхода от патерналистской системы здравоохранения и делегирования пациенту ответственности за результат) и высокими рисками профессионального стресса.

Герменевтический анализ массива мнений по данному тематическому блоку позволил выделить и детализировать ключевые проблемы онкологической службы региона:

Проблема 1. Недостаточная кадровая обеспеченность онкологической службы

Проблема 2. Стресс и профессиональное выгорание у врачей онкологической службы

Проблема 3. Недостаточный уровень правовой защиты врачей-онкологов

Проблема 4. «Лоскутная» цифровизация региональной системы онкологической помощи

Проблема 5. Низкий уровень информированности и медицинской грамотности населения по вопросам онкопатологии

Проблема 6. Слабая онкологическая настороженность и недостаточный уровень знаний врачей первичного звена о ранних симптомах онкологических заболеваний

Проблема 7. Недостаточно внимательное отношение специалистов первичного звена здравоохранения к пациентам группы онкологического риска

Проблема 8. Недостаток устойчивых алгоритмов маршрутизации пациентов на различных этапах лечебно-диагностического процесса

Проблема 9. Неравномерность распределения квот на диагностические обследования в системе онкологической помощи

Проблема 11. Аспекты доступности онкологической помощи для населения

Проблема 12. Влияние современных социально-экономических условий на лекарственное обеспечение и сложности закупки медикаментов для онкологической службы

Таким образом, исходя из анализа массива мнений экспертов фокус-групп, можно сделать заключение о том, что в настоящее время существует ряд проблем в практической деятельности региональной онкослужбы, которые могут повлиять на реализацию мероприятий по стратегическому её развитию. При этом наиболее значимыми проблемами, на взгляд респондентов, выступают дефицит кадров, связанный с оттоком кадров в частную медицину, стрессом и профессиональным выгоранием врачей-онкологов, высоким уровнем нагрузки и слабой правовой защищенностью медицинского персонала онкологической службы региона.

**6.3.5. Влияние пандемии новой коронавирусной инфекции
на деятельность онкологической практики региона**

Почти все участники исследования ($n_1=7$, $n_2=9$) указали, что имели опыт работы с пациентами, заболевшими коронавирусной инфекцией и подчеркнули, что сохраняющийся в последние десятилетия кадровый дефицит в системе отечественного здравоохранения в условиях пандемии стал критическим: «У нас и до пандемии не хватало людей, а тут в ковид катастрофа... тысячи заболевших, и еще коллеги начали болеть – у нас и так нагрузка была сумасшедшая, а тут нас на прочность просто испытывала пандемия» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет). Однако, помимо высокой нагрузки на систему здравоохранения и высокого риска инфицирования медицинского персонала, одной из причин обострения проблемы нехватки врачей стал уход из профессии части медицинских работников: «Чего греха таить, многие, очень многие тут же выбросили халат и сказали, что «мы работать на этом поприще не будем» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет). Вместе с тем, согласно наблюдениям большинства врачей-онкологов второй группы ($n_2=8$), экстремальные условия

«красной зоны» способствовали большей сплоченности в медицинском коллективе: «...это работа в критической ситуации в командных условиях, когда вы понимаете, что вас мало и надеяться можно только друг на друга. И понимаешь, что здесь и сейчас – только мы, и нам-то никто не поможет – некому, все уже здесь» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет) и «... по поводу этой ковидной истории. Она показала нам друг друга с той стороны, с которой мы раньше не видели. Многие стали понимать, кто и что стоит. У нас такое определённое сплочение в коллективе, кто в красную зону зашёл. Я бы никогда не подумала, что в обычную, доковидную историю в таком режиме общаться, и это позволило поменять стиль общения между докторами» (В., врач-онколог, стаж работы 19 лет).

Одновременно с этим, высокий уровень неопределенности, связанный с отсутствием стандартов лечения COVID-19 и способностью коронавирусной инфекции быстро мутировать определили необходимость поиска эффективных способов лечения, актуализации имеющихся знаний у врачей-инфекционистов и повышения квалификации по инфекционным заболеваниям врачей других специальностей: «Не хватало врачей и сейчас не хватает, и нужно было постоянно повышать квалификацию – ковид поставил новые задачи... как лечить сочетанные болезни с ковидом у наших пациентов» (В., врач-онколог, стаж работы 6 лет) и «Стандарты менялись 9 раз ... И вы остаётесь в меньшинстве в замкнутом пространстве, при отсутствии медикаментов, кислорода и ... понимания вообще, как с этим бороться. Потому что вы занимаетесь только симптоматической терапией, которую вы интуитивно понимаете ... подходы к давно известным вещам, они тоже структурно изменились. Потому, что аномальное течение ковидной инфекции... оно разрушило многие установки, которые у нас были до этого» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет). При этом респонденты ($n_1=9$, $n_2=8$) подчеркнули, что медицинские организации даже отдаленных районов региона в условиях роста заболеваемости COVID-19 получили дополнительное медицинское оборудование: «...мы получили оборудование в пандемию, но оно позволило нам повысить охват и качество помощи, и сейчас мы продолжаем его использовать – то есть, пандемия укрепила материальную базу отделения» (З.,

заведующий отделением, стаж работы 5 лет) и «Техники нам добавили, КТ, УЗИ, гематологических анализаторов» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет).

Респонденты ($n_2=4$) отмечают, что увеличение назначений КТ-обследования пациентам с COVID-19, в ряде случаев также способствовало раннему выявлению онкологических заболеваний: «КТ грудной клетки, которые всем стали делать и частично захватывать почки, например, помогли выявить опухоль почек. А сколько рака лёгких выявили?» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет) и «Кадров не хватало, а техника стала использоваться даже эффективнее для нас, онкологов» (Р., заведующий подразделением, стаж работы 20 лет).

Тем не менее, все респонденты (100%, $n_1=9$, $n_2=10$) отметили, что одним из серьезных последствий пандемии коронавирусной инфекции стало увеличение числа пациентов, обратившихся за медицинской помощью на поздней стадии развития онкологического заболевания. Во многом, эта ситуация связана с невозможностью обращения пациентов в онкологическую службу из-за условий эпидемиологического риска: «...ковид сильно ударил именно по онкологии. Я столкнулся со случаями... с таким резким прогрессированием плюс стало больше тех, кто «сидел» в ковид дома и лечился народными средствами. А сейчас они начали обращаться – и уже третья-четвертая стадии. Это опять к вопросу о ранней выявляемости, телемедицине и цифровизации» (О., врач-онколог, стаж работы 33 года) и «Какое раннее выявление, мы в ковид тех, кто был (*состоял на учете ранее – прим.*), не могли посмотреть» (З., заведующий отделением, стаж работы 5 лет).

Однако, на взгляд значительной части участников исследования ($n_1=5$, $n_2=3$), санитарные ограничения, введенные в период пандемии, выступили оправданием нежелания части пациентов обращаться ко врачу-онкологу: «Сейчас идут те, кто в ковид не смог обратиться, и часто на поздних стадиях. Да и без ковида обращались поздно, и сейчас приходят поздно, но говорят, что из-за ковида» (З., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «...все наши усилия разбиваются о неграмотность пациента, нежелание идти к врачу – что это, страх, безответственность или лень, не знаю» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет).

При этом условия эпидемиологического риска, на взгляд ряда врачей-онкологов, работающих по специальности более 10 лет ($n_2=4$), во многом

способствовали переоценке жизненных ценностей – как у пациентов, так и у медицинского персонала – «пандемия дала время подумать и переоценить свой образ и стиль жизни. Да и в целом, народ понял, что даже сейчас есть вещи, от которых можно умереть. И выживают в любой ситуации те, кто следит за здоровьем» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет).

По мнению абсолютного большинства респондентов (100%, $n_1=9$, $n_2=10$), пандемия коронавирусной инфекции способствовала резкому увеличению темпов цифровизации отрасли: «Цифровизация началась высокими темпами, и до сих пор продолжается» (В., врач-онколог, стаж работы 6 лет), а большая вовлеченность в цифровую среду способствовала ускорению освоения врачами новых технологий – прежде всего, связанных с телемедициной: «...погрузились в цифровую среду в ковид и поневоле стали быстрее осваивать телемедицинские технологии. Вот эти все телемедицинские вещи ... с дефицитом медицинских работниками на местах было связано – деваться было некуда, поэтому надо было развиваться и оказывать помощь. Вследствие чего большее количество населения могло обращаться за медицинской помощью и получить те назначения, которые были необходимы. Да, здесь надо отдать должное, действительно история с ковидом получила хороший ответ» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет) и «...прикручиваешь себе новый гаджет – вопрос времени разобраться, и работаешь» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет).

Тем не менее, некоторые респонденты ($n_2=4$) отмечают, что несмотря на активное освоение телемедицинских технологий врачами, большинство пациентов все еще не готовы использовать цифровой канал медицинской консультации – даже в ситуации риска онкологического заболевания: «Нет цифровой работы с населением, нет рутинной телемедицины – вернее, наш пациент и не знает, и не хочет ее. Хотя даже простое описание симптомов и получение направления на определенные исследования позволило бы выявить раньше. Но если телемедицина, то для многих это «не по-настоящему». Он догадывается, что похоже на опухоль, но будет ждать «живого» приема» (О., врач-онколог, стаж работы 33 года).

Большинство молодых врачей-онкологов ($n_1=9$) отметили, что увеличение темпов цифровизации и внедрение практики дистанционной коммуникации

способствовало расширению возможностей обучения и участия в конференциях по специальности («Постоянно участвуем *(в конференциях – прим.)*, спасибо ковиду – научил» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет), что позволило в период пандемии обеспечить оперативное получение информации о наиболее эффективных способах лечения, а после нее успешно сочетать выполнение рабочих обязанностей и непрерывное профессиональное развитие: «Можем сидеть и делать свою работу бумажную, у нас её очень много. И можно участвовать в конференции, слушать что через телефон, что через компьютер, это всё в доступе. Положил отчет – сделал доклад или задал вопрос – и в свою работу внедряешь то, что узнаешь» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Таким образом, исходя из анализа массива мнений респондентов можно констатировать, что пандемия новой коронавирусной инфекции несмотря на свою отрицательную роль (прежде всего - увеличение числа пациентов, несвоевременно обратившихся за медицинской помощью вследствие длительной самоизоляции в условиях эпидемиологического риска), тем не менее, стала драйвером развития территориальной системы здравоохранения в целом, в том числе и онкологической службы. Вызовы пандемии обусловили необходимость интенсификации поиска эффективных методов лечения и актуализации знаний у медицинского персонала (прежде всего, по подходам к лечению коморбидных состояний, сочетанных с COVID-19), укрепления кадрового состава и материально-технической базы медицинских организаций, а также повышения темпов цифровизации отрасли, в том числе широкого внедрения телемедицинских технологий.

6.3.6. Ожидания врачей в отношении стратегического развития и практического совершенствования системы онкологической помощи в Московской области

Участники исследования, в целом, положительно оценили происходящие изменения в системе онкологической помощи и считают оптимальным дальнейшее

её развитие в соответствии с региональной государственной программой «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» ($n_1=5$, $n_2=6$): «Изменения идут в правильную сторону, сейчас наша система онкологии, впитав, если можно так сказать, лучшие советские практики, встает на мировые рельсы, в том числе цифровизацию службы. И это неизбежное направление развития – мы должны соответствовать развивающимся технологиям, использовать их» (К., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «Ожидаю от дальнейшего развития системы онкологической помощи сохранения человечности и достижения поставленных целевых показателей» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет).

При этом многие респонденты ($n_1=3$, $n_2=5$) в своих высказываниях отметили, что ждут решения имеющихся проблем в онкологической практике, что возможно, прежде всего при дальнейшем наращивании интеграции взаимодействия: «...важно выстроить систему взаимодействия специалистов на всех уровнях для того, чтобы и дальше онкологическая служба развивалась» (К., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «Нужна какая-то, возможно, система интеграции между разными уровнями оказания помощи. Сейчас мы взаимодействуем, но очевидно, что этого недостаточно» (В., врач-онколог, стаж работы 19 лет). Указанные меры, на взгляд респондентов ($n_1=6$, $n_2=6$), одновременно позволят оптимизировать маршрутизацию пациентов: «Тут нужно будет просто продолжать выстраивать логику, процесс уже пошел. ... И кадровую, и пациентскую, потому что по рекомендациям у нас начало противоопухолевого лечения должно быть в течение недели после постановки диагноза. Надо выстроить систему взаимодействия, что и даст нам маршрутизацию в эти сроки» (Н., врач-онколог, стаж работы 12 лет) и «Слаженное взаимодействие и четкие алгоритмы маршрутизации пациентов – это и есть условие совершенствования деятельности системы здравоохранения в целом, и онкологии в частности. Надо обеспечить это устойчивое взаимодействие, и контролировать сроки прохождения пациентами определенных точек. Будет и выявление, и выживаемость» (Д., врач-онколог, стаж работы 6 лет).

В соответствии с региональной государственной программой «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» планируется создание

цифровой системы (цифрового контура), объединяющей в себе информацию о пациентах и оказанной им помощи в различных медицинских организациях, в том числе и за пределами региона. Внедрение этой системы будет происходить поэтапно, однако, по мнению участников исследования, имеющиеся на современном этапе цифровые платформы нужно интенсивно развивать: «...мы работаем в системе ЕМИАС. Она работает не безупречно, как только зависает программа, у врача могут исчезнуть все данные, иногда невозможно записать на какое-либо обследование, невозможно выписать анализы крови, записать к другому врачу. Это должно стать приоритетным направлением развития, совершенствования организации работы в онкологии» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет) и «...у нас каждый год внедряется новая медицинская операционная система. И каждый раз это борьба просто за освоение новой программы. ... за цифровой коммуникацией и электронным обменом данными будущее и, главное, скорость принятия решения в онкологии. В этом направлении ожидаю прорывное развитие системы онкологической помощи» (Т., врач-онколог, стаж работы 6 лет).

При этом одним из ожидаемых врачами-онкологами ($n_1=7$, $n_2=4$) результатов развития системы онкологической помощи в ближайшем будущем является создание единой цифровой информационной системы: «Думаю, что уже скоро будет, должна быть единая медицинская операционная цифровая система, будет ещё интеграция с лабораторно-информационной системой, мы очень в этом отношении отстаем и в ряде вопросов это камень преткновения» (Т., врач-онколог, стаж работы 6 лет). Согласно мнениям респондентов ($n_1=6$, $n_2=4$), создание единой информационной системы позволит совершенствовать документооборот в медицинских организациях региона, переведя его в цифровой формат: «...убрать все эти бумаги ... мы все увлечены оформлением истории, переделкой её, но не пациентами. ... Ожидаю, что документооборот станет электронным» (Д., врач-онколог, стаж работы 6 лет). Кроме того, участники исследования считают, что единый информационный цифровой контур будет способствовать оптимизации маршрутизации пациента и снижению количества излишних направлений «...мне кажется, что очень много ненужной писанины, очень много. Когда имел счастье

посмотреть последние истории, я был удивлён, что там восемь соглашений (*об информированном согласии пациента – прим.*), а почему одним нельзя это соглашением взять? то есть берём кровь – согласие, манипуляции – согласие. Думаю, нужно это оптимизировать» (О., врач-онколог, стаж работы 33 года).

Кроме того, респонденты ($n_1=2$, $n_2=3$), считают полезным внедрение имеющегося опыта по введению должности медицинского регистратора в онкологической практике, что позволит решить вопрос заполнения базовой медицинской документации пациента до приема врача и снизит его «бумажную» нагрузку: «Надеюсь, что скоро у нас будет медицинский регистратор, который будет заполнять историю болезни до приема и после него. То есть я пишу первичку, какие-то замечания регистратору, что нужно учесть, а он всё остальное заполняет, формирует выписки, проведенные мероприятия, ставит на контроль посещения пациента, выполнение моих назначений и обследований. А у меня есть время на приём и эффективную, доверительную коммуникацию с пациентом» (Т., врач-онколог, стаж работы 6 лет) и «... есть примеры, пациента встречают, проводят оформлять историю болезни, проводят на анализы. То есть медицинский персонал в принципе этим не занимается, даже медсёстры. У медсестёр своя работа, не менее сложная. Было бы здорово, если бы в нашей службе появился такой специалист» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет).

В ходе фокус-группового исследования респонденты ($n_2=6$) отметили, что связывают совершенствование онкологической службы региона с дальнейшим увеличением финансового обеспечения: «Нужно продолжать увеличение финансирования по всем направлениям – оборудование, кадры, зарплаты, новые методы, качество сервиса» (Р., заведующий подразделением, стаж работы 20 лет). Врачи-онкологи также отметили необходимость увеличения уровня оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала, что позволит решить проблему кадрового дефицита ($n_1=4$, $n_2=3$): «...в основе, наверное, всего – финансирование, должны быть достойные зарплаты доктора и медсестры, если мы говорим о будущем развитии. Качество медицинской помощи связано с оплатой труда, нагрузкой и временем» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет).

Прозвучали и традиционные предложения о необходимости пересмотра заработной платы из расчета количества принятых пациентов: «Вот я, например, в день 30 пациентов принимаю. Кто-то со мной рядом сидит и 18 пациентов принимает. Ей все равно, а у меня пациенты сидят в очереди. Как-то вот это надо посчитать. В Европе врач принимает 10 пациентов – деньги получил. Не принимал – значит это плохой врач, не получает» (З., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Для дальнейшей оптимизации организации онкологической помощи, по мнению участников исследования, прежде всего, необходимо решение проблемы кадрового обеспечения. Респонденты указывают, что перегруженность врачей, большое количество документации, работа по урегулированию жалоб и конфликтов с пациентами в совокупности приводят к оттоку специалистов из отрасли, и для их сохранения необходимо «...улучшение качества оказания онкологической помощи, во всех планах, это кадровое обеспечение, техническое, увеличение времени на пациента, больше дать времени врачу на его работу, а не делать ее в цейтноте» (А.М., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «для совершенствования работы всей системы онкологической помощи нужно совершенствовать работу первичного звена... надо пересматривать штатное расписание, укреплять состав, снижать нагрузку ... должно меняться время приёма, а не 12 минут, которые у всех на устах...» (Д., врач-онколог, стаж работы 12 лет).

Кроме того, в стратегическом плане, совершенствование системы онкологической помощи населению, на взгляд респондентов, должно начинаться с введения эффективных программ профилактики онкологических заболеваний, которые должны охватывать все население: «Кроме диспансеризации должна быть государственная программа раннего выявления, скринингов среди здоровых пациентов. Которые ещё не заболели, но могут быть в группах риска, на ранних этапах выявлять и оказывать специализированную медицинскую помощь, в рамках ЦАОП или стационара, главное своевременно. А глобально повлиять на это – это целый комплекс мероприятий, который должен в итоге привести к уменьшению онкологической заболеваемости» (С., заведующий отделением, стаж работы 11 лет) и «...достичь, наверное, каких-то улучшений в онкологической помощи

возможно, если только будут государственные программы скрининга, потому что ранняя диагностика – это уже практически пациент с диагнозом. А скрининг – это там, где мы целенаправленно ищем в целевой популяции группы риска, то есть фактически среди большого количества здоровых ищем людей с определёнными диагнозами, у которых существует больше рисков возникновения раков различных видов» (А., руководитель онкологического отделения, стаж работы 20 лет).

Специалисты онкологической службы Московского региона ($n_2=3$) также считают, что для совершенствования системы онкологической помощи региона необходимо ускорение сроков внедрения в практику работы онкологов мировых стандартов лечения: «...у нас есть рекомендации Минздрава, по которым мы лечим. Мы знаем, что они обновляются раз в три года. У нас есть организация RUSSCO, которая это делает каждый год. Но потом приходят жалобы, что врач лечил по рекомендациям RUSSCO, но они не утверждены еще, их нет в Минздраве, и начинаются всякие юридические последствия. Для оптимальной работы системы нужно сократить интервал времени, в течение которого сейчас внедряются рекомендации по лечению» (К., врач-онколог, стаж работы 5 лет).

Стратегическое планирование развития онкологической службы, на очередной среднесрочный период должно основываться, прежде всего, на профессиональном мнении и ожиданиях врачей в отношении дальнейшего совершенствования онкологической помощи в Московской области. Так, в представлениях врачей-онкологов (группа 1) в будущем онкослужба должна объединить предоставление пациентам наилучшего сервиса и оказание медицинских услуг – «как в частном центре», включая «вертолетную скорую помощь» (З., врач-онколог, стаж работы 5 лет), при этом сохранив традиции оказания «квалифицированной медицинской помощи» и приоритет авторитета врача: «Врач в приоритете, я имел ввиду, его роль, его авторитет при принятии решений» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет). Респонденты также уверены, что в будущем «...врач будет непосредственно выполнять клиническую работу, а все необходимые данные будут ему поступать из цифрового контура, ему не надо будет их поиском заниматься, бумажной работы будет крайне мало... будет получать достойную зарплату» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет).

Кроме того, участники исследования предположили, что в будущем станет возможным «пакетное» предоставление медицинской помощи, единовременно охватывающего все имеющиеся заболевания: «Зашёл (*в клинику – прим.*) и оттуда вышел здоровым» (З., врач-онколог, стаж работы 5 лет) и «... пришёл пациент, всё сразу ему сделали, поставили диагноз. Пришёл к терапевту, терапевт заподозрил, значит к онкологу, если не к онкологу, значит к гинекологу. И всё это желательно как в частном центре. И тут же сразу и химия, и лучевая» (А., врач-онколог, стаж работы 5 лет). Такой подход в будущем станет возможным, по мнению респондентов первой группы, благодаря оптимальному набору медицинских услуг и кадровой укомплектованности медицинских организаций. При этом их коллеги со стажем работы более 10 лет (группа 2) в дискуссии об онкослужбе будущего сфокусировали внимание на расширении возможностей профилактической работы с пациентами, сверххранном выявлении новообразований и снижении конфликтов между врачами и пациентами: «Главное - чтобы все проблемы решались уже на уровне профилактики, и все были как можно дольше здоровы» (В., врач-онколог, стаж работы 19 лет). Кроме того, участники этой группы высказали опасения по поводу коммерциализации государственной медицины в будущем и рисков, связанных с социальной несправедливостью при предоставлении медицинской помощи населению: «Мне кажется, что онкослужба будущего всё-таки за частными центрами, которые ее поглотят, и будут действительно работать для части населения в оказании специализированной медицинской помощи. Не будет ли здесь социальной несправедливости и коммерциализации? Сто процентов будет. Нужно об этом думать уже сейчас!» (Н., врач-онколог, стаж работы 12 лет).

Кроме вышеизложенного, участники обеих фокус-групп связывают свои представления об онкослужбе будущего с цифровым и технологическим развитием социума в целом: «Чипы вживят, они будут диагностировать и передавать информацию в центр управления» (Р., заведующий подразделением, стаж работы 20 лет) и «...онкослужба будущего будет очень технологичная и цифровизированная. Возможно, нанолечения, полная обеспеченность и самые быстрые данные, обследование по капле крови» (К., врач-онколог, стаж работы 5

лет). и «...нас ждет телемедицина, новые молекулы, препараты для профилактики опухолевых процессов, робототехника, суперкомфорт для пациента в процессе лечения и восстановления, сохранение качества жизни благодаря новым технологиям» (В., заведующий отделением, стаж работы 6 лет). Во многом, предположения респондентов о продолжении технологического прогресса были основаны на заинтересованности в решении имеющихся в настоящее время в онкологической практике проблем «...и будет у нас нормально работающая единая информационная система» (О., заведующая отделением, стаж работы 19 лет).

Таким образом, представления респондентов обеих фокус-групп об онкологической службе будущего, в основном, связаны с реализацией уже существующих инновационных технологий в здравоохранении: создание единого цифрового контура; комплексное предоставление (всеобъемлющего) перечня медицинских услуг в стенах одной медицинской организации, в том числе и с использованием телемедицинских и других цифровых технологий; операционализация процессов диагностики и лечения с использованием алгоритмов и технологий искусственного интеллекта, включая внедрение интеллектуальных систем онконастороженности (мониторинга рисков), что в целом подтверждает правильность выбранного вектора стратегического развития онкослужбы Московской области, закрепленного в региональной государственной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов».

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 6

1. Структура онкологической помощи в Московской области представляет собой трёхуровневую систему с переносом значительного массива компетенций и процедур в приближенные к пациенту медицинские организации, при этом в регионе внедрены все виды лечения онкологических заболеваний. При этом деятельность онкологической службы Московской области, развивающейся в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.», пациентами с онкопатологией воспринимается, в целом, как эффективная, а изменения, произошедшие в ней за последние пять лет, по мнению большинства респондентов ($51,2 \pm 2,6\%$), носят положительный характер и оценивается ими (по 5-бальной шкале) на 4,4 балла. В числе наиболее заметных положительных изменений в онкологической службе Московского региона за последние пять лет пациенты отметили активное развитие подходов по раннему выявлению и диагностике онкологических заболеваний ($59,0 \pm 3,5\%$), внедрение в онкологическую практику более комфортных схем приема назначаемых препаратов ($48,4 \pm 4,1\%$), большой объем информации о стратегии и тактике лечения, реабилитации и профилактики онкологических заболеваний, предоставляемой врачами ($63,1 \pm 3,5\%$), более внимательное отношение врачей к пациентам ($62,7 \pm 3,5\%$).

2. При возникновении необходимости диагностики и лечения злокачественного новообразования пациенты, скорее, ориентированы на получение гарантированной государством бесплатной медицинской помощи (по программе ОМС и преимущественно в государственных медицинских организациях). Большинство респондентов ($93,1 \pm 1,4\%$) доверяют своим лечащим врачам онкологам и их квалификации, что во многом способствует тому, что большинство пациентов ($82,5 \pm 2,2\%$) неукоснительно выполняют медицинские назначения, в том числе и по медикаментозному лечению.

3. Полученные в ходе исследования аналитические данные позволили сконструировать социальный портрет типичного пациента Московского региона, имеющего онкологическое заболевание: это чаще всего замужняя ($58,3 \pm 3,4\%$) женщина ($54,7 \pm 3,5\%$) пенсионного возраста (старше 60 лет $53,9 \pm 3,6\%$) с высшим образованием ($48,8 \pm 3,9\%$), имеющая двух детей ($52,4 \pm 4,2\%$). На момент лечения получает пенсию ($51,8 \pm 3,8\%$), её длительная трудовая деятельность (более 25 лет – $59,2 \pm 3,5\%$), в основном, была связана с промышленностью ($24,3 \pm 4,8\%$) или сферой услуг ($20,6 \pm 5,0\%$). Проживает в собственной квартире ($67,2 \pm 3,1\%$), своим материальным положением не всегда удовлетворена ($54,7 \pm 3,7\%$), поскольку ежемесячный доход на одного члена её семьи составляет менее 20 000 рублей ($40,7 \pm 4,3\%$), и при в целом «нормальной жизни», отмечает, что вынуждена экономить ($51,0 \pm 3,7\%$), а её материальное положение за последний год практически не изменилось ($45,5 \pm 4,1\%$), либо изменилось в худшую сторону ($45,2 \pm 4,1\%$). Удовлетворена своим здоровьем ($64,2 \pm 3,1\%$), никогда не имела вредных привычек ($68,0 \pm 3,1\%$) и старается всегда следовать медицинским рекомендациям в отношении лечения и соблюдения здорового образа жизни ($65,3 \pm 3,2\%$). Оказанными медицинскими услугами полностью удовлетворена ($74,0 \pm 7,2\%$) и отмечает, что в процессе лечения медицинский персонал относится к ней уважительно: врачи – внимательно ($76,7 \pm 2,3\%$) и вежливо ($56,6 \pm 2,6\%$), средний медицинский персонал – внимательно ($63,7 \pm 2,5\%$) и вежливо ($62,3 \pm 2,5\%$).

4. Анализ предложений респондентов анкетного опроса по совершенствованию онкологической помощи в Московской области, в рамках составления дальнейших планов стратегического развития этой службы, показал, что внимание пациентов сфокусировано, прежде всего, на оптимизации организации лечебно-диагностического процесса: сокращении сроков диагностики и ожидания приема врача, улучшении маршрутизации и выработки единых алгоритмов ведения пациентов в разных медицинских организациях региона, своевременном эффективном лекарственном обеспечении, необходимости решения проблемы дефицита кадров онкологической службы и укрепления материально-технической базы онкологических клиник.

5. По мнению и врачей-онкологов, и пациентов со злокачественными новообразованиями, важной составляющей профилактической работы в системе здравоохранения региона, является повышение уровня информированности населения о ранних признаках онкологического заболевания, факторах риска их возникновения, мерах предотвращающих процесс малигнизации, что безусловно указывает на необходимость усиления этого направления работы с населением с использованием всех доступных на сегодняшний день средств, в том числе потенциала цифровых технологий и возможностей социальных сетей.

6. По мнению врачей-онкологов, диспансеризация является стратегически важным мероприятием для обеспечения раннего выявления онкологического заболевания и риска его развития, выступает основой профилактики рецидивов и метастазирования в группе пациентов, перенесших онкологическое заболевание, а также потенциально может стать системой сбора статистических данных о факторах риска рецидивов и спектре последствий пройденного лечения пациентами группы риска, что будет способствовать развитию и совершенствованию системы онкологической помощи в регионе, в рамках региональной государственной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019–2024 гг.».

7. Достижение целевых показателей, регламентированных региональной государственной программой «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» может замедлиться вследствие слабой онкологической настороженности и недостаточного уровня знаний ранней симптоматики онкозаболеваний у врачей первичного звена здравоохранения, что в совокупности с недостаточно внимательным отношением к пациентам группы онкологического риска, недостаточными информированностью и медицинской грамотностью населения в вопросах онкологических заболеваний, при наличии у части жителей региона некоторых сложностей с доступностью специализированной помощи, может привести к росту показателей несвоевременного обращения пациентов за онкологической помощью.

8. По мнению участников исследования, одним из самых существенных последствий пандемии новой коронавирусной инфекции, стало увеличение числа пациентов, несвоевременно обратившихся за медицинской помощью на поздней стадии развития онкологического заболевания, вследствие длительной самоизоляции в условиях эпидемиологического риска. При этом онкологи отмечают, что пандемия новой коронавирусной инфекции, несмотря на свою отрицательную роль, тем не менее, стала драйвером развития территориальной системы здравоохранения в целом, в том числе и онкологической службы. Вызовы пандемии обусловили необходимость интенсификации поиска эффективных методов лечения и актуализации знаний у медицинского персонала (прежде всего, по подходам к лечению коморбидных состояний, сочетанных с COVID-19), укрепления материально-технической базы медицинских организаций, а также повышения темпов цифровизации отрасли, в том числе широкого внедрения телемедицинских технологий.

9. Несмотря на существенные положительные изменения, связанные с реализацией среднесрочной стратегической региональной Программы по борьбе с онкопатологией, существуют устойчивые проблемы, отмеченные врачами-онкологами фокус-групп, требующими решения и учета при дальнейшем стратегическом планировании развития территориальной онкослужбы на очередной среднесрочный период 2025-2030 гг.: дефицит кадров в условиях роста количества обращений населения за онкологической помощью; необходимость систематического наращивания и постоянного обновления материально-технической и технологической базы диагностического и лечебного оборудования; недостаточная преемственность между стационарными и амбулаторными уровнями и необходимость интеграции субъектов взаимодействия в системе онкологической помощи; недостаток устойчивых алгоритмов маршрутизации пациентов на различных этапах лечебно-диагностического процесса, «лоскутная» цифровизация онкологической практики в регионе, совершенствование системы информирования врачей-онкологов всех уровней предоставления медпомощи по вопросам стратегического планирования развития онкологической службы: целям,

задачам, мероприятиям, целевым показателям, утвержденным в рамках действующей Программы, разработка и реализация эффективных программ профилактики онкологических заболеваний, охватывающих все население региона. Одним из основных векторов стратегического развития онкологической службы в очередном среднесрочном периоде на 2025-2030 гг. участники качественного социологического исследования считают дальнейшее развитие в Московском регионе современных цифровых технологий, в том числе внедрение алгоритмов и технологий искусственного интеллекта.

10. Сформулированные основные проблемы, стратегические задачи развития онкологической службы и системные мероприятия по их реализации становятся основой для разработки социологического инструментария с целью осуществления медико-социологического мониторинга стратегического развития онкологической службы, утвержденного в государственной региональной стратегической программе Московской области «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Концептуальная модель организации медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения

Реализованный в ходе диссертационного исследования анализ структурно-правового порядка мониторинга и контроля реализации Стратегии развития Московской области (далее Стратегии), сформировавшийся в регионе, позволил выявить направления для совершенствования стратегического развития регионального здравоохранения. Мониторинг и контроль реализации Стратегии осуществляются Правительством Московской области на основании Постановления Правительства Московской области от 28.12.2018 г. № 1023/45 «О стратегии социально-экономического развития Московской области на период до 2030 года» [405]. Порядок осуществления мониторинга реализации документов стратегического планирования Московской области и подготовки ежегодного отчета Губернатора Московской области о результатах деятельности Правительства Московской области, сводного годового доклада о ходе реализации и оценке эффективности государственных программ Московской области, определяется законодательством Московской области.

Контроль за исполнением документов стратегического планирования осуществляется в порядке, определяемом также законодательством Московской области. Мониторинг достижения целевых показателей в ходе реализации Стратегии осуществляется в соответствии с системой целевых показателей социально-экономического развития, утверждаемых в приложениях Стратегии [405]. Указанный структурно-правовой порядок сформирован в соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [423], целей и показателей национальных проектов Российской Федерации [427], целей и задач Стратегии социально-экономического развития Московской области [405].

Достижение целевых показателей реализации Стратегии обеспечивается и в ходе реализации мероприятий государственных программ Московской области [405]. Мониторинг достижения целевых показателей Стратегии по отраслям социально-экономического развития осуществляется в рамках реализуемых государственных программ в соответствии со структурно-правовым порядком, сформированным в регионе [405]. При этом необходимо отметить, что показатели с уровнями мониторинга «целевой показатель», «национальный проект» и «мероприятие Стратегии» подлежат обязательному включению в государственные отраслевые программы Московской области, а также рекомендуются для включения в программы развития административных образований Московской области; показатели с уровнем мониторинга «Стратегическая цель» [405] также обязательно включаются в государственные программы Московской области. Оценка эффективности реализации государственных программ Московской области проводится в соответствии с методикой оценки эффективности реализации государственных программ, утвержденной постановлением Правительства Московской области от 25.03.2013 г. № 208/8 «Об утверждении Порядка разработки и реализации государственных программ Московской области» [408].

Вместе с тем, принятие управленческих решений в сфере охраны здоровья населения требует разработки соответствующего инструментария для контроля результатов их исполнения, оперативной оценки степени реализации потребностей пациентов и их ожиданий в отношении получения медицинской помощи оптимального качества, социальной эффективности стратегического развития здравоохранения, что определяет необходимость разработки технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития здравоохранения в субъектах РФ [368].

Во многих регионах страны, в том числе в Московской области, в ходе стратегического планирования развития здравоохранения определены его наиболее актуальные направления, стратегические ориентиры удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи надлежащего качества, но при этом, как правило, в документах стратегического планирования отсутствуют механизмы социального контроля (обратной связи) за обеспечением оптимального

качества фактически предоставляемых медицинских услуг, соответствующих потребностям и ожиданиям пациентов.

Рациональное использование ресурсов в здравоохранении требует научно-методического обоснования мониторинга выполнения ключевых пунктов положений Указа Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» [422], в том числе, и на основе использования методологии социологического подхода, путем формирования технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития здравоохранения [368].

В настоящее время особое место в портфеле медико-социологических исследований в здравоохранении занимает изучение мнений пациентов о реализуемых преобразованиях в отрасли, оценка уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью, анализ широкого круга вопросов, связанных со здоровьем населения [368]. Наиболее важными для принятия решений в вопросах управления развитием системы российского здравоохранения являются результаты медико-социологических исследований, реализованных на общероссийской и региональных выборках, направленных на изучение отношения населения к реформам в здравоохранении и уровня информированности граждан о деятельности медицинских и страховых медицинских организаций, степени удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи, трансформации социальной роли врача и пациента в социальном институте медицины [368].

Вместе с тем, отсутствие системности, локальность и фрагментарность проводимых исследований, недостаточный уровень социологического осмысления социальных процессов, формирующихся в социальном институте медицины в условиях рыночной экономики и цифровизации, несколько снижают их значимость в оценке результатов преобразований в отрасли [368]. Отсутствие научно обоснованной системы медико-социологического мониторинга стратегического развития здравоохранения территориального уровня, обусловило актуальность настоящего исследования и позволило предложить организационно-функциональную схему технологии многоуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения (Рисунок 82).

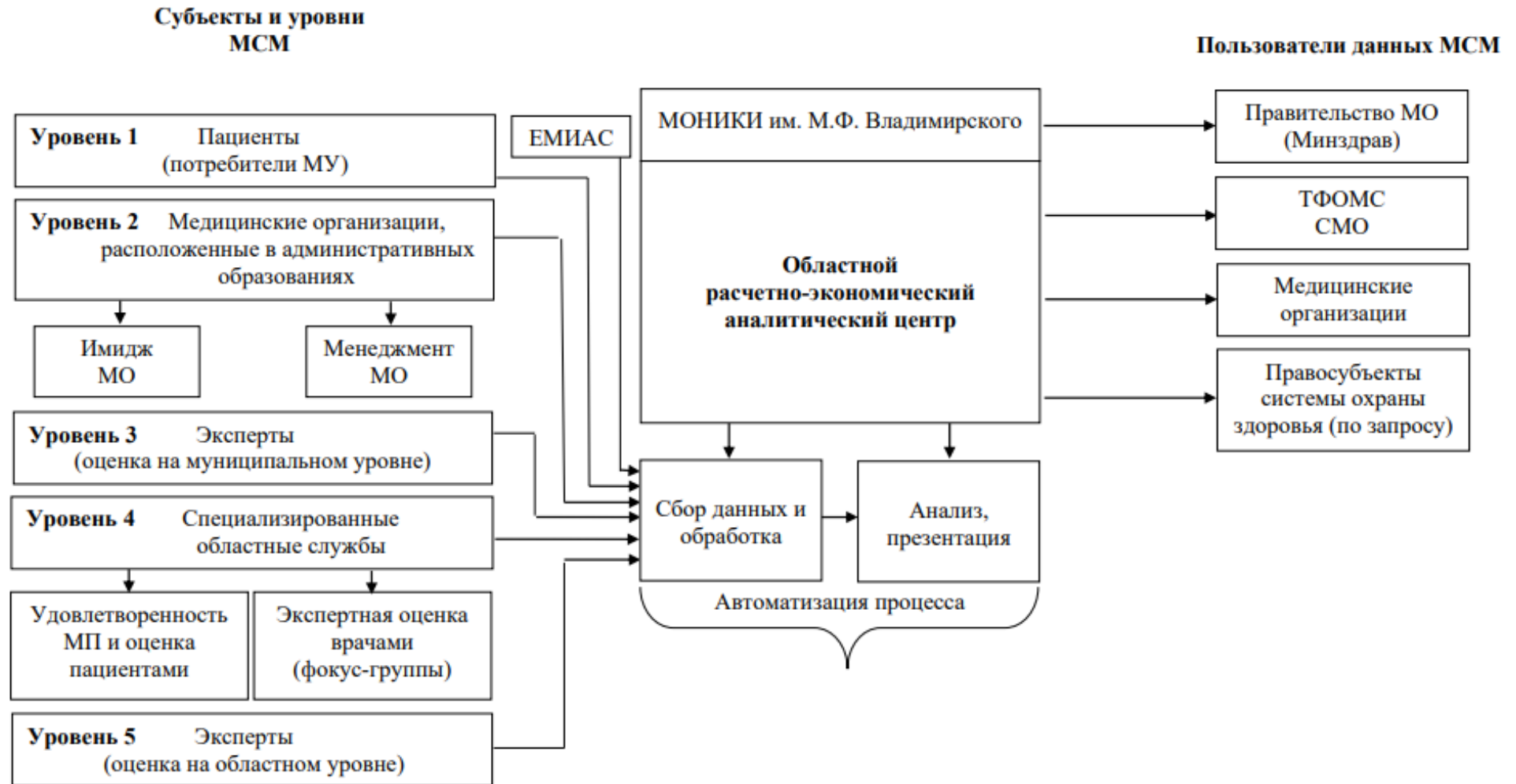


Рисунок 82 – Концептуальная модель организации медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения (5 уровней)

Реализованное комплексное медико-социологическое исследование отражает эффективность применения медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения как дополнительного инструмента стратегического управления в системе здравоохранения. Роль и значение медико-социологического мониторинга заключаются в получении информации, позволяющей оперативно и гибко реагировать на изменяющиеся потребности и ожидания целевой аудитории, предпринимая дополнительные организационные меры, смягчающие действие негативных тенденций, связанных с экономическим и цифровым неравенством социальных групп.

Необходимо отметить, что существующая система представления официальной информации о состоянии здоровья, востребованности услуг здравоохранения, на развитие которой выделяются значительные финансовые средства, по утвержденным формам государственной отчетности фиксирует уже свершившиеся факты. Кроме того, указанные сведения могут быть чрезвычайно малоинформативными, но, тем не менее, на их основе в системе охраны здоровья принимаются решения, которые в отдельных случаях могут быть отсроченными, вследствие чего последние не всегда оказываются достаточно эффективными [368]. Сбор социально-экономической информации осуществляется разными подразделениями органов государственной статистики и управления, при этом автономность различных отраслей обуславливает такие объективные явления, как несопоставимость статистических показателей, являющихся отражением разнообразных сторон жизни общества, и обособленность организаций, занимающихся сбором статистических данных. Социальную направленность проводимых в России структурных преобразований здравоохранения, кроме всего прочего, отражает разработка эффективной системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, единых социальных стандартов в деле охраны здоровья, а также интеграция их с результатами выполнения государственных стратегических программ развития отрасли [368].

Большая часть этих вопросов может быть решена при использовании Единой медицинской информационной аналитической системы Московской области

(ЕМИАС), в которой аккумулируются медицинская статистика, включая данные о состоянии здоровья населения, уровне медицинского обслуживания, использовании ресурсов здравоохранения [368].

В последние годы, в связи с принятием государственной стратегической среднесрочной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» заметно повысился интерес к разработке комплексных индикаторов, количественно характеризующих популяционное здоровье территории, социально-экономическую эффективность здравоохранения, качество медицинской помощи. Основные показатели (смертность, заболеваемость взрослых и детей, нарушения репродуктивной функции женщин и другие), как и более частные, используются для расчета «индекса здоровья», на основании которого, в том числе, проводится ранжирование административных образований субъекта РФ [368]. Оценка статистической информации и «индексов здоровья» в течение нескольких лет позволяет разрабатывать прогнозы состояния популяционного здоровья для каждого административного образования на ближайшие годы.

Информация, необходимая для проведения такого анализа, в большинстве случаев содержится в системе государственной медицинской статистики – в частности, такие параметры, характеризующие здоровье населения, как уровень медицинского обслуживания и уровень санитарно-гигиенического состояния объектов окружающей среды (атмосферный воздух, питьевая вода, продукты питания, почва) [368].

Однако многие социальные и медико-социологические показатели могут быть получены только в ходе медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения, поскольку отчеты, описывающие в соответствии с нормативными требованиями различные аспекты деятельности системы охраны здоровья граждан, как правило, не содержат информации, полученной непосредственно от пациентов (потребителей медицинских услуг) и не отражают уровень их удовлетворенности медицинской помощью и сопутствующими аспектами предоставления медицинских услуг

(комфорт медицинской организации и сервис для потребителя, условия ожидания медицинской помощи, особенности социального взаимодействия в связке «врач-пациент» и др.), хотя пациентоцентричность определена главным вектором стратегического развития отрасли [368]. Кроме того, в указанных материалах не учитываются мнения медицинского персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи населению, а также лиц, принимающих решения на уровне медицинских организаций, расположенных на территории административных образований субъекта РФ, и в целом на региональном уровне. В то же время, миссия и цели Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на период 2019-2024 гг.» [403] реализуются именно на этих уровнях.

Анализ результатов медико-социологического мониторинга различных групп населения, врачей и менеджеров всех уровней территориальной системы здравоохранения в настоящее время признается высокоинформативным источником, способствующим объективизации данных для проведения организационно-управленческих мероприятий. Однако проведение разовых медико-социологических исследований по отдельным вопросам социальной направленности с применением методов социологии медицины для управления позволяет оценить существующие социальные факты и проблемы, но не определить их устойчивость, что не позволяет в полной мере использовать такие данные при принятии стратегических управленческих решений. Эффективное решение менеджментом выявленных проблем настоятельно требует создания и внедрения технологии регулярных, многоуровневых медико-социологических мониторинговых обследований в рамках систем здравоохранения разного уровня, нацеленных на долговременное изучение факторов и их взаимосвязей, что в современных условиях выступает необходимой составляющей эффективного управления и реализации намеченных стратегических планов [368].

Таким образом, одним из эффективных дополнительных инструментов стратегического управления в решении данных задач становится медико-социологический мониторинг (МСМ) стратегического развития регионального

здравоохранения – система наблюдения, анализа, оценки и прогноза динамики уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью в ходе реализации государственных стратегических региональных программ развития отрасли; механизм определения причинно-следственных связей между мнениями потребителей медицинских услуг, врачей-профессионалов, экспертов (муниципального и областного уровней), а также менеджеров и других правосубъектов системы здравоохранения [368].

МСМ может обеспечить изучение как статистических, так и социологических (качественных и количественных) показателей, динамики и прогноза их изменений, общественного мнения об изменении тенденций в деятельности медицинских организаций по предоставлению медицинской помощи в ходе реализации государственных стратегических программ развития отрасли. Технология МСМ заключается в создании системы сбора, хранения и анализа данных о состоянии здоровья населения, заболеваемости, функционировании медицинских организаций, уровне удовлетворенности медицинской помощью и комфортом медицинского обслуживания, а также аккумулировании данных о динамик мнений потребителей медицинских услуг, экспертов различных уровней социально-экономической иерархии, менеджеров и других правосубъектов системы здравоохранения [368]. Структура, объем и периодичность представления данных в рамках МСМ определяются стратегическими целями и задачами Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» [403]. При этом МСМ обеспечивает оценку деятельности всех правосубъектов с позиций социальной эффективности их функционирования [368].

Критериями повышения эффективности являются проведение на постоянной основе целевых действий в системе охраны здоровья Московской области, основанных на оценке состояния всех её уровней, полученной методами МСМ [368]. Таким образом, медико-социологический мониторинг, используемый для динамичного наблюдения за деятельностью правосубъектов, а также происходящими в этой системе социальными изменениями путем периодической регистрации показателей – это технология по обеспечению менеджмента

актуальными данными о социальном статусе участников и социальных процессах в системе здравоохранения, происходящих в ходе реализации государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» [403].

Необходимо подчеркнуть, что технология МСМ позволяет выявлять основные управленческие проблемные ситуации следующих типов: «узкие» места и диспропорции в развитии регионального здравоохранения; дивергенция целей и интересов правосубъектов, которые могут возникнуть в ходе реализации государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» [403]; недостаточно функциональная коммуникация правосубъектов в процессе решения стратегических задач и влияющая на формирование общественного мнения.

Технология МСМ стратегического развития регионального здравоохранения также обеспечивает: выявление в деятельности правосубъектов факторов, оказывающих отрицательное воздействие на реализацию региональной отраслевой стратегической программы Московской области; прогнозирование динамики социального статуса субъектов системы здравоохранения; определение неотложных и долгосрочных мероприятий по предупреждению и устранению неэффективных механизмов внедрения в практическую деятельность стратегических планов; подготовку текущих решений по реализации мер, направленных на совершенствование организации предоставления медицинской помощи населению, в том числе повышение уровня удовлетворенности ею потребителями медицинских услуг; информирование органов исполнительной власти региона, органов муниципального управления, организаций независимо от их организационно-правовой формы, а также граждан (по запросу) о результатах, полученных в ходе МСМ [368].

Медико-социологический мониторинг не оказывает непосредственного влияния на процессы организации медицинской помощи населению, однако его результаты ориентированы на принятие оптимальных управленческих решений в отрасли, в связи с чем главная цель проведения МСМ состоит в обеспечении обратной связи, которая должна быть отражена в оценках социальной и экономической

эффективности реализации государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг» [403].

Прежде всего, технология МСМ стратегического развития регионального здравоохранения направлена на уменьшение несогласованности в работе всех правосубъектов по причинам неопределенности (неоднозначного понимания) реальной ситуации на всех уровнях системы; включение в существующий процесс управления системой регионального здравоохранения результатов количественных и качественных социологических исследований; разработку единой системы медико-социологических показателей; совершенствование самой технологии МСМ; сокращение временных затрат на получение лицами, принимающими решения, данных мониторинга с целью принятия обоснованных оперативных решений [368].

Кроме того, важно подчеркнуть, что нельзя рассматривать технологию МСМ в качестве простой информационной системы, по данным которой руководитель может контролировать сроки выполнения задач, а также осуществлять оценку эффективности управленческой деятельности, так как МСМ охватывает все виды деятельности, влияющие на социально-экономическую эффективность системы территориального здравоохранения, и позволяющие использовать количественные и качественные методы исследования как в целом, так и по ее отдельным уровням.

Основные возможности МСМ коррелируют с возможностями информационных технологий, применяемых в системе ЕМИАС Московской области. Эта система дает возможность накапливать результаты статистических наблюдений в базах данных и в дальнейшем выводить их в требуемом виде (получать новые показатели, математически обрабатывая исходные данные, проводить статистическую обработку информации, контролировать их динамику), что позволяет оптимизировать управление технологическими процессами при внедрении и использовании технологий МСМ стратегического развития регионального здравоохранения [368].

Обработка данных МСМ выполняется с учетом необходимости обеспечить возможность ранжирования показателей непосредственно через программный комплекс, выявлять тенденции, подготавливать прогнозы, предлагать на этой

основе рекомендации по разработке оптимальных управленческих решений для достижения целевых показателей стратегического планирования развития региональной системы здравоохранения, утвержденных в государственной программе Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» [403]. Заключение о результатах МСМ формулирует менеджер процесса (областной расчетно-экономический аналитический центр, созданный на базе МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского) [368].

Технология МСМ, как правило, позволяет осуществлять сбор информации по значительному числу показателей, однако постоянное наблюдение за большим числом функций системы и необходимость одновременно следить за состоянием множества параметров может привести к рассредоточению внимания менеджеров процесса и принятию некорректных решений. Поэтому в настоящем исследовании предлагается оптимальное число показателей (архетип системы здравоохранения, расположенного на территории административного образования), сформированных на основе экспертных опросов.

Для успешного внедрения технологии МСМ должны быть созданы определенные предпосылки: во-первых, проведено обучение специалистов с необходимыми компетенциями, направленное на разъяснение возможностей технологии МСМ и отработкой навыков работы с ней, включая постановку целей и задач МСМ в соответствии со стратегическими целями и задачами, утверждёнными в государственной программе Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» [403]; во-вторых, наличие разработанного медико-социологического инструментария, в котором должны быть предусмотрены приоритеты МСМ, позволяющие осуществить прогнозирование оптимальной реализации Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» [403], а также получать необходимые оперативные данные для принятия управленческих решений. Также должна быть создана эффективная система электронной обработки данных, базирующаяся на использовании аналитических, эвристических и имитационных моделей, позволяющая проводить обмен данными в дистанционном режиме [368].

В настоящее время классические медико-социологические методы исследования, адаптированы к цифровому формату проведения исследования, что позволяет выявить нетривиальные факты и зависимости, касающиеся деятельности системы здравоохранения, оценить уровень социально-экономического развития отрасли, получить разного рода прогнозные оценки и, в конечном итоге, разработать систему эффективных управленческих действий, необходимых для достижения целевых показателей государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» [403].

Концептуально модель организации медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения ориентирована на представление данных по следующим уровням:

1 уровень – пациенты (потребители медицинских услуг);

2 уровень – медицинские организации, расположенные на территории административных образований, где предоставляется медицинская помощь преобладающему числу жителей субъекта РФ (показатели, характеризующие внешние факторы, влияющие на состояние и эффективность деятельности МО – имиджевые характеристики и оценка потребителями МУ, а также социологические показатели, характеризующие удовлетворенность пациентов МП и медработников работой МО);

3 уровень – экспертная оценка (менеджмент медицинских организаций, расположенных на территории административных образований, сравнение их архетипов, в целом, по региону);

4 уровень – специализированные областные службы (деятельность в условиях стратегического развития регионального здравоохранения (наличие стратегических программ развития службы), удовлетворенность медицинской помощью и оценка пациентами (наблюдение и опросы), экспертная оценка врачами-профессионалами (фокус-группы);

5 уровень – экспертная оценка на территориальном уровне (менеджмент областных МО и институт главных внештатных специалистов МЗ МО, расчет интегрированного индекса стратегического развития регионального здравоохранения и оценка его динамики) [368].

Информация, получаемая в процессе МСМ, предназначена, прежде всего, для корректировки шагов по внедрению в практическую деятельность государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» [403], оперативной оценки достигнутых показателей и оптимизации мер, направленных на обеспечение качества медицинской помощи населению, по принципу обратной связи на всех уровнях мониторинга.

Разработка технологии МСМ, прежде всего, основана на решении следующих методических, организационных и научных задач:

1. Построение моделей взаимодействия между основными субъектами (уровнями) МСМ и пользователями медико-социологической информации;

2. Обоснование необходимого и достаточного перечня медико-социологических показателей, подлежащих систематическому замеру (наблюдению) и позволяющих с достаточной степенью достоверности оценить динамику эффективности деятельности всех правосубъектов системы охраны здоровья;

3. Разработка программы медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения (наблюдений);

4. Разработка инструментария МСМ, адекватного поставленным задачам [368].

В зависимости от полноты охвата факторных и результативных признаков можно выделить четыре типа медико-социологических исследований и, соответственно, ключевых звеньев МСМ:

- Тип 1. Изучение влияния одного фактора на один результативный признак (например, влияние дневных стационаров на снижение затрат на госпитальную МП);

- Тип 2. Изучение влияния комплекса факторов на один результативный признак (например, влияние социально-экономических факторов на заболеваемость населения);

- Тип 3. Изучение влияния одного фактора на комплекс результативных признаков (например, влияние эпидемии на доступность и качество плановой МП);

- Тип 4. Изучение влияния комплекса факторов на комплекс результативных показателей (например, влияние стратегического развития регионального здравоохранения на уровень удовлетворенности МП).

При этом необходимо подчеркнуть, что независимо от типа медико-социологических исследований целесообразно проводить их в определенной последовательности в предлагаемой технологии МСМ.

Таблица 35 – Виды показателей, используемых в процессе МСМ стратегического развития регионального здравоохранения [368]

Вид показателей	Примечание
Формат социологического инструментария (анкеты, наблюдения, формализованные интервью)	Определяются задачами МСМ
Организационно-экономические показатели МО	По данным ЕМИАС
Показатели, характеризующие результаты осуществления медицинской организацией основных функций	По данным ЕМИАС
Социологические показатели, характеризующие уровень удовлетворенности пациентов и медработников работой МО	- Показатели, характеризующие различные аспекты медицинского обеспечения пациентов (опросы и фокус-группы) и удовлетворенность медицинских работников отдельными сторонами работы (фокус-группы) - Экспертная оценка эффективности работы круглосуточных стационаров (мнение специалистов и пациентов (по типу обратной связи)) - Экспертная оценка эффективности работы догоспитального этапа (мнение специалистов и пациентов (по типу обратной связи))
Показатели, характеризующие внешние факторы, влияющие на состояние и эффективность деятельности МО	Имиджевые характеристики МО и оценка потребителями МУ удовлетворенности МП (комфортность, привлекательность, доступность, качество, безопасность)
Показатели, характеризующие состояние здравоохранения на уровне административного образования МО	По данным экспертных оценок формируется архетип и осуществляется сравнение, в целом, по субъекту РФ
Показатели, характеризующие деятельность специализированной областной службы	Наличие стратегической программы развития службы Удовлетворенность МП и оценка пациентами (наблюдение и опросы), экспертная оценка врачами (фокус-группы)
Показатели, характеризующие динамику стратегического развития регионального здравоохранения	Экспертная оценка на территориальном уровне (менеджмент областных МО и институт главных внештатных специалистов) Расчет интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения

Таким образом, организацию МСМ можно представить состоящей из трех блоков: анализ изменений, произошедших за предыдущий период, и разработка исследовательской программы и инструментария; сбор, систематизация и обработка данных; анализ полученных данных и презентация результатов мониторингового исследования заказчику (потребителю).

Аналитический обзор научных источников и результатов медико-социологических опросов экспертов различного уровня, собственные эмпирические данные формируют научное обоснование для включения в организацию МСМ стратегического развития регионального здравоохранения следующих уровней и ключевых звеньев:

1. Социально-экономическая характеристика пациента (потребителя медицинских услуг) и его мнение о состоянии и проблемах территориального здравоохранения (1 уровень);

2. Социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, и в которой предоставляется значительная часть всей медицинской помощи на территории субъекта РФ (2 уровень);

3. Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области (2 уровень);

4. Экспертная оценка о проблемах и перспективах развития здравоохранения на территории административного образования Московской области (3 уровень);

5. Медико-социологическая оценка мнений пациентов о состоянии специализированной медицинской службы (по мнению экспертов – в настоящее время онкология – одно из актуальных направлений, требующее принятия ускоренных мер по его совершенствованию) и предложений по ее оптимизации (4 уровень);

6. Экспертная качественная оценка (фокус-группы с врачами) состояния специализированной медицинской службы и предложения по ее совершенствованию (4 уровень);

7. Изучение мнений экспертов областного уровня о проблемах и дальнейшем развитии системы здравоохранения Московской области (5 уровень) [368].

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

1. Одним из ключевых концептуальных положений в технологии МСМ является принцип отказа от прорывных преобразований базы медицинской статистики и финансово-экономических показателей, но с обязательным ее дополнением медико-социологическими данными, касающимися мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения.

2. Отличительной особенностью и принципиальной новизной является наличие в МСМ стратегического развития регионального здравоохранения обязательного раздела по изучению влияния комплекса факторов на результативные показатели, изложенные в государственной среднесрочной стратегической программе Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 гг.» [403].

3. Помимо традиционной медико-санитарной и демографической статистики, финансово-экономических показателей, необходимой представляется информация, получаемая в рамках медико-социологических исследований по выявлению существующих или потенциальных причин несоответствия потребностей и ожиданий правосубъектов системы охраны здоровья фактическим условиям получения медицинских услуг, а также определение природы корректирующих действий с целью устранения причин обнаруженного несоответствия и разработку упреждающих организационных мероприятий.

4. Основными пользователями данных МСМ стратегического развития регионального здравоохранения являются: Правительство субъекта РФ (Минздрав), медицинские организации, ТФОМС и СМО, а также другие правосубъекты системы охраны здоровья граждан (по запросу), что позволяет обеспечить доступ к необходимой информации и может быть использовано для повышения уровня объективности принимаемых решений в интересах достижения целевых установок стратегической Программы, а также собирать и анализировать

информацию об уровне удовлетворенности населения предоставляемой в соответствии с государственными гарантиями бесплатной медицинской помощи и определить возможные направления дальнейшего совершенствования отрасли.

5. Органы управления здравоохранением имеют возможность регулярно анализировать и оценивать результаты деятельности МО по результатам МСМ, корректируя на этой основе дальнейшие планы развития отрасли. При этом формируется широкий арсенал мер по использованию полученных в ходе МСМ данных:

- ознакомление широкой аудитории (население, врачи, СМИ и другие заинтересованные лица) с достигнутыми результатами и планами дальнейшего стратегического развития отрасли;
- подготовка приказов, методических указаний, инструкций и других документов (на уровне МО, административного образования, города, области);
- реорганизация технологических процессов деятельности медицинской организации на всех уровнях предоставления медицинской помощи населению;
- обобщение и распространение передового опыта (опубликование в печати, монографии, совещания, конференции);
- подготовка комплекса мер, необходимых для повышения уровня удовлетворенности населения медицинской помощью;
- осуществление ситуационного анализа и подготовки решения различных медико-социальных проблем путем оценки их потенциальной значимости, прогнозирования последствий управленческих решений, направленных на коррекцию реализации стратегических программ в связи с изменяющимися обстоятельствами в социуме.

6. Ценную информацию об успешности реализации намеченных стратегических планов может дать не только опрос руководителей МО, но и учет мнений пациентов как потребителей медицинских услуг, врачей-специалистов, экспертов, работающих в системе здравоохранения, расположенной на территории административного образования, экспертов, работающих на областном уровне (главные внештатные специалисты, руководители областных МО).

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на имеющиеся исторические предпосылки формирования научного подхода к стратегическому планированию социально-экономического развития страны (в том числе «пятилетки» советского периода), фактическое развитие система стратегического планирования в России получила в постперестроечном периоде, на этапе масштабных социально-экономических преобразований, с активным участием органов власти всех уровней, его широкого распространении на отрасли народного хозяйства (в частности, систему здравоохранения), с принятием Федерального закона Российской Федерации от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации», с использованием технологий цифровизации и алгоритмов искусственного интеллекта в определении направлений стратегического развития, а также аналитического осмысления данных его мониторинга.

2. В настоящее время в каждом субъекте РФ имеются детально разработанные программы стратегического развития здравоохранения, но эффективность их реализации остается по разным причинам не на оптимальном уровне, что требует разработки и апробации технологии многоуровневого медико-социологического мониторинга (МСМ) в качестве дополнительного инструмента стратегического управления и переориентации стратегического планирования в большей степени на удовлетворение потребностей и ожиданий пациентов при получении медицинской помощи оптимального качества. В связи с этим, для получения оперативной информации по вопросам стратегического управления необходимо обеспечить открытость деятельности органов государственной власти в сфере охраны здоровья путем создания экспертных и консультативных советов по основным направлениям развития.

3. Обобщенный анализ тематики медико-социологических исследований, осуществляемых российскими учеными на всех уровнях социально-экономической иерархии, свидетельствует о том, что основной исследовательский фокус направлен на обсуждение показателей, определяющих современное состояние и

стратегии совершенствования системы здравоохранения регионов и деятельности медицинских организаций. В ответ на расширяющийся спектр медико-социологических исследований формируется и развивается новый исследовательский инструментарий, наблюдаются конвергентные процессы между различными отраслями научного знания, все шире используются технологии цифровизации и алгоритмы искусственного интеллекта, а научно обоснованные медико-социологические методы исследования все шире внедряются в практику здравоохранения, но при этом лишь в единичных работах используется качественная методология, хотя уже многими учеными признается, что совместное использование широкого арсенала количественных и качественных методик способствует оптимальному изучению социальных проблем системы здравоохранения в целом, что является базовым принципом медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения.

4. На основе проведенного анализа теоретико-методологической базы предложено авторское определение стратегического планирования – это процесс долгосрочного целеполагания, определяющий контуры и содержание организационной, кадровой и производственной деятельности на основе имеющихся ресурсов и с учетом тенденций изменений внутренней и внешней среды, а также результатов регулярного мониторинга.

5. В Московской области сформирована и действует эффективная система организации и финансирования медицинской помощи, осуществляемая с использованием программно-целевого метода в рамках Государственных стратегических программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья», который гарантирует оптимальное использование значительных средств из многих источников, в том числе бюджета Московской области и средств ОМС. Выполнение государственного задания на бесплатное оказание медицинской помощи населению Московской области осуществляется в полном объеме и только в соответствии с нормативами, утвержденными в Московской областной Программе государственных гарантий бесплатного предоставления населению медицинской помощи. При этом Московская область в силу имеющихся

особенностей как субъекта (территориальная близость столичного региона, цифровой и инновационно-ориентированный характер развития региона, плотность населения, загруженность транспортной инфраструктуры, специфика социально-экономических и трудовых процессов в области, маятниковый трафик ежедневного перемещения трудозанятого населения, динамика эпидемиологической обстановки и наличие разветвленной сети лечебных учреждений и др.) отличается спецификой планирования стратегического развития как региона в целом, так и ключевых социальных систем – прежде всего, системы регионального здравоохранения.

6. Одной из наиболее значимых задач системы здравоохранения региона является обеспечение оптимального качества медицинской помощи населению, что, прежде всего, требует решения вопросов кадровой обеспеченности медицинских организаций области. Для выполнения указанной задачи в Московской области реализуется ряд мероприятий, направленных на ликвидацию кадрового дефицита в медицинских организациях и обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами, профессиональная деятельность которых будет соответствовать ожиданиям пациентов. Согласно результатам опроса пациентов региона, «идеальный врач» – это женщина (51,8%) среднего возраста (медиана – 43 года), отличающаяся высоким уровнем профессиональных компетенций (48,6%), но не имеющая ученой степени (78,3%), проявляющая эмпатию (35,2%) и внимание к пациенту (26,7%). Вероисповедание идеального врача для 86,3% опрошенных не имеет значения.

7. Анализ мнений пациентов региона о состоянии и проблемах территориального здравоохранения в условиях реализации государственных стратегических планов показал, что пациенты как потребители медицинских услуг оценили функционирование системы здравоохранения Московского региона достаточно высоко (описали его состояние как «хорошее» и «удовлетворительное» совокупно $63,3 \pm 2,6\%$ респондентов), 42,6% опрошенных пациентов считают удовлетворительным качество оказанной им медицинской помощи, а каждый третий уверен, что услуги медицинской организации заслуживают хорошей (27,7%) и отличной оценки (5,9%). При этом большинство участников

исследования ($59,2 \pm 2,1\%$) считают, что медицинская помощь должна оказываться населению на бесплатной основе, и в ситуации предоставления медицинской помощи за счет средств ОМС пациенты ожидают получить качество услуги, аналогичное платной.

8. Сохраняется и высокий уровень приверженности пациентов патерналистской системе здравоохранения (наиболее выражен в старшей возрастной группе и когорте пациентов с низким уровнем дохода), что, с одной стороны, способствует формированию большего доверия к системе здравоохранения, а с другой – определяет стремление пациентов переложить ответственность за свое здоровье на врача и систему здравоохранения в целом. Большинство пациентов никогда не использовали право на выбор медицинской организации ($42,9 \pm 3,3\%$), либо были неинформированными ($23,1 \pm 3,8\%$) о своих правах в этой сфере. При этом пациенты в большей части случаев ($55,4 \pm 3,2\%$) также не пользуются своим правом выбора врача, полагаясь на устоявшуюся практику «участковой» организации и системы направлений к узким специалистам согласно распределению «по месту жительства». Тем не менее, каждый четвертый житель Московской области изучает отзывы о врачах в интернете, или расспрашивает знакомых об их опыте обращения к врачу.

9. Отношение пациентов к медицинскому персоналу медицинских организаций – преимущественно, положительное, и основано на доверии, высоких оценках профессиональной компетентности врачей и заинтересованности врачей в результатах лечения. При этом результаты анкетного опроса пациентов отражают высокий уровень социальной отзывчивости коллектива медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, работающего в условиях реализации государственной стратегической среднесрочной Программы «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.»: большинство респондентов удовлетворены как амбулаторной (диапазон средних оценок по 5-балльной системе 4,4-4,6 балла), так и стационарной помощью (4,3-4,8 балла), а среди наиболее значимых изменений последних лет в организации работы медицинской организации отметили совершенствование методов диагностики заболеваний ($78,5 \pm 2,2\%$), внедрение в практику более современных лекарственных

препаратов с комфортными схемами их приема ($65,9 \pm 2,5$), улучшение взаимоотношений между врачом (медицинским персоналом) и пациентом ($69,6 \pm 2,4$), а $62,3 \pm 2,6\%$ отметили, что у них повысился уровень удовлетворенности результатами лечения. Основные замечания со стороны пациентов связаны с проблемами в организации приема (отсутствие талонов, длительные сроки ожидания приема), нехваткой необходимого оборудования для диагностики и лечения и недостаточным вниманием со стороны медицинского персонала. В этой ситуации альтернативой для части пациентов представляется обращение в частные медицинские организации, факторами выбора которых выступают наличие внимания со стороны персонала и доступность медицинской помощи.

10. По результатам медико-социологического исследования (анкетного опроса пациентов) получены данные о ключевых социально-экономических характеристиках типичного потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области. Социально-конструируемый портрет пациента (потребителя медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области включает следующие характеристики: это женщина ($61,2 \pm 2,1\%$) среднего возраста ($59,5 \pm 2,1\%$ находились в возрастной группе от 41 до 70 лет, средний и медианный возраст составил 50 лет) с высшим образованием ($52,9 \pm 3,0\%$), состоящая в устойчивых семейных отношениях (замужем ($50,1 \pm 2,2\%$) или совместно проживает с партнером ($4,9 \pm 0,9\%$), у которой было двое совершеннолетних детей (у $71,2 \pm 2,0\%$ респондентов есть дети, при этом у $57,7 \pm 2,7\%$ – двое и более детей, в $41,0 \pm 2,8\%$ случаях – старше 18 лет), постоянно проживающая в областном городе ($68,7 \pm 2,4\%$) более 10 лет. Работает ($68,8 \pm 3,7\%$) в бюджетной сфере ($29,9\%$) или коммерческой компании ($19,2\%$) более 15 лет ($71,4 \pm 2,0\%$), получает заработную плату в диапазоне 20-40 тысяч рублей в месяц ($49,1 \pm 3,1\%$), при этом за последний год ее материальное положение не изменилось ($40,3 \pm 3,4\%$) или ухудшилось ($38,0 \pm 3,4\%$). Не курит, редко употребляет алкогольные напитки ($70,9 \pm 2,0\%$), при этом периодически соблюдает принципы ЗОЖ ($55,7 \pm 2,9\%$), хотя не мотивирована на прохождение профилактического диспансерного обследования. Оценивает состояние своего здоровья как «удовлетворительное» ($56,5 \pm 3,2\%$), а имеющиеся хронические заболевания

(66,7±2,0) связывает с отсутствием регулярного отдыха (28,8±3,7%), возрастными изменениями (28,1±3,7%), рабочей нагрузкой (27,7±3,7%) и недостаточно внимательного отношения к своему здоровью (26,4±3,7%). В целях поддержания собственного здоровья совершает прогулки на свежем воздухе (53,9±2,9%), старается правильно питаться (36,9±3,4%), самостоятельно занимается физкультурой, гимнастикой, бегаёт или катаётся на велосипеде (31,8±3,6%), принимает витамины / БАД (27,3±3,7%), регулярно посещает врачей с профилактической целью (26,0±3,7%). Имеет «своего» врача 47,9±3,0%, всегда выполняет его предписания (49,5±2,2%) и оценивает взаимоотношения с ним как доверительные (34,7±3,5% испытывают полное взаимопонимание и 41,7±3,0% частично доверяют врачу), никогда не вступала в конфликт с медицинским персоналом (63,6±3,5%). Обращается в медицинские учреждения за амбулаторно-поликлинической помощью не реже одного раза в полугодие (58,2±2,0%), и качество медицинской помощи, в целом, оценивает как удовлетворительное (42,6±2,1%) и хорошее (33,6±1,9%). Привержена (73,3±2,2%) традиционному (медикаментозному) лечению, при этом при необходимости получает медицинскую информацию о заболеваниях, методах их лечения и лекарственных препаратах от медицинских специалистов (59,5±2,7%), либо посредством поисковых запросов в сети Интернет 40,7±3,3%, обращения к знакомым и родственникам (25,6±3,7%).

11. Организация медико-социологического мониторинга мнений потребителей медицинских услуг по оценке имиджа медицинской организации, расположенной на территории административного образования, может рассматриваться в настоящее время как одно из условий повышения эффективности её деятельности. При этом структура репутационных характеристик, формирующих имидж современной медицинской организации, расположенной на территории административного образования субъекта РФ, включает адресную доступность и качество персонифицированных медицинских услуг, компетентный и коммуникабельный персонал, а также внешний облик, наличие технологичного оборудования, соблюдение санитарно-гигиенических норм и сервисные услуги самой медицинской организации.

12. Для принятия управленческих решений при формировании стратегического плана развития регионального здравоохранения необходимо изучение характеристик архетипа здравоохранения административных образований субъекта РФ, который является систематизированной его моделью, представленной с помощью формализованных актуальных показателей, выявленных в ходе экспертной оценки, с возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического планирования развития отрасли, с учетом муниципальных особенностей.

13. Высокий уровень заинтересованности областных экспертов в стратегическом планировании и реализации мер по совершенствованию деятельности системы здравоохранения региона (через сбор данных о целевых показателях и формирование архетипа здравоохранения административного образования) позволил выявить наиболее значимые параметры (характеристики) здравоохранения административного образования Московской области и уровень их актуальности, которые необходимы для принятия управленческих решений при стратегическом планировании развития здравоохранения на среднесрочный период: обеспеченность врачами (4,3 балла); обеспеченность стационарными койками (4,3 балла); общая заболеваемость населения административного образования (4,2 балла); финансовое обеспечение здравоохранения административного образования в год (бюджет; ОМС; платные МУ) – (4,2 балла); уровень госпитализации в стационары, расположенные на территории административного образования (4,1 балла); удельный вес детского населения (4,1 балла); посещаемость амбулаторно-поликлинических медорганизаций (4,1 балла); удельный вес лиц старше трудоспособного возраста (4,1 балла); мощность амбулаторно-поликлинического звена (количество посещений в смену – 4,1 балла); уровень госпитализации в стационары за пределами административного образования (4,1 балла); плотность населения административного образования Подмосковья (коэффициент расселения) (4,0 балла); подушевое финансирование на 1 жителя административного образования (4,0 балла); экспертная оценка здравоохранения административного образования (4,0 балла); обращаемость

населения в областные МО (4,0 балла); койки в дневных стационарах (4,0 балла); удельный вес женщин фертильного возраста (4,0 балла).

14. При изучении мнения руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московского региона установлено, что в ходе реализации среднесрочных государственных стратегических Программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 гг.» и «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.», оптимальному развитию системы территориального здравоохранения способствовало внедрение организационных технологий по следующим направлениям: расширение высокотехнологичной медицинской помощи (3,6 балла); использование современных информационных технологий (3,6); борьба с сердечно-сосудистой патологией (3,5) и онкологическими заболеваниями (3,5); развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям (3,4). В наименьшей степени на развитие системы здравоохранения повлияло внедрение таких направлений как программа «бережливых» технологий (3,0) и развитие экспорта медицинских услуг (2,8).

15. Руководители медицинских организаций, принявшие участие в опросе, оценивают эффективность работы своей медицинской организации в целом выше среднего уровня (средний балл - 3,9). При этом, при детализации параметров оценки отмечено, что выше других оцениваются такие показатели, как трудовая и исполнительская дисциплина в коллективе (4,3 балла); морально-психологический климат (4,3 балла) и отношения между коллегами (4,2 балла); отношения врачей и среднего медицинского персонала к пациентам (4,2 балла), а также отношение персонала с администрацией медицинской организации (4,0 балла). При этом средние оценки выше 4 баллов отнесены к следующим особенностям профессионального пространства: режим работы (4,2 балла), квалификация персонала (4,1 балла), уровень трудовой нагрузки (средний балл 4,1 балла). Достаточно комфортно оцениваются респондентами показатели вневедомственного (4,0 балла) и внутриведомственного контроля (3,9 балла), а также и оснащённость рабочего места (4,0 балла), возможность профессионального

роста (3,9 балла), возможность должностного продвижения (3,8 балла). При этом более низкие средние баллы у таких показателей, как материально-техническая составляющая (3,4), обеспеченность современными медикаментами (3,5), оснащенность современным медицинским оборудованием (3,8) и уровень оплаты труда (3,4).

16. Принимая во внимание ключевое значение управленческой компетентности руководителей медицинских организаций для выполнения задач по развитию системы здравоохранения Московской области, определенных положениями государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов», был изучен социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административных образований Московской области – преимущественно, это женщина ($58,0 \pm 3,2\%$), в возрасте 40-49 лет ($35,6 \pm 3,2\%$) или 50-59 лет ($32,0 \pm 3,1\%$), работающая на руководящей должности более 5 лет (совокупно $69,7 \pm 3,0\%$), чаще всего в должности заместителя главного врача ($65,8 \pm 3,1\%$) стационарной медицинской организации ($52,4 \pm 3,3\%$), с общим стажем по специальности от 16 до 25 лет ($35,8 \pm 3,2\%$), имеющая высшую квалификационную категорию ($76,7 \pm 3,0\%$), но, как правило, не имеющая ученой степени. Удовлетворена своей работой ($89,1 \pm 2,1\%$), которая дает возможность реализовать свои профессиональные навыки ($57,1 \pm 3,3\%$), обеспечить необходимый уровень дохода семьи ($53,2 \pm 3,3\%$), усовершенствовать свои профессиональные навыки ($46,8 \pm 3,3\%$) и считает (совокупно $49,3 \pm 3,3\%$), что заработная плата полностью или скорее соответствует уровню ее квалификации, опыту работы и трудовым затратам. Нуждается в повышении уровня своей правовой компетентности ($79,1 \pm 2,7\%$), а также в получении дополнительных знаний в области цифровых технологий ($66,8 \pm 3,1\%$), организации здравоохранения ($65,2 \pm 3,1\%$), экономики ($60,7 \pm 3,2\%$), менеджмента ($60,3 \pm 3,2\%$), социального маркетинга ($53,4 \pm 3,3\%$), психологии ($51,7 \pm 3,3\%$), социологии ($37,5 \pm 3,1\%$). Не реже, чем 2-3 раза в месяц читают научные статьи по специальности (совокупно $76,8 \pm 2,8\%$), ежеквартально посещает научные медицинские мероприятия (совокупно $64,5 \pm 3,1\%$). Состоит в зарегистрированном браке ($72,4 \pm 2,9\%$) и

воспитывает одного или двух детей ($87,8 \pm 2,2\%$). Не имеет вредных привычек ($76,4 \pm 2,8\%$), свое здоровье оценивает как «удовлетворительное» ($58,1 \pm 3,2\%$), соблюдает распорядок питания ($46,8 \pm 3,3\%$), регулярно занимается физической культурой ($39,4 \pm 3,2\%$), соблюдает распорядок дня ($34,2 \pm 3,1\%$). Постоянно проживает в собственной квартире ($75,3 \pm 2,8\%$), своим материальным положением удовлетворена ($72,3 \pm 2,9\%$), считает, что «живет нормально, хотя иногда приходится экономить» ($59,4 \pm 3,9\%$), при этом фактический уровень среднемесячного дохода на одного человека в семье составляет более 60 тысяч рублей в месяц ($46,1 \pm 3,3\%$) и за последний год финансовое положение семьи не изменилась ($59,1 \pm 3,2\%$).

17. При этом три четверти руководителей медицинских организаций достаточно благоприятно оценили деятельность системы здравоохранения на территории административных образований Московской области в части качества оказания медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям (средний балл - 3,8); качество оказания специализированной медицинской помощи населению (средний балл - 3,5); доступность оказания специализированной помощи населению (средний балл - 3,3), а также качество медицинской реабилитации (средний балл - 3,3), что объяснимо связано с дополнительным финансированием этих направлений в рамках реализации среднесрочных государственных стратегических программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 гг.» и «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.».

18. Руководители медицинских организаций, расположенных на территории административных образований, оценивая текущее состояние системы здравоохранения Московской области как, в целом, удовлетворительное (3,1 балла), указывают на наличие ряда устойчивых проблем, требующих тактических и стратегических решений. Прежде всего, это ограниченные возможности привлечения внебюджетных источников финансирования (2,9 балла) и проблемы финансового обеспечения (3,1 балла), состояние основных фондов (состояние зданий, изношенность медицинского оборудования) (3,1 балла), обеспеченность медицинскими кадрами (3,1 балла), качество оказания некоторых медицинских

услуг (диапазон средних значений от 2,9 до 3,8 баллов). Учитывая, что указанные направления составляют фундаментальную основу организации предоставления медицинской помощи надлежащего качества, требуется привлечение к ним внимания при разработке очередной среднесрочной стратегической Программы развития здравоохранения Подмоскovie на 2025-2030 гг. с учетом особенностей муниципального уровня.

19. Мнения областных экспертов отражают высокую значимость реализуемых (и планируемых) мероприятий и наглядно характеризуют остроту стоящих проблем в области здравоохранения, а также необходимость среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московского региона. Первоочередными мероприятиями дальнейшего развития отрасли, которые необходимо учитывать в среднесрочном стратегическом плане развития здравоохранения Подмоскovie на 2025-2030 гг., по мнению экспертов являются: подготовка и обеспечение врачами (4,5 балла); подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом (4,4 балла); совершенствование системы оплаты медицинских услуг, обеспечение полноты и своевременности финансового обеспечения (4,4 балла); укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения с целью выполнения утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи (4,4 балла); создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской области (4,3 балла); развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи (4,3 балла); дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий (4,3 балла); обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год (4,3 балла); развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей (4,3 балла); модернизация медицинского оборудования в соответствии с потребностями

населения в медицинских услугах (4,2 балла); обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик (4,1 балла); развитие первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских поликлиник и детских поликлинических отделений; завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения (4,1 балла). При этом руководители медицинских организаций, расположенных на территории административных образований, указывают, что дальнейшее развитие мощностей стационарной медицинской помощи не требует особых мер поддержки и не является приоритетом в стратегическом среднесрочном планировании на ближайшие годы, вследствие дальнейшей интенсификации использования больничных коек и внедрения стационарозамещающих технологий.

20. Региональная сеть медицинских организаций в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 была максимально переориентирована на оказание медицинской помощи пациентам. Сравнительные данные свидетельствуют о том, что пандемия новой коронавирусной инфекции, как фактор, влияющий на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации (с профилактической и иными целями) оказал значительное влияние на заболеваемость взрослого населения и особенно в группе населения старше трудоспособного возраста, которая находилась на самоизоляции и карантине по месту жительства, показал дополнительную финансовую нагрузку на бюджет медицинской организации (в части предоставления стационарной медпомощи), расположенной на территории административного образования Московской области. При этом пандемия COVID-19 как фактор, влияющий на состояние здоровья детского населения и его обращение в медицинские организации (с профилактической и иными целями) не оказал существенного влияния на его изменение.

21. Структура онкологической помощи в Московской области представляет собой трёхуровневую систему с переносом значительного массива компетенций и процедур в приближенные к пациенту медицинские организации,

при этом в регионе внедрены все виды лечения онкологических заболеваний, а коечный фонд стационарного звена государственных медицинских организаций усилен медицинскими организациями частной системы здравоохранения, работающими по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом деятельность онкологической службы Московской области, развивающейся в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.», пациентами с онкологическими заболеваниями воспринимается, в целом, как эффективная, а изменения, произошедшие в ней за последние пять лет, по мнению большинства респондентов ($51,2 \pm 2,6\%$), носят положительный характер и оценивается ими на 4,4 балла (по 5-бальной шкале). В числе наиболее заметных положительных изменений в онкологической службе региона за последние пять лет пациенты отметили активное развитие подходов по раннему выявлению и диагностике онкологических заболеваний ($59,0 \pm 3,5\%$), внедрение в онкологическую практику более комфортных схем приема назначаемых препаратов ($48,4 \pm 4,1\%$), больший объем информации о стратегии и тактике лечения, реабилитации и профилактики онкологических заболеваний, предоставляемой врачами ($63,1 \pm 3,5\%$), более внимательное отношение врачей к пациентам ($62,7 \pm 3,5\%$).

22. Анкетный опрос пациентов показал, что при возникновении необходимости диагностики и лечения онкологического заболевания пациенты, скорее, ориентированы на получение гарантированного государством бесплатного оказания медицинской помощи (по программе ОМС и преимущественно в государственных медицинских организациях). Большинство респондентов ($93,1 \pm 1,4\%$) доверяют своим лечащим врачам-онкологам и их квалификации, что во многом способствует тому, что большинство пациентов ($82,5 \pm 2,2\%$) неукоснительно выполняют медицинские назначения. Анализ предложений респондентов по совершенствованию онкологической помощи в Московской области, в рамках составления дальнейших планов стратегического развития этой службы, отражает сфокусированность внимания пациентов, прежде всего, на оптимизации организации лечебно-диагностического процесса: сокращении

сроков диагностики и ожидания приема врача, улучшении маршрутизации и выработки единых алгоритмов ведения пациентов в разных медицинских организациях региона, своевременном эффективном лекарственном обеспечении, необходимости решения проблемы дефицита кадров онкологической службы и укрепления материально-технической базы онкологических клиник.

23. Полученные в ходе исследования данные позволили сконструировать социальный портрет типичного пациента Московского региона, имеющего онкологическое заболевание: это чаще всего замужняя ($58,3 \pm 3,4\%$) женщина ($54,7 \pm 3,5\%$) пенсионного возраста (старше 60 лет $53,9 \pm 3,6\%$) с высшим образованием ($48,8 \pm 3,9\%$), имеющая двух детей ($52,4 \pm 4,2\%$). На момент лечения получает пенсию ($51,8 \pm 3,8\%$), её длительная трудовая деятельность (более 25 лет – $59,2 \pm 3,5\%$), в основном, была связана с промышленностью ($24,3 \pm 4,8\%$) или сферой услуг ($20,6 \pm 5,0\%$). Проживает в собственной квартире ($67,2 \pm 3,1\%$), своим материальным положением не всегда удовлетворена ($54,7 \pm 3,7\%$), поскольку ежемесячный доход на одного члена ее семьи составляет менее 20 000 рублей ($40,7 \pm 4,3\%$), и при в целом удовлетворительной жизни, отмечает, что вынуждена экономить ($51,0 \pm 3,7\%$), а её материальное положение за последний год практически не изменилось ($45,5 \pm 4,1\%$), либо изменилось в худшую сторону ($45,2 \pm 4,1\%$). Удовлетворена своим здоровьем ($64,2 \pm 3,1\%$), никогда не имела вредных привычек ($68,0 \pm 3,1\%$) и старается всегда следовать медицинским рекомендациям в отношении лечения и соблюдения здорового образа жизни ($65,3 \pm 3,2\%$). Оказанными медицинскими услугами полностью удовлетворена ($74,0 \pm 7,2\%$) и отмечает, что в процессе лечения медицинский персонал относится к ней уважительно: врачи – внимательно ($76,7 \pm 2,3\%$) и вежливо ($56,6 \pm 2,6\%$), средний медицинский персонал – внимательно ($63,7 \pm 2,5\%$) и вежливо ($62,3 \pm 2,5\%$).

24. Согласно результатам фокус-групп с врачами-онкологами, диспансеризация является стратегически важным мероприятием для обеспечения раннего выявления онкологического заболевания, выступает основой профилактики рецидивов в группе пациентов, перенесших онкологическое заболевание, что будет способствовать совершенствованию системы онкологической помощи в регионе. Тем не менее, достижение целевых

показателей, регламентированных региональной государственной программой «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» может замедлиться вследствие слабой онкологической настороженности и недостаточного уровня знаний у врачей первичного звена здравоохранения о ранней симптоматике онкопатологии, что в совокупности, с недостаточной информированностью населения по вопросам факторов риска возникновения онкологических заболеваний и наличии у части жителей региона некоторых сложностей с доступностью специализированной помощи, может привести к росту показателей несвоевременного обращения пациентов за онкологической помощью.

25. По мнению врачей-онкологов, одним из самых существенных последствий пандемии COVID-19 стало увеличение числа пациентов, несвоевременно обратившихся за медицинской помощью на поздней стадии развития онкологического заболевания вследствие длительной самоизоляции в условиях эпидемиологического риска. При этом онкологи отмечают, что вызовы пандемии обусловили необходимость интенсификации развития территориальной системы здравоохранения в целом, в том числе и онкологической службы, поиска эффективных методов лечения и актуализации знаний у медицинского персонала (прежде всего, по подходам к лечению коморбидных состояний, сочетанных с COVID-19), укрепления материально-технической базы медицинских организаций, а также повышения темпов цифровизации отрасли и широкого внедрения телемедицинских технологий.

26. Несмотря на существенные положительные изменения, связанные с реализацией среднесрочной стратегической региональной Программы по борьбе с онкопатологией, в ходе фокус-группового исследования врачами-онкологами было отмечено, что существуют устойчивые проблемы, требующие решения и учета при дальнейшем стратегическом планировании развития территориальной онкослужбы на очередной среднесрочный период 2025-2030 гг.: дефицит кадров в условиях роста количества обращений населения за онкологической помощью; необходимость систематического наращивания и постоянного обновления материально-технической и технологической базы диагностического и лечебного оборудования; недостаточная преемственность между стационарными и

амбулаторными уровнями в системе онкологической помощи; недостаток устойчивых алгоритмов маршрутизации пациентов на различных этапах лечебно-диагностического процесса; «лоскутная» цифровизация онкологической практики и необходимость расширения внедрения в регионе современных цифровых технологий, в том числе внедрение алгоритмов и технологий искусственного интеллекта; совершенствование системы информирования врачей-онкологов всех уровней предоставления медпомощи по вопросам стратегического планирования развития онкологической службы (целям, задачам, мероприятиям, целевым показателям, утвержденным в рамках действующей Программы, разработке и реализации эффективных программ профилактики онкологических заболеваний, охватывающих все население региона). Сформулированные проблемы, стратегические задачи развития онкологической службы и системные мероприятия по их реализации становятся основой для осуществления медико-социологического мониторинга стратегического развития онкологической службы, регламентированного в государственной региональной стратегической программе Московской области «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» и в очередном среднесрочном периоде на 2025-2030 гг.

27. Исходя из принципов регионализации социального пространства в современных социально-экономических условиях, презентующих неравномерность развития российских регионов и различия между центром и отдаленными территориями, особенно актуальным становится решение задачи мониторинга происходящих изменений в рамках реализации государственных стратегических планов развития отрасли. Вследствие этого нами предложен расчетный интегрированный индекс стратегического развития здравоохранения Московской области на среднесрочный период, для формирования которого необходимо использовать экономические и социальные индикаторы, характеризующие социально-экономическую эффективность деятельности региональной системы здравоохранения.

28. Выделенные в рамках исследования стратегические преобразования в дальнейшем развитии здравоохранения Московской области стали основой концептуальной модели организации медико-социологического мониторинга

результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (5 уровней МСМ), с учетом пациентоориентированности, начиная с исследования социально-экономической характеристики пациента (потребителя медицинских услуг) и его мнения о состоянии и проблемах территориального здравоохранения в условиях реализации государственных стратегических планов. При наличии убедительных правовых оснований и учитывая, что стратегическое развитие территориального здравоохранения невозможно без его периодического мониторинга, существует настоятельная потребность в разработке такого доступного и достаточно удобного инструмента эмпирического измерения. Апробированная технология медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения, осуществляемая на пяти уровнях, с последующим расчетом интегрированного индекса стратегического развития территориального здравоохранения является дополнительным инструментом стратегического управления для лиц, принимающих решения, позволяет достаточно чувствительным способом оценить сложившуюся динамику и выбрать векторы перспективного развития отрасли.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

По результатам проведенного диссертационного исследования были сформированы практические рекомендации и предложения, реализация которых, по нашему мнению, должна способствовать оптимизации решения комплекса актуальных задач по оптимизации стратегического управления региональным здравоохранением и обеспечения его дальнейшего развития в современных социально-экономических условиях. В связи с вышеизложенным полагаем целесообразным предложить следующие рекомендации:

1. Федеральным органам законодательной и исполнительной власти:

- провести пилотную апробацию технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития региональной системы здравоохранения в субъектах РФ различных федеральных округов;

- подготовить и рассмотреть принятие нормативно-отраслевого акта по вопросам упорядочения методологии медико-социологических исследований в системе охраны здоровья в РФ;

- при формировании очередного среднесрочного стратегического плана развития здравоохранения в стране использовать материалы медико-социологического мониторинга стратегического развития отрасли в пилотных регионах РФ;

- использовать предложенную методологию расчета интегрированного индекса стратегического развития регионального здравоохранения для контроля за динамикой показателей при подведении итогов реализации среднесрочных стратегических программ в сфере здравоохранения;

- мотивировать органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к использованию в своей практической деятельности количественных и качественных социологических методов исследования с целью получения оперативной информации («обратной связи») от всех правосубъектов системы здравоохранения в ходе реализации стратегических программ её развития.

2. Территориальным органам законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

- организовать проведение ежегодного медико-социологического мониторинга стратегического развития здравоохранения и расчета его интегрированного индекса с целью изучения динамики совершенствования отрасли;
- использовать для стратегического управления отраслью характеристики архетипа здравоохранения административного образования региона РФ, выявленные на основе экспертных оценок с учетом муниципальных особенностей;
- внедрить методологию медико-социологических исследований (анализ количественных и качественных данных) для изучения: социально-экономической характеристики потребителей услуг системы регионального здравоохранения, уровня их удовлетворенности медицинской помощью, оценки их мнений об имиджевых характеристиках медицинских организаций, а также образе «идеального» врача», соответствующего ожиданиям пациентов при обращении в государственную систему здравоохранения; социально-конструированного портрета лиц, принимающих решения – руководителей медицинских организаций; экспертной оценки деятельности областных специализированных медицинских служб по выполнению стратегических задач;
- использовать технологию медико-социологического мониторинга для оценки выполнения задач подпрограмм и основных мероприятий, способствующих оптимальному развитию системы территориального здравоохранения в период реализации текущих программ среднесрочного развития, а также для выявления первоочередных направлений по совершенствованию организации медицинской помощи, требующих включения в очередную среднесрочную стратегическую Программу развития регионального здравоохранения;
- ежегодно рассматривать результаты медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения на межведомственном координационном совете под руководством заместителя главы субъекта Российской Федерации по вопросам социальной политики с включением в него представителей всех правосубъектов системы охраны здоровья граждан;

- при планировании информационной работы с использованием средств массовой коммуникации предусмотреть широкое освещение (СМИ, телевидение, радио, интернет-каналы) участия государственных органов власти и всех правосубъектов системы охраны здоровья граждан в этапах реализации стратегических среднесрочных программ развития территориального здравоохранения;

- представляется целесообразным разработать и утвердить методические рекомендации по использованию апробированной технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития региональной системы здравоохранения.

3. Территориальным фондам обязательного медицинского страхования:

- использовать в работе Комиссий по разработке территориальной программы ОМС результаты пятиуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения, особенно в части оценок потребителями медицинских услуг и экспертами различного уровня, при расчете объемов медицинской помощи для включенных в реестр медицинских организаций регионального фонда ОМС.

4. Руководителям медицинских организаций:

- использовать в текущей деятельности результаты ежегодных оценок потребителями медицинских услуг имиджевых характеристик медицинской организации, которые влияют на реализацию потребностей населения в получении медицинской помощи надлежащего качества, соответствуют ожиданиям пациентов от системы государственного здравоохранения и влияют на повышение ее конкурентоспособности;

- рассмотреть механизмы дополнительного материального и нематериального стимулирования медицинских кадров за высокие показатели удовлетворенности пациентов предоставляемой им медицинской помощью;

- целесообразно использовать данные об образе «идеального» врача, сформированного на основании мнений пациентов, с целью оптимизации

кадрового потенциала и повышения мотивации медицинского персонала по профессиональному развитию;

- систематически проводить оценку уровня удовлетворенности трудом сотрудников медицинской организации для оптимального использования потенциала кадров в профессиональной деятельности с учетом индивидуальных возможностей, потребностей и интересов персонала;

- направлять медицинских работников на программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки для обеспечения своевременного обучения и актуализации цифровых навыков медицинского персонала, повышения уровня его цифровой грамотности.

5. Государственным образовательным организациям высшего медицинского и дополнительного профессионального образования:

- включить в образовательные программы по специальности «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» модули по методологии организации и проведения социологических исследований (с использованием количественной и качественной методологии) для оптимизации знаний, умений и навыков выпускников по вопросам организации многоуровневого медико-социологического мониторинга;

- рекомендуется использовать результаты данного исследования при подготовке студентов, врачей и руководителей органов управления и учреждений здравоохранения на сертификационных циклах тематического усовершенствования, а также на всех этапах дополнительного профессионального образования в рамках непрерывного медицинского образования и учете соответствующих зачетных единиц в индивидуальном плане обучения медицинских работников.

6. Научно-исследовательским организациям:

- рекомендуется включить в планы НИР изучение общих принципов и специфики технологии медико-социологического мониторинга социальных процессов и отношений, которые формируются в российской системе охраны здоровья граждан в условиях рыночной экономики и цифровизации отрасли;

- разработать для всех уровней системы отечественного здравоохранения научно-практические рекомендации по формированию условий для внедрения, системного применения и совершенствования технологии медико-социологического мониторинга в качестве дополнительного инструмента управления здравоохранением для лиц, принимающих решения по дальнейшему развитию отрасли.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АРМ	– автоматизированное рабочее место
ВМП	– высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВРП	– валовой региональный продукт
ДМС	– добровольное медицинское страхование
ЕМИАС	– единая медицинская информационно-аналитическая система
ЗНО	– злокачественное новообразование
ЗОЖ	– здоровый образ жизни
ИНК	– индекс накопления контингентов
КСГ	– клинико-статистические группы
МЗ	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
МИАЦ	– ГБУ Московской области «Медицинский Информационно-аналитический центр Московской области»
МО	– медицинская организация
МОНКИ	– Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского
МП	– медицинская помощь
МРТ	– магнитно-резонансная томография
МСМ	– медико-социологический мониторинг
МТО	– материально-техническое обеспечение
Муно	– муниципальное образование
МЭС	– медико-экономические стандарты
ОКС	– острый коронарный синдром
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ОНМК	– острое нарушение мозгового кровообращения
ПОК	– первичный онкологический кабинет
Росстат	– Федеральная служба государственной статистики
СИЗ	– средства индивидуальной защиты

ТФОМС	– территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФФОМС	– федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ХНИЗ	– хронические неинфекционные заболевания
ЦАОП	– центр амбулаторной онкологической помощи
ЦСО	– центральное стерилизационное отделение
COVID	– COronaVIrus Disease

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аакер, Д. Стратегическое рыночное управление. – Санкт-Петербург : Питер. – 2007. – 496 с. – Текст: непосредственный.
2. Абалкин, Л. И. Стратегический ответ России на вызовы нового века / под ред. Л.И. Абалкина: Рос. акад. наук. Ин-т экономики. – 2004. – 608 с. – Текст: непосредственный.
3. Абрамов, В. И. Анализ стратегий цифровой трансформации регионов России в контексте достижения национальных целей / В. И. Абрамов, В. Д. Андреев // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2023. – № 1. – С. 89-119.
4. Агапова, Т. Н. Планирование и моделирование механизма закупочной деятельности в сфере обеспечения и снабжения отрасли здравоохранения / Т. Н. Агапова, Н. А. Ильницкий // Социальные и экономические системы. – 2019. – № 3 (9). – С. 110-122.
5. Агафонова, Д. А. Стратегия дифференциации как инструмент повышения конкурентоспособности предприятия / Д. А. Агафонова // Матрица научного познания. – 2022. – № 8-2. – С. 60-63.
6. Акофф, Р. Планирование будущего корпорации / Р. Акофф ; – Москва : Прогресс. 1985. – 328 с. – Текст: непосредственный.
7. Аксенова, Е. И. Трансформация подходов к научно-технологическому развитию здравоохранения в период пандемии COVID-19 / Е. И. Аксенова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 4. – С. 334-349.
8. Александрова, О. А. Реформа здравоохранения: Руководители медучреждений на острие проблем (часть первая) / О. А. Александрова, О. А. Комолова // Народонаселение. – 2018. – Т. 21. – № 4. – С. 96-108.
9. Александрова, О. А. Реформа здравоохранения: Руководители медучреждений на острие проблем (часть вторая) / О. А. Александрова, О. А. Комолова // Народонаселение. – 2019. – Т. 22. – № 1. – С. 79-91.

10. Алексеева, Н. А. SNW-анализ состояния социальной сферы регионов ADVACED SCIENCE / Н. А. Алексеева // Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2019. – С. 105-107.
11. Алексеенко, С. Н. Анализ кадрового состава в городской и сельской местности онкологической сети Краснодарского края (численность, квалификация, укомплектованность штатная и физическими лицами) / С. Н. Алексеенко, Р. А. Мурашко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 2. – С. 688-697.
12. Амлаев, К. Р. Доступность качественной онкологической помощи в условиях города / К. Р. Амлаев, М. Г. Гевандова, Е. Ю. Хорошилова // Социология города. – 2015. – № 3. – С. 47-52.
13. Анализ влияния самооценки здоровья пациентами на удовлетворённость полученными медицинскими услугами в медицинских организациях Ставропольского края / Ю. В. Михайлова, А. Б. Данаев, А. Ю. Михайлов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – Текст : электронный – 2022. – № 68 (5). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-vliyaniya-samootsenki-zdorovya-patsientami-na-udovletvoryonnost-poluchennymi-meditsinskimi-uslugami-v-meditsinskih> (дата обращения: 26.03.2024).
14. Анализ внутрибольничной летальности у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) Клинического центра Сеченовского Университета / В. В. Фомин, В. В. Рюк, В. А. Решетников [и др.] // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2023. – № 3. – С. 381-389.
15. Анализ данных медико-социологического мониторинга на основе методов машинного обучения / Г. Г. Рапаков, Г. Т. Банщиков, В. А. Горбунов [и др.] // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2019. – № 1 (88). – С. 27-38.
16. Анализ доступности и направления совершенствования медицинской помощи пациентам при злокачественных новообразованиях в Московской области / Е. Ю. Огнева, А. Н. Гуров, М. В. Пирогов [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5. – № 4. – С. 106-117.

17. Анализ заболеваемости, смертности от злокачественных новообразований и организация специализированной медицинской помощи населению с онкологической патологией в Московской области / В. Л. Асташов, В. П. Довбуш, А. Н. Гуров [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 10. – С. 40-53.

18. Анализ распространения онкологических заболеваний в Приморском крае / В. Г. Морева, Г. Н. Алексеева, П. Ф. Кику [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 44-49.

19. Анализ эффективности деятельности медицинских организаций, реализующих стратегию развития / О. А. Латуха, И. М. Сон, Ю. И. Бравве, К. С. Толстова // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 9. – С. 46-51.

20. Андреев, Д. А. Медицинская информатика в обеспечении контроля качества онкологической помощи: Перспективные направления развития / Д. А. Андреев, А. А. Завьялов // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 76. – № 5. – С. 554-559.

21. Андреев, Д. А. Методология оценки затрат системы здравоохранения на оказание онкологической помощи / Д. А. Андреев, А. А. Завьялов, Т. Н. Ермолаева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – № 2. – С. 125-134.

22. Андреев, Д. А. Организация контроля качества и безопасности медицинской деятельности по профилю «онкология» на примере стран Западной Европы / Д. А. Андреев, А. А. Завьялов, А. Ю. Кашурников // Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. – Т. 64. – № 6. – С. 311-317.

23. Андреев, Д. А. Особенности проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в онкологии (обзор литературы) / Д. А. Андреев, А. А. Завьялов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – № 5. – С. 492-497.

24. Ансофф, И. «Стратегическое управление» / И. Ансофф ; – Москва: «Экономика», 1989. – 303 с. – Текст: непосредственный.

25. Ансофф, И. Новая корпоративная стратегия / И. Ансофф ; – Санкт-Петербург.: Питер Ком, 1999. – 416 с. – Текст: непосредственный.

26. Антоненкова, Н. Н. Модель организации медицинской помощи пациентам с онкологической патологией — жителям Минской области. Основные результаты ее внедрения в 2016 г. / Н. Н. Антоненкова // Онкологический журнал. – 2017. – Т. 11. – № 3 (43). – С. 86-101.
27. Антоненкова, Н. Н. Организационные аспекты оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с онкологической патологией / Н. Н. Антоненкова // Здравоохранение (Минск). – 2017. – № 2. – С. 18-22.
28. Артемова, Д. И. Стратегическое планирование в регионах как предмет совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов / Д. И. Артемова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2021. – № 3 (59). – С. 18-28.
29. Атаева, А. Г. Межтерриториальное взаимодействие в документах стратегического планирования (на материалах регионов Приволжского Федерального округа) / А. Г. Атаева, А. Г. Уляева // Вестник ПНИПУ. Социально-экономические науки. – 2023. – № 1. – С. 176-191.
30. Атаева, А. Г. Проблемы разработки методологии стратегического планирования для региональных социально-экономических систем / А. Г. Атаева // Управление. – 2019. – Т. 7. – № 4. – С. 90-99.
31. Ауезова, А. М. Научное обоснование стратегического планирования регионального здравоохранения / А. М. Ауезова, М. А. Камалиев, Ж. М. Агишанова // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 3. – С. 386-388.
32. Афиногенов, Д. А. Стратегическое планирование: проблемы и решения / Д. А. Афиногенов, Е. Ю. Кочемасова, С. Н. Сильвестров // Мир новой экономики. – 2019. – № 2. – С. 23-25.
33. Афиногенов, Д. А. Развитие государственной политики в области стратегического планирования в Российской Федерации: публично-правовые и научно-методологические проблемы и приоритеты / Д. А. Афиногенов, Е. В. Виноградова, Т. А. Полякова // Правовая политика и правовая жизнь. – 2021. – № 4. – С. 23-37.

34. Ахмедуев, А. Ш. Проблемы развития и императивы реформирования здравоохранения в России и регионах / А. Ш. Ахмедуев // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2019. – Т. 15. – № 8 (377). – С. 1529-1546.
35. Бабенко, А. И. Разработка элементов стратегического планирования в здравоохранении / А. И. Бабенко, Е. А. Бабенко // Медицина в Кузбассе. – 2021. – Т. 20. – № 3. – С. 18-25.
36. Бабенко, А. И. Стратегическое планирование в здравоохранении (методология, этапы, модели) / А. И. Бабенко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 5. – С. 13-14.
37. Бабкин, А. В. Проблемы стратегического планирования в региональном и муниципальном звене управления Российской Федерации / А. В. Бабкин, Е. М. Бухвальд // Научно-технические ведомости СПбГПУ. Экономические науки. – 2015. – № 4 (223). – С. 25-37.
38. Багдасарян, С. Л. Анализ и проблемы реализации стратегических программ развития социальной сферы (на примере системы здравоохранения) / С.Л. Багдасарян // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2015. – № 5 (77). – С. 52.
39. Балканов, А. С. Анализ онкологической заболеваемости как функция перспективного планирования инфраструктуры региональной радиотерапевтической службы / А. С. Балканов, А. Н. Гуров, И. В. Давронов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 6. – С. 393-396.
40. Бантьева, М. Н. Динамика основных показателей работы коек онкологического профиля круглосуточного и дневного пребывания в Российской Федерации и её субъектах / М. Н. Бантьева, Е. М. Маношкина, В. П. Кузнецова // Клиническая медицина и фармакология. – 2019. – Т. 5. – № 4. – С. 34-42.
41. Барбашова, Е. В. Индексный подход к субъективной оценке качества жизни (по материалам мониторинга социальных настроений ВЦИОМ) / Е. В. Барбашова, О. В. Лясковская, В. Г. Шуметов. – Текст : электронный // Human Progress. – 2021. – Т. 7. Вып. 3. – С. 3. URL: http://progress-human.com/images/2021/Tom7_3/Barbashova.pdf (дата обращения 24.09.2023).

42. Бацина, Е. А. Применение основ стратегического менеджмента в практике здравоохранения (обзор) / Е. А. Бацина, А. Н. Попсуйко, Г. В. Артамонова // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2019. – Т. 34. – № 4. – С. 62–71.

43. Башкуева, Е. Ю. Медико-социологический мониторинг качества и безопасности медицинской деятельности как эффективная организационно-экономическая технология управления здравоохранением на региональном уровне / Е. Ю. Башкуева // Московский экономический журнал. – 2020. – № 12. – С. 50.

44. Башкуева, Е. Ю. Применение социологических методов в оценке управления качеством и безопасностью медицинской деятельности (по материалам республики Бурятия) / Е. Ю. Башкуева // В сборнике: Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов. Сборник докладов VI Всероссийского социологического конгресса. Отв. редактор В. А. Мансуров. – 2020. – С. 2537-2542.

45. Башмаков, О. А. Пути совершенствования подготовки управленческих кадров здравоохранения / О. А. Башмаков // Модернизация современного общества: проблемы, пути развития и перспективы. – 2015. – № 7. – С. 47-50.

46. Беликова, И. В. Мониторинг состояния здоровья населения в контексте развития общественного здравоохранения / И. В. Беликова, Н. Р. Радченко, Л. П. Кустарева // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2019. – № 4 (15). – С. 257-261.

47. «Бережливая поликлиника» в действии / Л. А. Федык, И. С. Пундель, Е. Г. Мелентьева, О. А. Шустова // Компетентность. – 2021. – № 7. – С. 40-42.

48. Берестень, Н. Ф. О деятельности отделений и кабинетов функциональной диагностики / Н. Ф. Берестень, К. Э. Соболев, Е. П. Какорина // Медицинский алфавит. – 2022. – № 20. – С. 8-16.

49. Берсенева, Е. А. Современные информационные технологии в мониторинге показателей здоровья населения и деятельности системы здравоохранения (обзор) / Е. А. Берсенева, О. Б. Степура // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2020. – № 2. – С. 22-29.

50. Блинов, С. В. Бизнес-планирование в деятельности учреждения здравоохранения / С. В. Блинов, В. Ю. Блинова // Вопросы экономики и права. – 2018. – № 117. – С. 67-73.
51. Блохин, А. А. Глобальные вызовы для системы стратегического планирования в России / А. А. Блохин, Д. Б. Кувалин // Проблемы прогнозирования. – 2023. – № 3 (198). – С. 24-41.
52. Блохина, М. Ю. Мониторинг контента социальных сетей с целью определения лояльности пользователей к органам здравоохранения / М. Ю. Блохина, С. А. Митягин, Ю. Н. Захаров // В сборнике: Альманах научных работ молодых ученых Университета ИТМО. в 5 т. – 2016. – С. 159-162.
53. Богдан, И. В. Актуальные вызовы и решения для использования социологии в управлении здравоохранением / И. В. Богдан, А. В. Праведников, Д. П. Чистякова // Здоровье мегаполиса. – 2021. – Т. 2. – № 1. – С. 79-83.
54. Бойков, В. А. Формирование системы снабжения и управления запасами средств индивидуальной защиты в условиях пандемии COVID-19 / В. А. Бойков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 29 (3). – С. 398-403.
55. Бондарская, Т. А. Мониторинг качества жизни населения в регионе / Т. А. Бондарская, Е. Д. Толстенева // Информационно-экономические аспекты стандартизации и технического регулирования. – 2022. – № 2 (66). – С. 26-34.
56. Бреусов, А. В. Основные направления развития государственно-частного партнерства при оказании онкологической помощи / А. В. Бреусов, Э. А. Риос, Д. А. Бреусов // Наука и инновации в медицине. – 2021. – Т. 6. – № 3. – С. 46-50.
57. Бронникова, Е. М. Методика SNW-анализа как компонент SWOT-анализа деятельности организации / Е. М. Бронникова, С. С. Дымова // Бизнес и дизайн ревю. – 2020. – № 2 (18). – С. 2.
58. Будаева, К. В. Структурно-содержательный анализ и оценка качества стратегий развития регионов: дисс. ... к.э.н. : 08.00.05 / Будаева Ксения Владимировна. ФГУ «Федеральный исследовательский центр «информатика и управление» Российской академии наук» – Москва, 2018. – 169 с.

59. Будаева, К. В. Эволюция разработки и содержания документов регионального стратегического планирования в России / К. В. Будаева, В. В. Климанов // Региональная экономика: теория и практика. – 2014. – № 40 (367). – С. 52-63.

60. Булгакова, Т. А. Современный подход государственного мониторинга в сфере здравоохранения / Т. А. Булгакова, М. В. Иванов // Цифровая экономика, умные инновации и технологии. Сборник трудов Национальной (Всероссийской) научно-практической конференции с зарубежным участием. – Санкт-Петербург. – 2021. – С. 121-124.

61. Бухвальд, Е. М. Стратегическое планирование в России: «отложить нельзя реализовать» / Е. М. Бухвальд // Региональная экономика. Юг России. – 2016. – № 2 (12). – С. 4-13.

62. Бухвальд, Е. М. Стратегическое планирование и новые ориентиры политики регионального развития в Российской Федерации / Е. М. Бухвальд, О. Н. Валентик // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2015. – № 5. – С. 21-41.

63. Быканова, И. А. Оценка факторов внешней и внутренней среды организации как необходимый компонент стратегического анализа / И. А. Быканова // Политика, экономика и инновации. – 2016. – № 2 (4). – С. 7.

64. Бычкова, И. Ю. Медицинские кадры как основной ресурс в контексте реализации регионального портфеля проекта «Здравоохранение» / И. Ю. Бычкова, В. В. Шереметьева // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2019. – № 1 (18). – С. 10-13.

65. В Подмосковье смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 15% в 2022 году // Новости. Министерство здравоохранения Московской области : офиц. сайт. URL: <https://mz.mosreg.ru/sobytiya/novosti-ministerstva/09-02-2023-11-28-58-v-podmoskove-smernost-ot-bolezney-sistemy-krovoob> (дата обращения: 02.04.2024 г.).

66. Важенин, А. В. Опыт и возможности государственно-частного партнёрства в онкологии (по материалам научных публикаций) / А. В. Важенин, С. В. Новикова, Ю. А. Тюков // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 2. – С. 59-69.

67. Вахрушина, М. А. Стратегическое планирование и система оценки эффективности функционирования учреждений государственного здравоохранения: проблемы и пути их решения / М. А. Вахрушина // Бухгалтерский учет и налогообложение в бюджетных организациях. – 2020. – № 7. – С. 50-57.

68. Введенская, Е. С. Объем фактически оказанной стационарной помощи онкологическим больным в последний год жизни как минимальная потребность в паллиативной медицинской помощи / Е. С. Введенская, М. В. Даятова // Российский онкологический журнал. – 2013. – № 5. – С. 38-41.

69. Введенская, Е. С. Проблемы организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным пожилого возраста / Е. С. Введенская, Л. Ф. Кобзева, И. И. Введенская // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26. – № 1. – С.190-194.

70. Венедиктов, Д. Д. Медицинский информационно-аналитический центр как инструмент стратегического и текущего планирования в здравоохранении / Д. Д. Венедиктов, П. П. Кузнецов, Е. Л. Насонов // Терапевтический архив. – 2004. – Т. 76. – № 1. – С. 87-89.

71. Верификация системных факторов организации онкологической помощи в Саратовской области / М. В. Еругина, И. Л. Кром, А. Б. Шмеркевич [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 2. – С. 316-321.

72. Виссема, Х. Стратегический менеджмент и предпринимательство: возможности для будущего процветания: пер. с англ. – Москва : Финпресс. – 2000. – 272 с. – Текст: непосредственный.

73. Витько, А. В. Об организации медицинской помощи населению Хабаровского края при онкологических заболеваниях в 2015-2018 гг. / А. В. Витько, Б. М. Корсяко, А. В. Волков, А. С. Зенюков // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2015. – № 4 (66). – С.7-12.

74. Виханский, О. С. К вопросу о смене парадигмы управления бизнесом / О. С. Виханский ; под редакцией О.С. Виханского, А.И. Наумова. // Менеджмент: век XXI / – Москва : Магистр, 2015. – С. 17-37.

75. Виханский, О. С. Стратегическое управление. / О. С. Виханский. ; - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Экономистъ, 2008. – 296 с. – Текст: непосредственный.
76. Виханский, О. С. Менеджмент. / О. С. Виханский, А. И. Наумов. – Москва : Магистр; ИНФРА-М. – 2014. – 576 с. – Текст: непосредственный.
77. Власов, А. В. Результаты оптимизации профилактических, организационных, методических, диагностических мероприятий на территории онкологического риска / А. В. Власов, Б. Б. Кравец, И. Д. Зотова, Н. Н. Чайкин // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019. – № 75. – С. 146-152.
78. Власова, О. В. Исследование внешней среды районной больницы на основе методов стратегического анализа / О. В. Власова // Наука и практика регионов. – 2020. – № 3 (20). – С. 108-111.
79. Власова, О. В. Методический подход к оценке сходимости экспертных мнений в области развития системы здравоохранения / О. В. Власова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7. – № 1 (22). – С. 74-76.
80. Внедрение порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». Совершенствование структурной и кадровой политики онкологической службы / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, Г. С. Алексеева, П. Ю. Балашов // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 5. – С. 9-13.
81. Воденко, К. В. Инструментально-методологическое обеспечение процесса стратегического планирования на региональном уровне / К. В. Воденко, М. А. Комиссарова, С. А. Тихоновскова, И. Р. Гасанова // Гуманитарий юга России. – 2019. – Т. 8 (38). – № 4. – С. 234-245.
82. Возрастные особенности потребности в медицинской помощи при онкологических заболеваниях / С. Н. Черкасов, И. Л. Сопова, А. В. Федяева [и др.] // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. – 2020. – № 2 (19). – С. 68-73.
83. Волнухин, А. В. Развитие и укрепление общеврачебных практик – главное условие успешной модернизации первичного звена здравоохранения / А. В. Волнухин, Т. А. Сибурина, А. А. Князев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29 (2). – С. 306-312.

84. Волнухин, А. В. Управление профессионально-личностным потенциалом врачебных кадров / А. В. Волнухин, Т. А. Сибурина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 29 (1). – С. 147-152.
85. Вологина, К. Ю. Проблемы междисциплинарного взаимодействия в оказании комплексной помощи онкологическим больным / К. Ю. Вологина, И. В. Вайгачев // Мировая наука. – 2021. – № 4 (49). – С. 81-86.
86. Ворошина, Н. В. Организация центра диагностики и лечения опухолей молочной железы на базе государственного регионального онкологического центра / Н. В. Ворошина, А. В. Важенин, А. С. Доможирова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. – Т. 64. – № 2. – С. 61-67.
87. Восколович, Н. А. Доступность услуг здравоохранения как основа социальной защищенности населения / Н. А. Восколович // Народонаселение. – 2021. – Т. 24. – № 2. – С. 87-96.
88. Габуева, Л. А. Место онкологической помощи в системе государственных гарантий на бесплатную для сельских жителей России медицинскую помощь: Новые вызовы / Л. А. Габуева, Н. Ф. Павлова // Российский экономический интернет-журнал. – 2019. – № 3. – С. 18.
89. Габуева, Л. А. Модернизация сферы здравоохранения России и место управления ресурсами в менеджменте медицинских организаций / Л. А. Габуева, Н. Ф. Павлова // Финансовая экономика. – 2019. – № 5. – С. 660-664.
90. Гаджиева, С. М. Главным и основным направлением остается раннее выявление онкологических заболеваний / С. М. Гаджиева // Московская медицина. – 2020. – № 2 (36). – С. 6-8.
91. Гайфуллин, Р. Ф. Основные направления совершенствования управления и обеспечение конкурентного преимущества медицинской организации / Р. Ф. Гайфуллин // Медицина и здравоохранение. – 2012. – № 8. – С. 25-30.
92. Галимова Н. И. Поражения кожи у медицинских работников в период пандемии COVID-19, ассоциированные со средствами индивидуальной защиты / Н. И. Галимова // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2021. – № 6 (4). – С. 122-131.

93. Гамеева, Е. В. О проблемах регулирования правоотношений, связанных с вопросами финансирования медицинской реабилитации онкологических больных / Е. В. Гамеева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 2. – С. 333-347.

94. Гапоненко, А. Л. Стратегическое планирование социально-экономического развития регионов и городов / А. Л. Гапоненко, С. В. Пирогов, И. Ф. Чернявский // Вестник Брянского государственного университета. – 2012. – № 3-1. – С. 15-19.

95. Гатагажева, З. М. Результаты внедрения новых организационных форм онкогинекологической и онкомаммологической помощи женскому населению в работу региональной онкологической службы / З. М. Гатагажева, О. В. Зеленова // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21. – № 5. – С. 35-44.

96. Герасимова, Н. А. Особенности стратегического планирования в системе управления здравоохранением региона / Н. А. Герасимова, А. Н. Калашник // Вестник Белгородского университета потребительской кооперации. – 2010. – № 1 (33). – С. 276-280.

97. Глазьев, С. Ю. Дополнение системы стратегического планирования источниками финансирования / С. Ю. Глазьев // Стратегирование: теория и практика. – 2023. – Т. 3. – № 3. – С. 261-276.

98. Глазьев, С. Ю. О создании систем стратегического планирования и управления научно-техническим развитием / С. Ю. Глазьев // Инновации. – 2020. – № 2. – С. 14-23.

99. Глазьев, С. Ю. Рывок в будущее. Россия в новых технологическом и мирохозяйственных укладах. («Коллекция Изборского клуба») / С. Ю. Глазьев ; – Москва: Книжный мир. – 2018. – 768 с. – Текст : непосредственный.

100. Глазьев, С. Ю. Снова к альтернативной системе мер государственной политики модернизации и развития отечественной экономики (предложения на 2013-2014 годы) / С. Ю. Глазьев // Российский экономический журнал. – 2013. – № 3. – С. 3-37.

101. Глазьев, С. Ю. Стратегическое планирование как интегративный элемент в системе управления развитием / С. Ю. Глазьев // Экономическое возрождение России. – 2021. – № 3 (69). – С. 14-19.

102. Голикова, Н. С. Рекомендации по проведению медико-социологического мониторинга кадровой потребности медицинских организаций на примере исследования потребности региональных предприятий фармацевтической отрасли в подготовке провизоров (часть 1) / Н. С. Голикова, Н. В. Присяжная // Главврач. – 2022. – № 2. – С. 13-39.

103. Голикова, Н. С. Рекомендации по проведению медико-социологического мониторинга кадровой потребности медицинских организаций на примере исследования потребности региональных предприятий фармацевтической отрасли в подготовке провизоров (часть 2) / Н. С. Голикова, Н. В. Присяжная // Главврач. – 2022. – № 3. – С. 11-32.

104. Головин, А. А. Критический анализ методов измерения и мониторинга качества жизни населения // Управление. – 2021. – Т. 9. – № 4. – С. 30-42.

105. Голухова, Е. З. Первые результаты изменения финансирования федеральных центров в системе обязательного медицинского страхования на примере Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева / Е. З. Голухова, В. Ю. Семенов // Национальное здравоохранение. – 2022. – № 3 (2). – С. 13-19.

106. Грант, Р. М. Современный стратегический анализ: пер. с англ. / Р. М. Грант ; под. ред. В. Н. Фунтова. - 5-е изд. – Санкт-Петербург : Питер. – 2011. – 560 с. – Текст: непосредственный.

107. Гринвальд, О. В. Анализ онкологической помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре / О. В. Гринвальд // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2018. – № 4 (17). – С. 17-19.

108. Гришина, Н. К. Основные принципы реализации программ социологического мониторинга в здравоохранении / Н. К. Гришина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 32-36.

109. Губачев, Н. Н. Популяризация медицинских знаний для укрепления здоровья и здорового образа жизни средствами массовой информации / Н. Н. Губачев, А. М. Коршунов, В. Н. Титов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 1. – С. 711-715.

110. Гумерова, Г. И. Процессная интеграция в системе электронного здравоохранения на основе индустрии 4.0: разработка бизнес-модели для российской практики(теоретический аспект) / Г. И. Гумерова, Э. Ш. Шаймиева // Врач и информационные технологии. – 2019. – № 2. – С. 50-66.

111. Даванков, А. Ю. Методологические аспекты планирования регионального социо-эколого-экономического развития / А. Ю. Даванков, Я. В. Рипка, В. Р. Ключникова // Вестник Челябинского государственного университета. – 2014. – № 5 (334). Экономика. – Вып. 43. – С. 69-73.

112. Давыдович, А. Р. Медицинские организации первичного звена: конкурентоспособность и репутация / А. Р. Давыдович, Т. В. Шмелева, И. С. Сыркова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – №S1. – С. 729-735.

113. Данилов, А. В. Измерение степени удовлетворенности пациентов при оценке качества оказания услуг в стационаре на основе методики SERVQUAL / А. В. Данилов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 4. – С. 904-908.

114. Данилов, А. В. Методические подходы к измерению удовлетворенности качеством медицинских услуг пациентами для целей формирования управленческих решений на региональном уровне / А. В. Данилов, Е. А. Исаенкова // Моделирование, оптимизация и информационные технологии. – 2017. – № 3 (18). – С. 14-18.

115. Дата, И. С. Особенности реализации стратегического менеджмента в сфере здравоохранения / И. С. Дата // Мир современной науки. – 2017. – № 2 (42). – С. 43-50.

116. Двойников, С. И. К проблеме повышения эффективности стратегического управления в здравоохранении / С. И. Двойников, С. В. Архипова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 1 (35). – С. 50-55.

117. Девишев, Р. И. Подходы к прогнозированию кадрового потенциала здравоохранения: основные проблемы / Р. И. Девишев, Ю. В. Мирошникова // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 1. – С. 51-57.

118. Девличарова, Р. Ю. История развития онкологической службы в России / Р. Ю. Девличарова, Е. В. Засыпкин // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2017. – Т. 7. – № 3. – С. 638-639.

119. Дементьев, В. В. Использование SWOT-анализа при анализе деятельности медицинского учреждения / В. В. Дементьев, Г. С. Пономаренко // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 4 (76). – С. 90-92.
120. Дементьев, В. В. Использования SWOT-анализа при анализе деятельности медицинского учреждения / В. В. Дементьев, Г. С. Пономаренко // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 4. – С. 92-95.
121. Денисов, В. Н. Методические аспекты использования социально-гигиенической информации при стратегическом планировании в здравоохранении / В. Н. Денисов, А. И. Бабенко // Бюллетень сибирской медицины. – 2005. – Т. 4. – № 1. – С. 18-23.
122. Деятельность дневных стационаров онкологического профиля в Российской Федерации и её субъектах за 2010-2019 годы / В. А. Евдаков, Ю. Ю. Мельников, М. Н. Бантьева, Е. М. Маношкина // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 40-47.
123. Деятельность и направления политики онкологической службы Ивановской области / В. А. Козлов, Б. А. Поляков, Д. Л. Мушников [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2020. – Т. 25. – № 3-4. – С. 5-10.
124. Довбий, И. П. Совершенствование методического инструментария стратегического планирования социально-экономического развития территорий (региональный и муниципальный уровни) / И. П. Довбий, С. А. Маковкина, В. А. Довбий // Муниципалитет: экономика и управление. – 2017. – Т. 2 (19). – С. 29-36.
125. Долгин, В. И. Организационно-методические действия по оказанию онкологической помощи пациентам со злокачественными опухолями молочной железы в Курской области / В. И. Долгин, И. Л. Киселев // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2017. – № 3-2. – С. 19-23.
126. Доможирова, А. С. Комплексное медико-статистическое прогнозирование как основа перспективного планирования специализированной онкологической помощи в регионах / А. С. Доможирова // Онкология. Журнал им. П. А. Герцена. – 2016. – Т. 5. – № 1. – С. 47-50.

127. Доможирова, А. С. Организация онкологического диспансера на муниципальном уровне – технология повышения доступности специализированной помощи / А. С. Доможирова, А. В. Важенин, М. А. Зайкова // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5. – № 2. – С. 132-136.

128. Донин, В. М. Государственное регулирование развития конкуренции и предпринимательства в общественном здравоохранении России / В. М. Донин // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 11. – С. 56-67.

129. Дорожные карты как элемент инновационного стратегического планирования повышения качества и доступности медицинской помощи / И. В. Подушкина, С. Е. Квасов, А. В. Костромичев, А. С. Вавилычев // Медицинский альманах. – 2014. – № 2 (32). – С. 11-14.

130. Доронина, О. В. Визуализация маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическую патологию в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи / О. В. Доронина, С. С. Шмидт, А. А. Курмангулов // Университетская медицина Урала. – 2021. – Т. 7. – № 2 (25). – С. 50-52.

131. Досмаилов, Б. С. Общественное здравоохранение Казахстана: внедрение практики стратегического планирования как залог эффективного развития / Б. С. Досмаилов // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – № 8 (39). – Часть 1. – С. 32-34.

132. Доступность специализированной онкогинекологической медицинской помощи в Федеральном научном центре / С. Ю. Ломаков, А. Е. Чернобровкина, Н. И. Вишняков [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16. – № 4. – С. 950-955.

133. Драгомирецкий, И. И. Стратегическое планирование / И. И. Драгомирецкий, Г. А. Маковиков, Е. Л. Кантер. – Санкт-Петербург : Вектор. – 2006. – 145 с. – Текст: непосредственный.

134. Дроздов, И. А. Актуальное состояние системы стратегического планирования государственной политики в сфере здравоохранения на уровне Российской Федерации и проблематика оптимизации структурного состава опосредующих её реализацию документов (нормативных правовых актов) / И. А. Дроздов // Экономика и социум. – 2021. – № 3-1 (82). – С. 533-540.

135. Дугина, Е. А. О разработке программ развития государственного медицинского учреждения на основе стратегического планирования в современных условиях / Е. А. Дугина, Е. М. Грицюк, С. Л. Гольдштейн // Системная интеграция в здравоохранении. – 2019. – № 4 (46). – С. 5-16.

136. Евдокимова, Т. Р. Проблемы стратегического планирования и управления экономикой в современной России / Т. Р. Евдокимова // Экономика и управление: научно-практический журнал. – 2020. – № 3 (153). – С. 20-26.

137. Евстафьева, Ю. В. Инструменты реализации стратегического планирования в Российской Федерации: дисс. ... к.э.наук: 08.00.05 / Евстафьева Юлия Валерьевна ; ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова». – Москва, 2021. – 231 с.

138. Еремина, М. Г. Медико-социологическая концептуализация сельского здравоохранения региона: монография. / М. Г. Еремина, И. Л. Кром, М. В. Еругина. – Саратов : Изд-во «Наука», 2022. – 361 с. – Текст: непосредственный.

139. Ефремов, С. А. Внедрение системы поддержки работы онкологической службы на уровне региона / С. А. Ефремов, В. В. Петкау, Е. А. Груздева // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 2. – С. 25-30.

140. Жилина, Н. М. Автоматизированная система социально-гигиенического мониторинга здоровья и среды обитания – инструмент принятия научно обоснованных решений / Н. М. Жилина, Г. И. Чеченин, Т. В. Сапрыкина // Современные проблемы науки и образования. – 2009. – № 1. – С. 48-49.

141. Заболеваемость раком шейки матки в Сибирском Федеральном округе / Л. Д. Жуйкова, И. Н. Одинцова, О. А. Ананина [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2020. – Т. 16. – № 4. – С. 76-83.

142. Зайкова, М. А. Составляющие онкологического диспансера на уровне муниципального образования / М. А. Зайкова, А. С. Доможирова, И. А. Аксенова // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5. – № 2. – С. 134.

143. Заляев, А. Р. Региональная политика здравоохранения в республике Татарстан в эпоху COVID-19 (результаты качественного исследования) / А. Р. Заляев, Е. Ю. Шаммазова, Л. М. Мухарямова // Теория и практика общественного развития. – 2022. – № 6 (172). – С. 41-47.

144. Замятин, А. В. Современная организация противораковой борьбы и онкологической помощи в Российской Федерации // Экономика и социум. – 2017. – № 6-1 (37). – С. 630-637.

145. Захаренков, В. В. Человеческий капитал и стратегия здравоохранения / В. В. Захаренков, А. И. Бабенко // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2014. – Т. 34. – № 1. – С. 72-77.

146. Захарова, М. А. Роль и место медико-социологических исследований в современной системе здравоохранения (на примере бюро МСИ ГКУЗ НСО «РЦМП») / М. А. Захарова // В сборнике: «Мы продолжаем традиции российской статистики». Сборник докладов I Открытого российского статистического конгресса. Российская ассоциация статистиков; Федеральная служба государственной статистики РФ; Новосибирский государственный университет экономики и управления «НИНХ». – 2016. – С. 22-28.

147. Захарова, М. А. Современные методы медико-социологических исследований в крупном промышленном городе / М. А. Захарова, М. Л. Фомичева // Социология города. – 2014. – № 3. – С. 5-16.

148. Здравоохранение в России 2023. Приложение к сборнику : офиц. сайт Росстат. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 02.04.2024 г.).

149. Здравоохранение в России. 2021: Стат. сб./ Росстат. – М., 2021. – 171 с.

150. Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени / С. В. Шишкин, В. В. Власов, С. Г. Боярский [и др] ; под ред. С. В. Шишкина. – Москва : Центр стратегических разработок, 2018. – 56 с.

151. Землякова, С. Н. Анализ внутренней среды организации на базе метода SNW-анализа / С. Н. Землякова // Инновационные научные исследования. – 2021. – № 4-3 (6). – С. 105-111.

152. Зенкина, И. В. Методологические подходы к формированию эффективной системы стратегически-ориентированной индикативной оценки деятельности организации / И. В. Зенкина // Управленческий Учет. – 2012. – № 9. – С. 22-27.

153. Злодеева, Е. Б. Проектный менеджмент в здравоохранении: предпосылки реализации и перспективы развития / Е. Б. Злодеева // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2020. – № 9. – С. 54-59.

154. Злокачественные новообразования и состояние онкологической помощи населению в республике Татарстан / И. Р. Хидиятов, Р. Ш. Хасанов, А. Н. Хисамутдинов [и др.] // Поволжский онкологический вестник. – 2020. – Т. 11, – № 4 (44). – С. 25-43.

155. Значение системы аналитических медицинских центров для укрепления управленческой вертикали в отрасли и повышения эффективности работы ЛПУ / Е. П. Какорина, Г. М. Вялкова, П. П. Кузнецов, Л. А. Михайлова // Экономика Здравоохранения. – 2002. – № 3. – С. 53-55.

156. Зуб, А. Т. Стратегический менеджмент: учебник / А. Т. Зуб - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ТК Велби; Проспект, 2007. – 432 с. – Текст : непосредственный.

157. Зубарева, Н. Н. Проблемы формирования эффективных маркетинговых и функциональных коммуникаций в сфере здравоохранения / Н. Н. Зубарева, А. А. Суворова, И. М. Кублин // Экономика устойчивого развития. – 2021. – № 1 (45). – С. 52-56.

158. Зудин, А. Б. Методические подходы к реализации планирования и прогнозирования при проведении реформы здравоохранения / А. Б. Зудин // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2017. – Т. 21. – № 2. – С. 295-303.

159. Зюкин, Д. А. О результатах процесса оптимизации ресурсов в системе здравоохранения. / Д. А. Зюкин – Текст : электронный // Политика, экономика и инновации. – 2020. – № 6 (35). URL: <http://peijournal.ru/index.php/PEII/article/view/948/1099> (дата обращения: 07.10.2023).

160. Зюкин, Д. А. Оптимизация экономических ресурсов в системе здравоохранения как угроза снижения качества и доступности медицинской помощи / Д. А. Зюкин // Вестник Курской государственной сельскохозяйственной академии. – 2020. – № 8. – С. 69-78.

161. Зюкин, Д. А. Социально-экономические минусы от оптимизации ресурсов в здравоохранении / Д. А. Зюкин // Наука и практика регионов. – 2020. – № 4 (21). – С. 60-63.

162. Зюкин, Д. А. Тенденции расширения рынка платных медицинских услуг в курской области / Д. А. Зюкин // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 12-6. – С. 1136-1140.

163. Ибяттов, Ф. М. Зарубежный опыт реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения и образования / Ф. М. Ибяттов // Управление. – 2019. – Т. 7. – № 1. – С. 35-39.

164. Иванов И. В. Научное обоснование организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на основе единых методологических и организационных принципов в условиях реализации национального проекта «Здравоохранение»: дисс. ... докт .мед. наук : 14.02.03 / Иванов Игорь Владимирович ; ФГБУ «Национальный институт качества». – Москва, 2020. – 387 с.

165. Ивченков, С. Г. Удовлетворенность трудом персонала медицинских учреждений: теория и практика социологического изучения (на примере территориальной поликлиники областного клинического кардиологического диспансера Саратовской области) / С. Г. Ивченков, Я. А. Никифоров, С. В. Ситникова // Известия Саратовского университета. Серия Социология, политология. – 2022. – № 4. – С. 380-388.

166. Избыточная смертность в Московской области по месяцам и годам // сайт GOGOV. – URL: <https://gogov.ru/excess-mortality/mo> (дата обращения: 18.01.2022 г.).

167. Изотова, Л. Е. Современные методы диагностики компетенций и личностно-профессиональных качеств (на примере SWOT-анализа и SNW-анализа) / Л. Е. Изотова, Е. С. Киселёва // Электронный сетевой политематический журнал «Научные труды КубГТУ». – 2016. – № 16. – С. 524-532.

168. Инновационный потенциал медицинской организации как часть ее экономической политики / В. А. Козлов, Б. А. Поляков, Д. Л. Мушников [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т. 6. – № 3. – С. 138-145.

169. Информационно-аналитические модели оценки распространенности патологии как элемент стратегического планирования в здравоохранении / А. И. Бабенко, Е. А. Бабенко, А. Л. Томчук, Ю. И. Бравве // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 1-1. – С. 21-23.

170. Исаева, Н. И. Совершенствование системы стратегического планирования в Российской Федерации / Н. И. Исаева // Economics, Management, Law: Problems of Establishing and Transformation. Collection of scientific articles. – 2016. – С. 14-22.

171. Искаков, М. Б. Современные аспекты управления системой здравоохранения и проблемы стратегического планирования / М. Б. Искаков, Б. А. Абилов // Научные исследования в Кыргызской Республике. – 2012. – № 4. – С. 57-61.

172. Использование цифровых технологий для мониторинга качества жизни пациентов в реальной клинической практике и научных исследованиях / Т. П. Никитина, А. А. Жернякова, Т. И. ИONOва // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. – 2020. – № 35-36. – С. 11-15.

173. Итоги работы координационного совета по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях за 2016 год / Д. Р. Кайдарова, О. В. Шатковская, Д. Г. Чингисова, Ж. К. Адильбай // Онкология и радиология Казахстана. – 2017. – № 2 (44). – С. 4-10.

174. К вопросу интегральной оценки медицинской деятельности многопрофильной медицинской организации / Н. К. Гришина, А. Б. Тимурзиева, О. А. Галютин, С. М. Сердюковский // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2023. – № 1. – С. 5-8.

175. Кайсарова, В. П. Научные подходы к стратегическому менеджменту как теоретическая основа развития управления общественными услугами в крупном городе / В. П. Кайсарова // Экономическое возрождение России. – 2012. – № 2 (32). – С. 60-65.

176. Калинин, А. Е. Мультидисциплинарное обсуждение в онкологии / А. Е. Калинин, В. В. Гушин // Здоровье мегаполиса. – 2020. – Т. 1. – № 1. – С. 108-111.

177. Калмыков, В. В. Оценка результатов реализации стратегических национальных приоритетов в сфере здравоохранения как аспект национальной безопасности Российской Федерации / В. В. Калмыков // Ученые записки. – 2016. – № 4 (20). – С. 34-37.

178. Каприн, А. Д. История МНИОИ имени П.А. Герцена. – Текст : электронный / А. Д. Каприн, В. И. Чиссов, И. В. Дрошневa // Официальный сайт ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – URL: <https://new.nmicr.ru/about/history/mnioi/> (дата обращения: 15.04.2023).

179. Караваев, В. Е. Контроль качества как основа развития общественного здравоохранения / В. Е. Караваев, О. Р. Варникова, И. В. Тезикова // Управленческие науки в современном мире. – 2018. – Т. 1, – № 1. – С. 473-476.

180. Карашук, Л. Н. Проблематика доверия во взаимоотношениях врач-пациент / Л. Н. Карашук // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2020. – №1. – С. 17-24.

181. Катин, А. В. Мониторинг использования технологий работы с большими данными в российской системе здравоохранения / А. В. Катин, Ю. Е. Хохлов // Информационное общество. – 2021. – № 4-5. – С. 185-199.

182. Каткало, В. С. Эволюция теории стратегического управления / В. С. Каткало - 5е изд. – Санкт-Петербург : Высшая школа менеджмента, 2011. – 548 С. – Текст: непосредственный.

183. Качественные исследования в медицине и общественном здравоохранении / О. А. Харьковa, К. К. Холматова, В. Н. Кузнецов [и др.] // Экология человека. – 2016. – № 12. – С. 54-59.

184. Качество медицинской помощи и возможности использования методологии медико-социологических исследований в его оценке / И. В. Подушкина, В. М. Зубков, А. В. Курносов, В. Н. Петров // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2009. – № 1 (13). – С. 53-61.

185. Квачахия, Л. Л. Экономический подход в раскрытии сущности кадрового потенциала в системе здравоохранения / Л. Л. Квачахия // Инновация. – 2018. – № 2 (35). – С. 2-6.

186. Клейнер, Г. Б. Системная экономика: шаги развития: Монография./ Г. Б. Клейнер – Москва : Издательский дом «Научная библиотека», 2021. – 746 с. – Текст: непосредственный.

187. Ключевые критерии оценки качества онкологической помощи: зарубежный опыт / Д. А. Андреев, А. А. Завьялов, А. Ю. Кашурников, А. Ю. Добродеев // Российский медицинский журнал. – 2020. – Т. 26. – № 6. – С. 421-430.

188. Когония, Л. М. Социологический опрос онкологических больных с целью выявления проблем в лечебном процессе / Л. М. Когония, А. Ю. Федотов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 2. – С. 42-43.

189. Кожевников, А. А. Социологический анализ особенностей организации медицинской помощи в труднодоступных населенных пунктах России / А. А. Кожевников // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21. – № 2. – С. 5-9.

190. Козлова, О. А. Оценка взаимосвязи ресурсообеспеченности здравоохранения и продолжительности жизни населения: региональный аспект / О. А. Козлова, Е. А. Трушкова, М. Н. Макарова // Проблемы развития территории. – 2020. – № 3 (107). – С. 116-127.

191. Козырева, П. М. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода / П. М. Козырева, А. И. Смирнов // Социологические исследования. – 2020. – № 4. – С. 70-81.

192. Кокошин, А. А. О стратегическом планировании в политике / А. А. Кокошин – Москва : Комкнига, 2007. – 219 с. – Текст: непосредственный.

193. Комплексный анализ результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях реализации принципов бережливого производства в здравоохранении / Ю. В. Михайлова, Н. А. Голубев, А. Б. Данаев [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – Текст : электронный – 2022. – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnyy-analiz-rezultativnosti-i-effektivnosti-deyatelnosti-medsitsinskih-organizatsiy-stavropolskogo-kraya-okazyvayuschih> (дата обращения: 25.03.2024).

194. Кондратьев, Н. Д. Большие циклы конъюнктуры и теория предвидения / Н. Д. Кондратьев – Москва : Экономика, 2002. – 768 с. – Текст : непосредственный.

195. Кондрашкина, Н. Б. Совершенствование медицинской помощи онкологическим больным в современных социально-экономических условиях отдельно взятого региона (Калужская область) / Н. Б. Кондрашкина, И. А. Камаев // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2018. – № 12. – С. 132-136.

196. Кондрашкина, Н. Б. Совершенствование оказания онкологической помощи жителям сельской местности на примере Калужской области в сравнении с Нижегородской областью / Н. Б. Кондрашкина, И. А. Камаев // Дневник Казанской медицинской школы. – 2018. – № 4 (22). – С. 70-73.

197. Кононова, В. Ю. Условия формирования глобально конкурентоспособных промышленных компаний в России / В. Ю. Кононова, С. М. Заверский, Д. А. Плеханов // Современная конкуренция. – 2008. – № 5. – С. 73-85.

198. Концептуальные подходы к формированию архитектуры документов стратегического планирования в России / О. О. Смирнова, Л. К. Бочарова, Л. А. Белявская-Плотник, Ю. Н. Богданова // МИР (Модернизация, Инновации, Развитие). – 2019. – Т. 10. – № 4. – С. 440-456.

199. Концепция пациентоориентированной модели организации медицинской помощи / Р. А. Хальфин, В. В. Мадьянова, А. П. Столбов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 6. – С. 418-423.

200. Коробанов, Д. Е. Мониторинг социальных факторов эффективности деятельности медицинского персонала / Д. Е. Коробанов, Б. Т. Пономаренко // Этносоциум и межнациональная культура. – 2020. – № 10 (148). – С. 63-67.

201. Коробкова, О. К. Внутренняя стратегия и SWOT-анализ частной медицинской организации на рынке медицинских услуг ООО «Клиника современных технологий» в г. Хабаровск / О. К. Коробкова, В. А. Рыбкис // Экономика и предпринимательство. – 2015. – № 4-2 (57). – С. 827-831.

202. Короткова, М. Н. Социальная политика государства: коммерциализация системы здравоохранения в постсоветский период // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2021. – Т. 10. – № 2 (35). – С. 29-32.

203. Котлер, Ф. Основы маркетинга, 9-е изд.: Пер. с англ. / Ф. Котлер, Г. Армстронг. – Москва : Изд-во Дом «Вильямс». – 2011. – 120 с. – Текст: непосредственный.
204. Краско, А. В. Петербургское купечество: страницы семейных историй. – Москва : Издательство Центрполиграф, – 2010. – 416 с. – Текст: непосредственный.
205. Красный, С. А. Подпрограмма «Онкологические заболевания» Государственной научно-технической программы «Новые методы оказания медицинской помощи» (2016-2020 гг.) / С. А. Красный, Н. А. Артемова // Онкологический журнал. – 2021. – Т. 15, – № 1 (57). – С. 5-11.
206. Красовский, В. О. Прогноз затрат на лечение экзависимого рака для разработки управленческих решений / В. О. Красовский // Гигиена и санитария. – 2014. – Т. 93, – №1. – С.71-73.
207. Крейнер, С. Ключевые идеи менеджмента / С. Крейнер – Москва : ИНФРА-М, 2002. – 347с. – Текст: непосредственный.
208. Крылова, С. А. Теория и практика применения SNW-анализа / С. А. Крылова // Экономика сферы сервиса: проблемы и перспективы. Материалы IV межвузовской научно-практической конференции. – 2018. – С. 96-99.
209. Крымов, В. Б. Стратегические ориентиры в управлении социально-экономическим развитием региона / В. Б. Крымов // Федерализм. – 2008. – № 3. – С. 59-76.
210. Кудряшова, Л. Н. Организация паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в республике Башкортостан / Л. Н. Кудряшова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. – № 2. – С. 39-43.
211. Кузнецова, Н. А. Стратегическое планирование в системе управления учреждения здравоохранения / Н. А. Кузнецова, М. В. Трескова // Вектор экономики. – 2017. – № 11 (17). – С. 69.
212. Купова, М. К. Социально-экономический мониторинг здравоохранения в региональной экономике / М. К. Купова, С. Н. Сахнов // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. – 2012. – № 83. – С. 617-651.

213. Лазарев, А. Ф. Оценка эффективности онкологической помощи / А. Ф. Лазарев, Е. В. Пешкова // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5, – № 2. – С. 144.

214. Лакан, Ж. Изнанка психоанализа (Семинар, Книга XVII (1969-70) / Пер. с франц. А. Черноглазова. – Москва : Гнозис, Логос. – 2008. – 272 с. – Текст: непосредственный.

215. Лактионова, Л. В. Современные стратегии развития многопрофильного медицинского учреждения федерального уровня. – Текст : электронный // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-strategii-razvitiya-mnogoprofilnogo-meditsinskogo-uchrezhdeniya-federalnogo-urovnya-1/viewer>. (дата обращения: 12.09.2023).

216. Латуха, О. А. Анализ управленческих моделей, способствующих устойчивому развитию медицинских организаций / О. А. Латуха, Ю. И. Бравве, К. С. Толстова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 719-739.

217. Латуха, О. А. Стратегия как ключевой фактор успеха работы медицинской организации / О. А. Латуха // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2013. – № 1. – С. 149-156.

218. Лебедев, Г. С. Телемедицина и механизмы ее интеграции / Г. С. Лебедев, Н. Л. Шепетовская, В. А. Решетников // Национальное здравоохранение. – 2021. – № 2 (2). – С. 21-27.

219. Ленчук, Е. Б. Национальные проекты в системе целеполагания социально-экономического развития России / Е. Б. Ленчук // Научные труды Вольного экономического общества России. – 2020. – Т. 225, – № 5. – С. 79-90.

220. Ленчук, Е. Б. Российская экономика: поиск эффективной стратегии / Е. Б. Ленчук, В. И. Филатов // Мир новой экономики. – 2018. – Т. 12, – № 1. – С. 6-21.

221. Ленчук, Е. Б. Совершенствование методологических подходов к формированию системы стратегического планирования в России / Е. Б. Ленчук, В. И. Филатов // Вестник Института экономики Российской академии наук. – 2020. – № 4. – С. 9-26.

222. Ленчук, Е. Б. Стратегическое планирование – путь к устойчивому развитию экономики России / Е. Б. Ленчук, В. И. Филатов // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2018. – Т. 11, – № 4. – С. 35-47.
223. Ленчук, Е. Б. Стратегическое планирование в государственном управлении: опыт, возможности и перспективы / Е. Б. Ленчук, Ф. Г. Войтоловский, Д. Б. Кувалин // Проблемы прогнозирования. – 2020. – № 6 (183). – С. 46-55.
224. Ленчук, Е. Б. Стратегическое планирование в России: проблемы и пути решения / Е. Б. Ленчук // ИННОВАЦИИ. – 2020. – № 2 (256). – С. 24-28.
225. Ленчук, Е. Б. Стратегическое планирование как инструмент преодоления технологического отставания России / Е. Б. Ленчук, В. И. Филатов // Мир новой экономики. 2019. – Т. 13, – № 2. – С. 32-42.
226. Ленчук, Е. Б. Стратегическое планирование как инструмент снижения неопределенности в условиях глобальной экономической трансформации / Е. Б. Ленчук, В. И. Филатов // Вестник Института экономики Российской академии наук. – 2023. – № 4. – С. 7-24.
227. Ленчук, Е. Б. Стратегическое планирование как инструмент ускорения социально-экономического развития России / Е. Б. Ленчук // Экономическое возрождение России. – 2021. – № 3 (69). – С. 25-30.
228. Ленчук, Е. Б. Стратегическое планирование как инструмент ускорения экономического развития / Е. Б. Ленчук // Научные труды Вольного экономического общества России. – 2018. – Т. 214, – № 6. – С. 380-399.
229. Линник, С. А. Онкологический калькулятор как инструмент оптимизации лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями в субъектах Российской Федерации / С. А. Линник, Е. Е. Туменко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65, – № 5. – С. 418-424.
230. Липина, С. А. Стратегическое планирование в России: возможность и необходимость применения зарубежного опыта / С. А. Липина, Л. А. Беляевская-Плотник, Н. Ю. Сорокина // Региональная экономика. Юг России. – 2018. – № 1 (19). – С. 44-52.

231. Ломаков, С. Ю. Потребности здравоохранения в лучевых методах исследования при диагностике онкологических заболеваний (на примере Санкт-Петербурга) / С. Ю. Ломаков, А. Е. Чернобровкина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2020. – № 3 (67). – С.22-26.

232. Ломаков, С. Ю. Проблемы организации лучевой диагностики диспансерным пациентам онкологического профиля / С. Ю. Ломаков // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – № 1 (69). – С. 158-162.

233. Магданов, П. В. Современная парадигма стратегического планирования / П. В. Магданов // ARS ADMINISTRANDI. – 2014. – № 1. – С. 5-16.

234. Магданов, П. В. Современный подход к стратегическому планированию / П. В. Магданов // ARS ADMINISTRANDI. – 2011. – № 1. – С. 11-26.

235. Максимова, И. М. Развитие закономерностей в методологии регионального стратегического планирования / И. М. Максимова // Региональная экономика: теория и практика. – 2009. – № 33. – С. 47-53.

236. Малиновская, О. В. Форсайт как технология стратегического планирования и управления / О. В. Малиновская, И. П. Скобелева // Финансы и кредит. – 2014. – № 32. – С. 2-13.

237. Малкина, Л. В. Развитие структурно-функциональной модели организации паллиативной помощи онкологическим больным / Л. В. Малкина, И. Н. Киселева, Е. А. Мохова // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2017. – Т. 7, – № 10. – С. 99-110.

238. Малютина, Н. Л. Основные проблемы онкологической помощи в условиях сельского здравоохранения / Н. Л. Малютина, Ш. Д. Харбедия // Детская медицина Северо-Запада. – 2020. – Т. 8, – № 1. – С. 219.

239. Мартыненко, Т. С. Болезни образа жизни: здоровье человека в современном городе / Т. С. Мартыненко // Вестник РУДН. Серия: Социология. – 2021. – № 1. – С. 18-35.

240. Марченко, В. В. Оценка эффективности социального управления в регионе на основе мониторинга показателей качества жизни населения / В. В. Марченко // Наука и современность. – 2010. – № 5-2. – С. 146-151.

241. Медико-социальное исследование мнений родителей о проблемах организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации / М. Ю. Рыков, О. А. Манерова, И. А. Турабов [и др.] // Социология медицины. – 2020. – Т. 19, – № 1. – С. 53-59.

242. Международные стандарты аккредитации медицинских организаций / пер. с англ. под ред. А. Ю. Абрамова, Г. Э. Улумбековой ; [предисл. Р.У. Хабриева]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, – 2013. – 224 с. – Текст: непосредственный.

243. Мезенцева, Е. Н. Стратегическое планирование в системе управления машиностроительного предприятия: дисс. ... канд. эк. наук : 08.00.05 / Мезенцева Екатерина Николаевна ; Пермский филиал ФГБУ науки Института экономики Урштьского отделения Российской академии наук. – Тюмень, 2013. – 157 с.

244. Мельникова, Л. С. Обеспечение качества и доступности медицинской помощи в условиях страховой модели (по материалам мастерской стратегического планирования) / Л. С. Мельникова, Н. Н. Сисигина, В. В. Омеляновский // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2016. – № 1 (23). – С. 17-23.

245. Мельникова, Н. С. Стратегия развития здравоохранения в Астраханской области: итоги и перспективы / Н. С. Мельникова // Региональная экономика. Юг России. – 2017. – № 2 (16). – С. 67-73.

246. Мерабишвили, В. М. Состояние онкологической помощи в России: однолетняя выживаемость больных злокачественными новообразованиями и летальность на первом году жизни по всем локациям опухолей (популяционное исследование на уровне Федерального округа) / В. М. Мерабишвили, А. М. Беляев // Вопросы онкологии. – 2023. – № 1. – С. 55-65.

247. Метельская, А. В. Социальные аспекты поведения пациентов в процессе взаимодействия с врачами / А. В. Метельская // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2021. – № 1 (69). – С. 38-41.

248. Методика проведения эпидемиологического исследования потребности онкологических пациентов в паллиативной медицинской помощи / Г. А. Новиков, Е. С. Введенская, О. В. Зеленова, Д. В. Подкопаев // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 3. – С. 5-9.

249. Методические подходы к стратегическому планированию территориального здравоохранения и санаторно-курортной помощи / И. И. Пилипенко, Л. Ы. Куулар, О. Ю. Буйкина [и др.] // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2007. – Т. 27, – № 6. – С. 99-104.

250. Методические принципы управления качеством медицинской деятельности на территории / А. Л. Линденбратен, Е. Ю. Лудупова, Н. К. Гришина, С. М. Сердюковский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 28 (5). – С. 959-963.

251. Методология разработки стратегии развития системы здравоохранения региона / А. Н. Семин, И. М. Насибуллин, М. М. Кислицкий, В. Д. Шаховцев // Научное обозрение. – 2016. – № 19. – С. 81-90.

252. Мешков, Д. О. Организация медицинской помощи при раке молочной железы: динамика за 2009-2019 гг. / Д. О. Мешков, Л. Ю. Безмельницына // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. – 2020. – № 3 (20). – С. 48-52.

253. Минаков, С. Н. Основные показатели работы онкологической службы города Москвы в 2016 г. / С. Н. Минаков, Ю. В. Левина // Злокачественные опухоли. – 2018. – Т. 8, – № 1. – С. 18-21.

254. Минцберг, Г. Школы стратегий. Стратегическое сафари. Экскурсия по дебрям стратегического менеджмента / Г. Минцберг, Б. Альстрэнд, Ж. Лампель – Москва : Альпина Паблишер. – 2013. – 367 с. – Текст: непосредственный.

255. Миронкина, М. А. Роль стратегического планирования на рынке услуг здравоохранения / М. А. Миронкина // Молодой ученый. – 2009. – № 11. – С. 145-147.

256. Миронова, А. А. Стратегическое планирование в системе социального управления крупным городом: дисс. ... канд. социол. наук : 22.00.08 / Миронова Анна Алексеевна ; Санкт-Петербургский Государственный университет. – Санкт-Петербург, 2019. – 494 с.

257. Михайлова, Ю. В. Научные основы стратегического планирования в здравоохранении / Ю. В. Михайлова // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 3. – С. 48-52.

258. Михайлюк, А. С. Мониторинг эффективности финансового менеджмента услуг здравоохранения региона: Обоснование и направления разработки / А. С. Михайлюк // Учет и статистика. – 2015. – № 2 (38). – С. 80-87.

259. Модель организации онкологической помощи населению региона / П. Ф. Кику, Г. Н. Алексеева, О. А. Измайлова [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – Т. 61, – № 6. – С. 284-291.

260. Модестов, А. А. Механизмы взаимодействия участников обязательного медицинского страхования для совершенствования системы оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями / А. А. Модестов, Е. В. Слепов, А. С. Ямщиков // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 4. – С. 13-23.

261. Мониторинг системы здравоохранения как элемент обеспечения социально-экономического развития муниципалитетов / С. Н. Митяков, О. И. Митякова, Т. А. Федосеева, И. В. Кольчик // Экономика и предпринимательство. – 2020. – № 9 (122). – С. 384-390.

262. Мороз, И. Н. Использование SWOT-анализа в учреждении здравоохранения при внедрении телеконсультирования / И. Н. Мороз // Проблемы здоровья и экологии. – 2019. – № 3 (61). – С. 85-91.

263. Московская область в цифрах (2023). Краткий статистический сборник. – Текст : электронный // Электронная библиотека Молодежь содружества. – URL: <https://youthlib.mirea.ru/ru/reader/4027> (дата обращения 13.02.2023).

264. Мустафин, Р. Н. Метод вирусной мимикрии в онкологии и перспективы его развития / Р. Н. Мустафин // Архивъ внутренней медицины. – 2023. – № 3 (71). – С. 165-171.

265. Мустафина, М. Д. Форсайт в общественном здравоохранении / М. Д. Мустафина // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2013. – № 1. – С. 319-321.

266. Муханова, И. Ф. Анализ организации онкологической помощи детскому населению республики Башкортостан и Российской Федерации / И. Ф. Муханова // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2016. – № 3 (24). – С. 3.

267. Муханова, И. Ф. Организация онкологической помощи больным со злокачественными новообразованиями в Российской Федерации / И. Ф. Муханова // Оренбургский медицинский вестник. – 2017. – Т. 5, – № 1 (17). – С. 64-67.

268. Муханова, И. Ф. Особенности организации онкологической помощи населению республики Башкортостан и Российской Федерации и пути ее совершенствования / И. Ф. Муханова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2017. – Т. 21. – № 1. – С. 117-126.

269. Мушников, Д. Л. Потенциал улучшения качества онкологической помощи / Д. Л. Мушников, В. А. Козлов, Б. А. Поляков // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, – № 9. – С. 91-97.

270. Мясникова, Т. А. Теоретико-методологические положения и методическое обеспечение стратегирования социально-экономического развития муниципальных образований в регионах России: дисс. ... докт. эк. наук : 08.00.05 / Татьяна Алексеевна Мясникова ; ФГБОУ ВО «Воронежский государственный университет». – Воронеж, 2015. – 374 с.

271. Наджафова, М. Н. О применении стратегического планирования в системе здравоохранения / М. Н. Наджафова // Инновационный электронный научный журнал. – 2018. – № 2 (35). – С. 10.

272. Наджафова, М. Н. Проблема формирования ресурсного потенциала здравоохранения / М. Н. Наджафова // Региональный вестник. – 2018. – № 1 (10). – С. 20-22.

273. Назаров, В. П. Развитие теоретических и методологических основ стратегического планирования в Российской Федерации в условиях новых вызовов и угроз: дисс. ... д. политич. наук : 23.00.02 / Владимир Павлович Назаров ; МГИМО. – Москва, 2021. – 463 с.

274. Назаров, В. П. Развитие теоретических и методологических основ стратегического планирования / В. П. Назаров ; под общ. ред. Т.А. Алексеевой. – Москва : КНОРУС, 2022. – 332 с. – Текст : непосредственный.

275. Найговзина, Н. Б. Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье» / Н. Б. Найговзина, В. Б. Филатов, М. А. Патрушев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 2. – С. 216-221.

276. Негай, Н. А. Стратегическое планирование и эффективный менеджмент как предпосылки дальнейшего развития здравоохранения Казахстана // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – № 5-3 (36). – С. 61-63.

277. Некоторые проблемы оптимизации управления онкологической помощью населению Дальневосточного Федерального округа / С. В. Юдин, М. В. Жерновой, П. Ф. Кику, С. С. Юдин // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2015. – № 3. – С. 21-27.

278. Некоторые результаты исследования качества жизни, релевантного здоровью, больных с артериальной гипертензией / И. Л. Кром, Н. Ю. Жужлова, Г. Ю. Сазанова, К. Э. Соболев // Социология медицины. – 2016. – Т.15, – № 2. – С. 122-128.

279. Необходимость и перспективы развития паллиативной помощи пациентам с онкологической патологией / Н. Н. Антоненкова, Г. В. Якимович, И. Д. Черных [и др.] // Онкологический журнал. – 2014. – Т. 8, – № 1 (29). – С.40-45.

280. Нечаева, О. Б. Оценка оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях в России / О. Б. Нечаева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1. – С. 246-266.

281. Нечаева, О. Б. Оценка результативности онкологической медицинской помощи в России / О. Б. Нечаева // Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 1, – № 12 (309). – С. 5-10.

282. Нечаева, О. Б. Эпидемиологическая ситуация при онкологических заболеваниях в России / О. Б. Нечаева, Ю.В. Михайлова, И.Ю. Чухриенко // Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 2, – № 31 (368). – С. 54-60.

283. Низова, Л. М. Здравоохранение как элемент социальной политики на региональном уровне / Л. М. Низова, И. Г. Соловьева // Социальная политика и социальное партнерство. – 2018. – № 11. – С. 17-22.

284. Низова, Л. М. Социальное партнерство в сфере модернизации здравоохранения / Л. М. Низова, И. Г. Кислицына // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 3. – С. 428-432.

285. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь : Методические рекомендации / Е. В. Каракулина, Г. Г. Введенский, И. Н. Ходырева [и др.] – 3-е издание с дополнениями и уточнениями – Москва : ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2023. – 146 с. – Текст: непосредственный.

286. Новокрещенова, И. Г. Роль среднего медицинского персонала при оказании медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста / И. Г. Новокрещенова, И. В. Новокрещенов // Клиническая геронтология. – 2017. – № 3-4. – С. 8-12.

287. Новоселов, С. В. Теоретические аспекты развития системы здравоохранения / С. В. Новоселов – Текст : электронный // Современные научные исследования и инновации. – 2022. – № 1. URL: <https://web.snauka.ru/issues/2022/01/97536> (дата обращения: 11.08.2023).

288. Об организации медицинской помощи населению Хабаровского края при онкологических заболеваниях в 2008-2018 гг. / Б. Н. Корсяков, А. В. Волков, А. С. Зенюков, Т. А. Белова // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2018. – № 1 (30). – С. 3-7.

289. Обоснование дифференцированных оценочных критериев результативности онкологической помощи / Л. Ю. Пастухова, Б. Б. Кравец, А. П. Припачкина, А. А. Пастухов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2012. – Т. 11, – № 1. – С. 86-89.

290. Оганесян, Г. С. Роль стратегического планирования в развитии муниципалитета на примере сферы здравоохранения Ростова-на-Дону / Г. С. Оганесян, С. А. Хачатрян // Академия педагогических идей Новация. Серия: Студенческий научный вестник. – 2020. – № 1. – С. 8-11.

291. Оганесян, М. Г. Онкологическая заболеваемость как проблемы социальной медицины / М. Г. Оганесян // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2015. – № 1 (45). – С. 533-554.

292. Огнева, Е. Ю. Анализ причин неудовлетворенности населения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями в Московской области / Е. Ю. Огнева, Е. В. Гамеева // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 28-36.

293. Огнева, Е. Ю. Обращения и жалобы пациентов онкологического профиля в Московской области. Причины, структура, меры по снижению / Е. Ю. Огнева, Е. В. Гамеева, Ю. Н. Огнев // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 4. – С. 366-381.

294. Онкологические калькуляторы для расчета потребности в лекарственных препаратах: Обоснование необходимости создания и сравнительная характеристика / А. В. Петровский, В. А. Амосова, Е. Е. Туменко [и др.] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2021. – № 1 (43). – С. 9-21.

295. Оптимизация системы раннего выявления онкологических заболеваний в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена / И. Э. Есауленко, Т. Н. Петрова, А. А. Толбин, О. С. Саурина // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2023. – № 4. – С. 635-642.

296. Опыт маршрутизации онкологических больных в Свердловской области / И. М. Сон, И. В. Ларичева, В. Б. Шаманский [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 10. – С. 6-17.

297. Организация медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в одном из регионов Северо-Кавказского федерального округа / М. Ю. Рыков, Е. Н. Байбарина, О. В. Чумакова, В. Г. Поляков // Онкопедиатрия. – 2016. – Т. 3, – № 4. – С. 261-266.

298. Организация оказания паллиативной помощи онкологическим больным в г. Казани / Ф. Ш. Ахметзянов, Н. Г. Шайхутдинов, Р. Ш. Хасанов, И. В. Шаймарданов // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. – № 2. – С. 44-48.

299. Организация онкологической службы республики Башкортостан / М. В. Забелин, А. А. Измайлов, Р. Т. Аюпов [и др.] // Злокачественные опухоли. – 2021. – Т. 11, – № 3. – С. 6-11.

300. Организация программ реабилитации онкологических пациентов на основе междисциплинарного подхода / М. Ф. Баллюзек, А. К. ИONOва, М. В. Машкова [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5, – № 4. – С. 91-97.

301. Организация работы онкологической службы Свердловской области в условиях пандемии COVID-19 / В. Г. Елишев, А. С. Шершевер, Е. А. Киселев [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2021. – № 4. – С. 31-40.
302. Организация работы центров амбулаторной онкологической помощи в Тюменской области / Е. Н. Неверова, В. И. Павлова, Е. А. Гайсина [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. – 2020. – Т. 16, – № 5 (88). – С. 9-10.
303. Организация экстренной и неотложной помощи в Забайкальском краевом онкологическом диспансере / М. Г. Пимкин, Е. Н. Блохина, О. В. Кудрявцева [и др.] // Менеджмент качества в медицине. – 2020. – № 3. – С. 46-54.
304. Орлов, Е. В. Оценка согласованности региональных и муниципальных документов стратегического планирования / Е. В. Орлов // Экономика региона. – 2023. – № 19 (3). – С. 711-728.
305. Орлов, С. А. Подходы к планированию медицинской инфраструктуры и коечного фонда медицинских организаций в условиях развития и распространения коронавирусной инфекции COVID-19 / С. А. Орлов, К. Э. Соболев, О. Ю. Александрова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 1. – С. 25-31.
306. Орман, Ж. Б. Зачем включать малоинформативные индикаторы в государственную программу развития здравоохранения? / Ж. Б. орман // Journal of Health Development. – 2019. – Т. 5. – № 5 (34). – С. 59-67.
307. Орманбетова, К. Сравнительный анализ кадрового состава в отделах стратегического планирования отечественных и зарубежных организаций здравоохранения / К. Орманбетова // Денсаулык сактауды дамыту журналы. – 2012. – № 3 (64). – С. 54-57.
308. Осипова, Н. Г. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации / Н. Г. Осипова, Т. В. Семина // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2017. – № 3. – С. 4-29.
309. Основные направления анализа экономических затрат при оказании онкологической помощи населению / Д. А. Андреев, К. И. Полякова, А. А. Завьялов [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12. – № 4. – С. 310-317.

310. Основные направления реализации региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» в Челябинской области / А. В. Важенин, Ю. А. Семёнов, Л. А. Землянская [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 38-45.

311. Основные показатели онкологической помощи населению юга Тюменской области в 2019 г. / Е. Н. Неверова, В. И. Павлова, Е. А. Гайсина [и др.] // Научный форум. Сибирь. – 2020. – Т. 6, – № 1. – С. 5-8.

312. Основные принципы построения системы критериев и показателей для оценки качества и эффективности медицинской деятельности / А. Л. Линденбрaten, Н. К. Гришина, С. М. Сердюковский [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2020. – № 2. – С. 30-35.

313. Особенности маршрутизации пациентов и применения процессного подхода в онкологической службе на региональном уровне / Р. А. Мурашко, С. Н. Алексеенко, А. А. Кошкарров [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2021. – Т. 28. – № 1. – С. 84-102.

314. Особенности оказания онкологической помощи в условиях пандемии COVID-19: Взгляд юриста и клинициста / Н. Ю. Чернусь, А. Г. Кедрова, С. Э. Красильников, О. И. Иванинский // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2020. – Т. 16. – № 1. – С. 85-90.

315. Особенности синдрома эмоционального выгорания управленческих кадров системы здравоохранения / П. С. Твилле, Т. Л. Савинова, Р. А. Хальфин [и др.] // Здоровье мегаполиса. – 2023. – № 3. – С. 13-25.

316. Оценка деятельности медицинской организации посредством SWOT-анализа / А. Х. Гудов, С. В. Поляков, В. А. Каменский, О. В. Чигринцев // Лабораторная служба. – 2012. – № 1. – С. 9-12.

317. Оценка доступности исследований методами КТ и МРТ для онкологических больных Санкт-Петербурга / В. Н. Поспелова, Б. А. Минько, С. М. Гелбутовская, Е. А. Строгонов // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2019. – Т. 26, № 1. – С. 29-34.

318. Оценка здравоохранения и направления развития системы здравоохранения Смоленской области / С. М. Сапожникова, С. А. Чудакова, Л. Ф. Ковалева, Л. И. Турович // Московский экономический журнал. – 2022. – № 5. – С. 404-416.

319. Оценка распространенности патологии как элемент стратегического планирования в здравоохранении / А. И. Бабенко, А. А. Шимит, Е. А. Бабенко, С. А. Кострубин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2014. – № 1. – С. 32-35.

320. Оценка эффективности и качества оказания первичной медицинской помощи населению / А. И. Вялков, Г. П. Сквирская, И. М. Сон, И. Ф. Серегина // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 5. – С. 62-66.

321. Оценка эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях подушевого финансирования / А. Л. Линденбратен, П. П. Чуваткин, Н. К. Гришина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 27 (2). – С. 144-146.

322. Оценка эффективности проекта «патронаж на дому» в Москве / Н. К. Гришина, Н. Б. Соловьева, С. М. Головина, Н. Б. Атаева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 3. – С. 492-496.

323. Павлова, Ю. В. Правовые проблемы лекарственного обеспечения при оказании медицинской помощи онкологическим больным: Анализ правоприменительной практики / Ю. В. Павлова // Медицинское право: теория и практика. – 2017. – Т. 3, – № 2 (6). – С. 318-332.

324. Парфенов, В. Г. Мониторинг управления в регионах Центрального федерального округа: оценка качества жизни / В. Г. Парфенов // Мир науки. – 2013. – № 3. – С. 6.

325. Пашигорова, Л. В. Социальные аспекты реализации Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» / Л. В. Пашигорова, Б. Т. Пономаренко // Этносоциум и межнациональная культура. – 2020. – № 4 (142). – С. 34-42.

326. Петренко, М. С. Оценка зарубежного опыта финансирования здравоохранения / М. С. Петренко, Л. Ю. Питерская // Теория и практика современной науки. – 2017. – № 5 (23). – С. 656-661.

327. Петров Н. Н. Общее учение об опухолях (патология и клиника). / Н. Н. Петров – Санкт-Петербург : Изд-во журнала «Гигиена и санитария», 1910. – 375 с. – Текст : непосредственный.

328. Петров, А. М. Человеческий капитал, как элемент развития стратегического планирования в РФ (Национальный проект «Здравоохранение») / А. М. Петров // Экономические науки. – 2021. – № 198. – С. 208-212.

329. Пирогов, М. В. Инновационные подходы к оценке эффективности врачебной деятельности в медицинском стационаре / М. В. Пирогов, К. Э. Соболев // Бухучет в здравоохранении. – 2019. – № 11 (215). – С. 50-57.

330. Пирогов, М. В. Инновационные подходы к планированию медицинской помощи в многопрофильном стационаре / М. В. Пирогов, К. Э. Соболев // Бухучет в здравоохранении. – 2020. – № 12 (228). – С. 61-71.

331. Пирогов, М. В. Методологические подходы и практические решения по организационно-экономическому планированию в здравоохранении современной России: Монография / М. В. Пирогов, К. Э. Соболев. – Москва, ООО «Медиком», 2021. – 912 с. – Текст: непосредственный.

332. Пирогов, М. В. Современные инновационные решения по медико-экономической стандартизации медицинской помощи / М. В. Пирогов, К. Э. Соболев // Бухучет в здравоохранении. – 2019. – № 12 (216). – С. 51-59.

333. Плутницкий, А. Н. Эволюция планирования здравоохранения в России и в мире / А. Н. Плутницкий, С. М. Головина // Российская Академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 162-164.

334. Положенцева, Ю. С. Анализ эффективности системы здравоохранения: основные тенденции развития и перспективы модернизации / Ю. С. Положенцева, Н. С. Муштенко, А. Д. Хомутишникова // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. – 2020. – Т. 10, – № 3. – С. 123-139.

335. Портер М. Э. Конкуренция. / М. Э. Портер – Москва : Вильямс, 2005. – 608 с. – Текст: непосредственный.

336. Предпосылки создания онкологического сегмента региональной телемедицинской сети / В. М. Леванов, И. А. Камаев, О. В. Железин, Е. В. Гребёнкина // Медицинский альманах. – 2018. – № 6 (57). – С. 21-25.

337. Пржедецкая, Н. В. Цифровизация как основа обеспечения конкурентоспособности онкологической службы в России / Н. В. Пржедецкая, Ю. В. Пржедецкий // Вестник Ростовского государственного экономического университета (РИНХ). – 2020. – № 1 (69). – С. 51-55.

338. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. М. Алексеева [и др.], ; под ред. А. В. Решетникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 179 с. – Текст: непосредственный.

339. Применение методов имитационного моделирования в организации медицинской помощи в период 2016-2021 гг. (систематический обзор). / Е. И. Цуканова, Е. П. Какорина, С. С. Алексанин, Р. А. Хальфин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 9-10. – С. 3-14.

340. Применение форсайт-технологии для ограничения распространения инфекций, передаваемых половым путем, в популяции / Н. Л. Струин, Н. Н. Струина, М. А. Уфимцева [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2022. – Т. 21, – № 3. – С. 21-29.

341. Применение цифровых технологий в паллиативной медицинской помощи / Г. С. Лебедев, Д. В. Невзорова, Г. С. Клименко [и др.] // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. – 2019. – № 2 (3). – С. 47-51.

342. Принципы моделирования и управления системой здравоохранения / Н. А. Гладских, О. В. Судаков, Н. Ю. Алексеев, Е. В. Богачева // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, – № 3. – С. 47-52.

343. Принципы формирования региональной политики здравоохранения в части онкологической помощи / В. А. Козлов, Е. Л. Фунтикова, Б. А. Поляков, Д. Л. Мушники // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, – № 12. – С. 100-103.

344. Приоритетные направления формирования и поддержания здорового образа жизни в условиях мегаполиса / О. Е. Коновалов, А. М. Алленов, Р. В. Горенков [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 3. – С. 421-425.

345. Присяжная, Н. В. Восприятие итогов модернизации системы здравоохранения медицинскими специалистами / Н. В. Присяжная, М. О. Корягин // Социология медицины. – 2019. – Т. 18. – № 2. – С. 122–127.

346. Проблемы организации онкологической службы крупного города в оценках врачей-онкологов / С. Ю. Ломаков, Н. И. Вишняков, Л. В. Кочорова, Е. А. Кириллова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 6 (189). – С. 174-179.

347. Программа «Национальная технологическая инициатива». – Текст : электронный. – URL: <https://asi.ru/nti/> (дата обращения: 11.08.2022).

348. Просалова, В. С. Разработка методических рекомендаций к определению потребности числа врачебных кадров в стационаре лечебного учреждения / В. С. Просалова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1. – С. 577.

349. Пути улучшения онкологической помощи / Э. А. Тилеков, Д. Д. Ибраимова, О. А. Болбачан, К. И. Садамкулова // Бюллетень науки и практики. – 2020. – Т. 6, – № 2. – С. 122-131.

350. Рабаданова, М. Р. Информационное обеспечение процесса стратегического планирования в системе здравоохранения / М. Р. Рабаданова // Успехи современной науки и образования. – 2017. – Т. 5, – № 4. – С. 74-77.

351. Рабаданова, М. Р. Стратегическое планирование в системе управления учреждением здравоохранения / М. Р. Рабаданова // APRIORI. Серия: Естественные и технические науки. – 2013. – № 1. – С. 26.

352. Разработка проектного решения по созданию компьютерного модуля для персонифицированного учета пациентов со злокачественными новообразованиями, нуждающихся в обезболивании. Методические рекомендации / С. В. Кононова, М. В. Лебедева, Е. П. Гладунова [и др.] ; – Казань: Бук, – 2019. – 46 с. – Текст: непосредственный.

353. Рак трахеи, бронхов и легкого на территории Амурской области / В. П. Гордиенко, Е. М. Ролько, С. А. Песчанская, А. В. Мельникова // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2015. – № 58. – С. 59-65.

354. Рак. – Текст : электронный // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – URL: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 (дата обращения: 26.05.2022).

355. Распространенность онкологических заболеваний у различных групп населения в России и мире / О. В. Сертакова, Д. Н. Решетов, М. Н. Дудин, М. Ю. Голубева // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 33-46.

356. Региональная модель оказания паллиативной медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями / Ф. Ш. Ахметзянов, И. И. Хайруллин, И. В. Шаймарданов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, – № 5. – С. 888-892.

357. Результаты внешнего аудита медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации / А. Ю. Кудряков, Н. М. Федоров, В. Ю. Зуев [и др.] // Злокачественные опухоли. – 2017. – Т. 7, – № 3. – С. 109-111.

358. Результаты и перспективы деятельности службы паллиативной помощи онкологическим больным в Самарской области / А. Г. Егорова, А. Е. Орлов, О. В. Осетрова [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2013. – № 4. – С. 14-21.

359. Результаты первого в России эпидемиологического исследования потребности онкологических пациентов в паллиативной медицинской помощи и оценка эффективности и безопасности методов диагностики патологических симптомов / Г. А. Новиков, Е. С. Введенская, О. В. Зеленова [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 4. – С. 5-10.

360. Репринцева, Е. В. Анализ факторов макросреды ОБУЗ «Центр медицинской профилактики» / Е. В. Репринцева // Региональный вестник. – 2021. – № 1 (57). – С. 43-45.

361. Репринцева, Е. В. Направления повышения эффективности деятельности медицинской организации / Е. В. Репринцева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 2-2. – С. 254-257.

362. Репринцева, Е. В. О влиянии факторов внешней среды на перспективы развития аптечных организаций / Е. В. Репринцева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 2-2. – С. 258-262.

363. Репринцева, Е. В. Развитие здравоохранения в Курской области: социальный и экономический аспекты. / Е. В. Репринцева – Текст : электронный // Инновации: электронный научный журнал. – 2017. – № 3 (32). URL: <http://www.innov.ru/science/economy/razvitie-zdravookhraneniya-v-kursko> (дата обращения (12.09.2023)).

364. Ресурсное обеспечение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара при новой коронавирусной инфекции COVID-19 / С. А. Орлов, Р. А. Хальфин, О. Ю. Александрова, А. П. Столбов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 5. – С. 1034-1039.

365. Решетников А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2010. – № 1 (16). – С. 3-12.

366. Решетников А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть IV) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – № 2 (19). – С. 3-10.

367. Решетников, А. В. Проблемы и актуальные направления дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития системы здравоохранения Московской области: результаты экспертного опроса / А. В. Решетников, К. Э. Соболев, Н. С. Голикова // Социология медицины. – 2023. – Т. 22. – №1. – С. 5-17.

368. Решетников, А.В. Концептуальная модель организации медико-социологического мониторинга результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (по материалам Московской обл.) / А.В. Решетников, К.Э. Соболев // Социология медицины. –2022. – Т. 21, – № 1. – С. 5-15.

369. Решетников, А. В. Критерии и показатели оценки социально-экономической эффективности управления финансовыми ресурсами системы ОМС / А. В. Решетников // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 25-26.

370. Решетников, А. В. Медико-социологическая оценка качества жизни онкологических больных, получающих терапию отечественными цитокинами / А. В. Решетников, Н. В. Присяжная, К. Э. Соболев // Социология медицины. – 2016. – Т. 15. – № 1. – С. 52-57.

371. Решетников, А. В. Медико-социологический мониторинг системы обязательного медицинского страхования / А. В. Решетников, Н. Н. Богачанская, С. В. Павлов // В сборнике: Сборник научных трудов Всероссийской медицинской научно-практической конференции «Развитие российского здравоохранения на современном этапе». – М., – 2013. – С. 94-95.

372. Решетников, А. В. Медико-социологический мониторинг. Руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное / А. В. Решетников, К. Э. Соболев. – Москва : ГЕОТАР-Медиа, 2022. – 664 с. – Текст: непосредственный.

373. Решетников, А. В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А. В. Решетников, Л. М. Астафьев // Социология медицины. – 2005. – № 1 (6). – С. 32-38.

374. Решетников, А. В. Основы построения медико-социологического мониторинга в системе обязательного медицинского страхования / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2009. – № 1 (14). – С. 3-11.

375. Решетников, А. В. Особенности нормативно-правового регулирования оказания онкологической помощи детям в России и за рубежом / А. В. Решетников, М. Г. Гевандова, Н. В. Присяжная // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – Т. 14, – № 2. – С. 412-416.

376. Решетников, А. В. Социальный портрет и особенности медицинского поведения потребителей медицинских услуг системы здравоохранения Московской области : медико-социологическое исследование / А. В. Решетников, К. Э. Соболев, Е. Б. Марочкина // Социология медицины. – 2022. – Т. 21. – № 2. – С. 131-145.

377. Решетников, А. В. Социология медицины : под руководством / А. В. Решетников. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 864 с.

378. Решетников, А.В. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / А. В. Решетников, Н. Н. Стадченко, К. Э. Соболев // Социология медицины. – 2015. – Т.14, – № 1. – С.19-25.

379. Решетников, В. А. Опыт подготовки руководителей здравоохранения в лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения» / В. А. Решетников, В. Н. Трегубов, Н. А. Соколов // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2018. – № 1 (31). – С. 156-163.

380. Российская Федерация Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. О направлении расшифровок клинко-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования : письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14531/26-2/и от 12 декабря 2017 г. – Текст : электронный. – Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71746176/> (дата обращения: 08.03.2022 г.).

381. Российская Федерация. Законы. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов : Федеральный закон от 08.12.2020 № 391-ФЗ. – Текст : электронный. // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <https://base.garant.ru/75016869/> (дата обращения: 20.04.2022).

382. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в Федеральный закон «О стратегическом планировании в Российской Федерации» Федерации : Федеральный закон Российской Федерации от 23 июня 2016 г. № 210-ФЗ Президент России : офиц. сайт URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/40910> (дата обращения: 15.01.2022 г.).

383. Российская Федерация. Законы. О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации : Федеральный закон Российской Федерации от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ Президент России : офиц. сайт URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/8100> (дата обращения: 08.03.2022 г.).

384. Российская Федерация. Законы. О стратегическом планировании в Российской Федерации : Федеральный закон Российской Федерации от 28.06.2014 № 172-ФЗ (ред. от 31.07.2020). – Текст : электронный. Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <https://base.garant.ru/70684666/> (дата обращения: 26.03.2022).

385. Российская Федерация. Законы. Об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления : Федеральный закон от 09.02.2009 № 8-ФЗ (ред. от 28.12.2017). – Текст : электронный. // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <https://base.garant.ru/194874/> (дата обращения: 30.05.2023).

386. Российская Федерация. Законы. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <https://base.garant.ru/12180688/> (дата обращения: 20.01.2023).

387. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ. – Текст : электронный. // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 26.05.2022).

388. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 №541н – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL : <https://base.garant.ru/12178397/> (дата обращения: 20.01.2022).

389. Российская Федерация. Министерство здравоохранения Московской области. О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов : постановление Правительства Московской области от 29.12.2020 №1050/43 – Текст : электронный // Министерство образования Московской области : офиц. сайт. URL : <https://mosreg.ru/download/document/1101873> (дата обращения: 20.01.2022).

390. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Министерство здравоохранения : офиц. сайт. URL: minzdrav.gov.ru (дата обращения: 28.11.2022).

391. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 : приказ Министерства здравоохранения № 198н от 19 марта 2020 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант» – URL : <https://base.garant.ru/73769697/?ysclid=lugrng85v6407825839> (дата обращения: 12.08.2022).

392. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации : приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 февраля 2013 г. № 66. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217532/> (дата обращения: 30.05.2022) (дата обращения: 28.05.2022).

393. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях : приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2021 г. № 116н. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://base.garant.ru/400533605/> (дата обращения: 19.01.2022).

394. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями : приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 июня 2020 г. № 548н – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://base.garant.ru/74317648/> (дата обращения: 26.05.2022).

395. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения : Приказ Министерства здравоохранения РФ № 824н от 2 октября 2019 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72956290/> (дата обращения: 28.08.2022).

396. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг. – Текст : электронный // Министерство здравоохранения РФ : офиц. сайт. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravooohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period> (дата обращения: 30.05.2022).

397. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» (minzdrav.gov.ru). – Текст : электронный // Министерство здравоохранения РФ : офиц. сайт. URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooohranenie/onko> (дата обращения: 24.03.2023).

398. Российская Федерация. Министерство образования Московской области. Об утверждении государственной программы Московской области «Образование Подмосковья» на 2020-2025 годы и признании утратившим силу постановления Правительства Московской области № 784/39 от 25.10.2016 г. «Об утверждении государственной программы Московской области «Образование Подмосковья» на 2017-2025 годы : постановление Правительства Московской области № 734/36 от 15.10.2019 г. – Текст : электронный // Министерство образования Московской области : офиц. сайт. URL : <https://mo.mosreg.ru/dokumenty/napravleniya-deyatelnosti/gosudarstvennaya-programma-moskovskoi-oblasti-obrazovanie-podmoskovya-na-2020-2025-gody/13-07-2020-10-12-36-postanovlenie-pravitelstva-moskovskoy-oblasti-ot> (дата обращения 14.07.2022).

399. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта “Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья : приказ Министерства труда и социальной защиты от 07 ноября 2017 №768 – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL : <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71722794/> (дата обращения: 20.01.2022).

400. Российская Федерация. Министерство экономического развития. Об утверждении Методических рекомендаций по разработке и корректировке стратегии социально-экономического развития субъекта Российской Федерации и плана

мероприятий по ее реализации : Приказ Министерства экономического развития РФ № 132 от 23 марта 2017 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71542236/> (дата обращения: 26.07.2022).

401. Российская Федерация. Правительство Московской области. О введении в Московской области режима повышенной готовности для органов управления и сил Московской областной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и некоторых мерах по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) на территории Московской области: постановление губернатора московской области № 108-ПГ от 12 марта 2020 г. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. URL : <https://mosreg.ru/download/document/1059226> (дата обращения 14.07.2022 г.).

402. Российская Федерация. Правительство Московской области. О внесении изменений в государственную программу Московской области «Здравоохранения Подмосковья» : постановление № 354/15 от 11 мая 2016 г. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. URL : <https://mosreg.ru/download/document/68246> (дата обращения 04.08.2022 г.).

403. Российская Федерация. Правительство Московской области. О досрочном прекращении реализации государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 годы и утверждении государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья на 2019-2024 годы» : постановление Правительства Московской области № 715/36 от 09 октября 2018 г. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. – URL: <https://mosreg.ru/download/document/956167> (дата обращения: (16.01.2022 г.).

404. Российская Федерация. Правительство Московской области. О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов : постановление № 1047/45 от 27 декабря 2019 г. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. URL : <https://mosreg.ru/download/document/1052926> (дата обращения 14.07.2022 г.).

405. Российская Федерация. Правительство Московской области. О Стратегии социально-экономического развития Московской области на период до 2030 года : постановление № 1023/45 от 28 декабря 2018 г. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. URL : <https://mosreg.ru/download/document/962295> (дата обращения 14.07.2022 г.).

406. Российская Федерация. Правительство Московской области. Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в Московской области на 2023 год : постановление № 1430 от 21 декабря 2022 г. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. URL : <https://mosreg.ru/download/document/1228088> (дата обращения: 07.04.2022).

407. Российская Федерация. Правительство Московской области. Об установлении выплаты медицинским работникам медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области на период чрезвычайных ситуаций и некоторых мер по предотвращению распространения COVID-2019 на территории Московской области : постановление № 211/11 от 17 апреля 2020 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант» – URL : <https://base.garant.ru/19164963/?ysclid=lugr210gax10722500> (дата обращения 15.11.2022).

408. Российская Федерация. Правительство Московской области. Об утверждении Порядка разработки и реализации государственных программ Московской области : постановление № 208/8 от 25 марта 2013 г. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. URL : <https://mosreg.ru/dokumenty/normotvorchestvo/prinyato-pravitelstvom/postanovlenie-pravitelstva-moskovskoy-oblasti-ot-25032013-2088-ob-utverzhdenii-poryadka-razrabotki-i-realizatsii-gosudarstvennykh-programm-moskovskoy-oblasti> (дата обращения 14.07.2022 г.).

409. Российская Федерация. Правительство Московской области. Об утверждении плана мероприятий (программы мероприятий), направленных на укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни граждан старшего поколения в Московской области, на 2020-2024 годы : распоряжение Правительства Московской области от 30.12.2020 № 1051-ПП. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. – URL: <https://mosreg.ru/dokumenty/normotvorchestvo/prinyato-pravitelstvom/rasporyazheniya-pmo/12-01-2021-13-46-07-rasporyazhenie-pravitelstva-moskovskoy-oblasti-ot> (дата обращения: 12.08.2022).

410. Российская Федерация. Правительство Московской области. Об утверждении государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на 2014-2020 годы : постановление № 663/38 от 23 августа 2013 г. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. – URL: <https://mosreg.ru/dokumenty/normotvorchestvo/prinyato-pravitelstvom/postanovlenie-pravitelstva-moskovskoy-oblasti-ot-23082013-66338-ob-utverzhdanii-gosudarstvennoy-programmy-moskovskoy-oblasti-zdravookhranenie-podmoskovya-na-2014-2020-gody> (дата обращения 15.11.2022).

411. Российская Федерация. Правительство. О временном приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения РФ : распоряжение Правительства РФ № 710-р от 21 марта 2020 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL : <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73681079/> (дата обращения: 16.01.2022 г.).

412. Российская Федерация. Правительство. О концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года : распоряжение Правительства РФ № 1662-р от 18 ноября 2008 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант» – URL : <https://base.garant.ru/194365/?ysclid=lugvp5s452605940829> (дата обращения: 11.06.2022 г.).

413. Российская Федерация. Правительство. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года : указ Президента РФ № 474 от 21.07.2020 г. – Текст : электронный. Президент России : офиц. сайт. URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/63728> (дата обращения: 13.02.2022 г.).

414. Российская Федерация. Правительство. О проведении в 2019 и 2020 годах всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации : распоряжение Правительства РФ № 1391-р от 27 июня 2019 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант» – URL : <https://base.garant.ru/72288176/> (дата обращения: 01.06.2022 г.).

415. Российская Федерация. Правительство. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов : постановление Правительства РФ № 2505 от 28 декабря 2021 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL : <https://base.garant.ru/403335795/> (дата обращения: 18.04.2022 г.).

416. Российская Федерация. Правительство. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов : постановление Правительства РФ № 2299 от 28 декабря 2020 г. (с изменениями и дополнениями). – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». URL : <https://base.garant.ru/400165890/> (дата обращения: 15.04.2022).

417. Российская Федерация. Правительство. О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации : постановление Правительства РФ №1242 от 12 октября 2017 г. – Текст : электронный// Сайт справочной правовой системы «Консультант Плюс». – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_280803/ (дата обращения: 11.08.2022)/

418. Российская Федерация. Правительство. О реализации мероприятий федеральных целевых программ, интегрируемых в отдельные государственные программы Российской Федерации : постановление Правительства РФ № 1243 от 12 октября 2017 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://base.garant.ru/71792302/> (дата обращения 03.03.2022).

419. Российская Федерация. Правительство. О Стратегии инновационного развития РФ на период до 2020 г. : распоряжение Правительства РФ № 2227-р от 8 декабря 2011 г. – Текст : электронный. – Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70006124/> (дата обращения: 13.05.2022).

420. Российская Федерация. Правительство. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года : указ Президента РФ № 537 от 12 мая 2009 г. – Текст : электронный. Президент России : офиц. сайт. URL: <http://www.kremlin.ru/supplement/424> (дата обращения: 30.06.2022).

421. Российская Федерация. Правительство. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации : указ Президента РФ № 683 от 31 декабря 2015 г. – Текст : электронный. – Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71196054/> (дата обращения: 03.10.2022).

422. Российская Федерация. Правительство. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года : указ Президента РФ № 254 от 06.06.2019 г. (ред. от 27.03.2023 г.). – Текст : электронный. Президент России : офиц. сайт. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326> (дата обращения: 16.01.2023).

423. Российская Федерация. Правительство. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» : указ Президента РФ № 204 от 07.05.2018 г. (ред. от 19.07.2018 г.). – Текст : электронный. Президент России : офиц. сайт. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027>. (дата обращения: 12.09.2022)

424. Российская Федерация. Правительство. Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации : постановление № 1288 от 31 октября 2018 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71993040/> (дата обращения 18.03.2023).

425. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : постановление Правительства РФ № 1640 от 26 декабря 2017 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://base.garant.ru/71848440/> (дата обращения: 01.02.2022).

426. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» : распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г. – Текст : электронный // Сайт справочной правовой системы «Консультант Плюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_139821/ (дата обращения: 30.05.2022).

427. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении единого плана по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года : распоряжение Правительства РФ № 2765-р от 01.10.2021 г. – Текст : электронный. – URL: <https://www.zakonrf.info/rasporiazhenie-pravitelstvo-rf-2765-r-01102021/> (дата обращения: 26.07.2022).

428. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении Основ государственной политики в сфере стратегического планирования в Российской Федерации: указ Президента Российской Федерации № 536 от 12.05.2009 г. – Текст : электронный // Президент России : офиц. сайт URL: <http://www.kremlin.ru/acts/news/67074> (дата обращения: 01.05.2022).

429. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении Основ государственной политики в сфере стратегического планирования в Российской Федерации : указ Президента РФ № 633 от 08.11.2021 г. – Текст : электронный. Президент России : офиц. сайт. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/47244> (дата обращения: 26.07.2022).

430. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении Порядка разработки, реализации и оценки эффективности государственных программ Российской Федерации : Постановление Правительства РФ № 588 от 2 августа 2010 г. – Текст : электронный // Правительство России : офиц. сайт. URL : <http://government.ru/docs/all/> (дата обращения: 05.04.2022).

431. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования, в том числе в полном объеме, расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией : постановление № 415 от 2 апреля 2020 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант» –URL : <https://base.garant.ru/73837380/?ysclid=lugreyplr7494862824> (дата обращения: 02.11.2021).

432. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда

Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования в полном объеме расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19 : постановление № 484 от 12 апреля 2020 г. – Текст : электронный // Информационно-правовой портал «Гарант» – URL : <https://base.garant.ru/73881214/?ysclid=lugrjg96wm414644318> (дата обращения: 28.10.2021).

433. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов : распоряжение Правительства РФ № 521-РП от 25 июня 2019 г. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. – URL: <https://mosreg.ru/download/document/1004925> (дата обращения: (16.01.2022 г.).

434. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении Стратегии устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2030 года : распоряжение Правительства РФ № 151-р от 2 февраля 2015 г. – Текст : электронный. – Информационно-правовой портал «Гарант». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70761426/> (дата обращения: 13.05.2022).

435. Российская Федерация. Правительство. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018. – Текст : электронный // Сайт справочной правовой системы «Консультант Плюс». – URL : https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_291976/ (дата обращения: 05.12.2022).

436. Российские врачи об изменениях в системе отечественного здравоохранения и обязательного медицинского страхования / А. В. Решетников, Н. Н. Стадченко, К. Э. Соболев, А. А. Казакова // Социология медицины. – 2015. – Т.14. – № 2. – С. 3-9.

437. Рубцова, В. Н. Стратегический подход к формированию механизма государственной региональной здравоохранительной политики / В. Н. Рубцова // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. – 2019. – № 3 (77). – С. 143-147.

438. Рудко, А. А. Система оказания онкологической помощи на территории Томской области: Два года перемен / А. А. Рудко, Н. В. Ястребова // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2020. – № 6. – С. 38-44.

439. Руководители медицинских организаций как субъект управления системой здравоохранения / В. В. Уйба, Н. Ю. Стасевич, А. С. Оленев, А. К. Алиев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 6 (58). – С. 9.

440. Русских, Т. Н. Мониторинг медико-социальной эффективности деятельности региональных подсистем здравоохранения / Т. Н. Русских, В. И. Тинякова, С. П. Строев // Современная экономика: проблемы и решения. – 2017. – № 11 (95). – С. 101-111.

441. Русских, Т. Н. Мониторинг удовлетворенности потребителей качеством и доступностью медицинских услуг на сегментах рынка бесплатной и платной медицины / Т. Н. Русских, В. И. Тинякова // Научные ведомости. Серия Экономика и информатика. – 2018. – Т. 45, – № 4. – С. 666-676.

442. Рыков, М. Ю. Внедрение электронной базы данных детей с онкологическими заболеваниями в пилотных медицинских организациях: результаты проспективного когортного исследования / М. Ю. Рыков, И. А. Турабов, О. Г. Желудкова // Онкопедиатрия. – 2018. – Т. 5, – № 1. – С. 5-12.

443. Рыков, М. Ю. Медико-социологическое исследование мнений родителей (законных представителей) о проблемах организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями / М. Ю. Рыков // Злокачественные опухоли. – 2019. – Т. 9, – № 3. – С. 152-153.

444. Рыков, М. Ю. Медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации: доступность, качество и стратегия развития / М. Ю. Рыков // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 1. – С. 25-35.

445. Рыков, М. Ю. Общенациональная программа по борьбе с онкологическими заболеваниями: детская онкология / М. Ю. Рыков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – Т. 63, – № 5. – С. 6-12.

446. Рыков, М. Ю. Организация медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Центральном Федеральном округе / М. Ю. Рыков // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – Т. 18, – № 2. – С. 5-14.

447. Садовская, М. А. SWOT-анализ в здравоохранении как инструмент повышения устойчивости и эффективности сферы оказания медицинских услуг / М. А. Садовская, А. Ю. Новиков // The Scientific Heritage. – 2019. – № 42-2 (42). – С. 64-69.

448. Сахаров, А. Г. Устойчивое восстановление — вызовы и возможности для России / А. Г. Сахаров // Вестник международных организаций. – 2021. – Т. 16, – № 4. – С. 80-97.

449. Светличная, Т. Г. Организация онкологической помощи населению архангельской области (по данным официальной статистики и личного опыта пациентов) / Т. Г. Светличная, Н. А. Воробьева, Т. С. Подъякова // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 5. – С. 36-41.

450. Секторы, заинтересованные в охране здоровья населения в субъекте российской федерации в условиях пандемии COVID-19 / В. А. Решетников, Н. Г. Коршевер, В. В. Рюк, С. А. Сидельников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, – № 5. – С. 713-718.

451. Селезнев, П. С. Качественный и количественный анализ развития экспорта медицинских услуг за рубежом / П. С. Селезнев, Е. Н. Домбровская // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. – 2019. – Т. 9, – № 5. – С. 10-16.

452. Селиверстов, В. Е. Формирование многоуровневой системы стратегического планирования: методология, инструментарий, институты (на примере Сибири) / В. Е. Селиверстов // Регион: экономика и социология. – 2009. – № 2. – С. 207-218.

453. Сельское здравоохранение России в 2022 году. (Статистические материалы). Минздрав России. – М., 2023.

454. Семенкин, В. Ф. Определение проблем и основных направлений реформирования системы здравоохранения / В. Ф. Семенкин // Тенденции развития науки и образования. – 2020. – № 61-1. – С. 58-62.

455. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения : Учебное пособие. / Семенов В. Ю. – 2-е изд., перераб. – Москва : ООО «Издательство МИА». – 2014. – 1000 с. – Текст: непосредственный.

456. Семенов, В. Ю. Об опыте работы медицинских округов в Московской области / В. Ю. Семенов // Региональное здравоохранение : Текст: электронный. – URL: <https://федеральный-справочник.рф/files/FSZ/soderghanie/IV/semenov.pdf>

457. Семенов, В. Ю. Система обязательного медицинского страхования в оценках пациентов / В. Ю. Семенов, С. А. Лившиц, К. Ю. Лакунин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 28 (2). – С. 178-183.

458. Семенов, С. Н. Роль стратегического подхода в корректировке государственной региональной политики / С. Н. Семенов, В. Н. Рубцова, Е. В. Ильинская // Научное обозрение: теория и практика. – 2018. – № 1. – С. 6-20.

459. Семина, Т. А. Как работает московская онкологическая амбулаторная служба / Т. А. Семина // Московская медицина. – 2020. – № 2 (36). – С. 34-36.

460. Сёмина, Т. А. Качество медицинской помощи как объект социологической оценки/ Т. А. Семина // Студенческий. – 2020. – № 39-3 (125). – С. 95-98.

461. Сергеева, Н. М. SWOT- и PEST-анализы в системе стратегического управления учреждением здравоохранения / Н. М. Сергеева // Региональный вестник. – 2018. – № 5 (14). – С. 42-44.

462. Сергеева, Н. М. SWOT-анализ деятельности учреждения здравоохранения / Н. М. Сергеева // Региональный вестник. – 2020. – № 3 (42). – С. 90-92.

463. Сергеева, Н. М. О подходах к оценке эффективности функционирования медицинских организаций / Н. М. Сергеева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2017. – № 2 (1). – С. 72-76.

464. Сергеева, Н. М. Совершенствование стратегического планирования деятельности учреждения здравоохранения / Н. М. Сергеева, С. В. Трофимова // Региональный вестник. – 2017. – № 3 (8). – С. 8-9.

465. Сибурина, Т. А. Современные стратегии организации управления региональным здравоохранением: методологические подходы, перспективные технологии / Т. А. Сибурина – Москва, 2003. – 344 с. – Текст: непосредственный.

466. Сидельникова, К. Н. Паллиативная помощь онкологическим больным в г. Оренбурге / К. Н. Сидельникова, А. Р. Миниярова, Е. Г. Колосова // Студенческий вестник. – 2019. – № 8 (52). – С.30-34.

467. Симонян, Р. З. Проблема правового регулирования оказания медицинской помощи пациентам с онкопатологией / Р. З. Симонян, К. А. Алфимова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2021. – № 11. – С. 50-54.

468. Синяков, А. Г. Сравнительная оценка результатов оказания онкопомощи населению (относительная корректность и влияние уровня достоверности) / А. Г. Синяков, П. Б. Зотов // Академический журнал Западной Сибири. – 2020. – Т. 16, – № 5 (88). – С. 22-23.

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

470. Складорова, О. А. Применение SWOT-анализа в учреждениях здравоохранения / О. А. Складорова, У. А. Исенко // Учет и статистика. – 2017. – № 4 (48). – С. 107-113.

471. Смирнова, О. О. Основы стратегического планирования Российской Федерации: монография. / О. О. Смирнова – Москва : Издательский Дом «Наука», 2013. – 302 с. – Текст: непосредственный.

472. Смирнова, О. О. Сбалансированность стратегического планирования в России: о системности подходов к документам, программам и проектам / О. О. Смирнова, И. В. Митрофанова // Региональная экономика. Юг России. – 2019. – Т. 7, – № 3. – С. 14-24.

473. Соболев, К. Э. Концептуальная модель организации медико-социологического мониторинга результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (по материалам Московской обл.) / К. Э. Соболев // Социология медицины. – 2022. – Т. 21, – № 1. – С. 5-15.

474. Соболев, К. Э. Методические особенности расчета подушевого финансирования в здравоохранении России / К. Э. Соболев, А. Э. Жукова, М. В. Пирогов // Бухучет в здравоохранении. – 2020. – № 11 (227). – С. 57-65.

475. Соболев, К. Э. Новации 2020 года в правилах обязательного медицинского страхования / К. Э. Соболев, М. В. Пирогов // Бухучет в здравоохранении. – 2020. – № 9 (225). – С. 70-80.

476. Соболев, К. Э. Основные векторы финансового обеспечения системы здравоохранения Московской обл. за период с 2010 по 2021 год: историко-экономический анализ // Социология медицины. – 2022. – Т. 21. – № 1. – С. 25-36.

477. Соболев, К. Э. Особенности финансирования первичной медико-санитарной помощи в 2020 году / К. Э. Соболев, М. В. Пирогов // Бухучет в здравоохранении. – 2020. – № 10 (226). – С. 59-70.

478. Соболев, К. Э. Планирование специализированной медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп заболеваний / К. Э. Соболев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 5-6. – С. 3-10.

479. Совершенствование кадровой политики регионального здравоохранения / И. О. Маринкин, Е. Г. Кондюрина, Е. А. Аксенова [и др.] // Регионология. – 2020. – Т. 28, – № 3 (112). – С. 598-623.

480. Современное состояние паллиативной медицинской помощи на региональном уровне (на примере Воронежской области) / В. П. Косолапов, Ю. М. Чубирко, Г. В. Сыч, И. Е. Чубирко // Вестник новых медицинских технологий. – 2017. – Т. 24, – № 2. – С. 163-171.

481. Современные подходы к организации онкологической помощи больным колоректальным раком (обзор литературы) / А. В. Кутергин, О. И. Зырянова, М. В. Чайковская [и др.] // Доказательная гастроэнтерология. – 2021. – Т. 10, – № 1. – С. 17-29.

482. Современные подходы к рейтингу медицинских организаций на основе стратегии устойчивого развития учреждения здравоохранения / В. О. Щепин, Ю. И. Бравве, К. С. Толстова, О. А. Латуха // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 30 (1). – С. 116-122.

483. Соломатина, Е. И. Стратегическое планирование в здравоохранении / Е. И. Соломатина // Экономическая среда. – 2017. – № 2 (20). – С. 85-88.
484. Состояние медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями в Нижегородской области в 2017 году и мероприятия по ее совершенствованию / Е. В. Гребенкина, А. В. Гурьянова, М. С. Ушакова [и др.] // Поволжский онкологический вестник. – 2018. – № 3 (35). – С. 39-44.
485. Состояние онкологической помощи в Тюменской области (без автономных округов) за 2017 г. / А. Ю. Кудряков, Н. М. Федоров, В. Ю. Зуев [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. – 2018. – Т. 14, – № 5 (76). – С. 6-8.
486. Состояние онкологической помощи населению административных центров Сибирского Федерального округа / Л. Д. Жуйкова, Е. Л. Чойнзонов, О. А. Ананина [и др.] // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, – № 3. – С. 7-13.
487. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. по данным федерального статистического наблюдения / Г. В. Петрова, В. В. Старинский, О. П. Грецова [и др.] // Онкология. Журнал им. П. А. Герцена. – 2019. – Т. 8. – № 1. – С. 32-40.
488. Состояние организации онкологической помощи сельскому населению Томской области / Л. В. Пикалова, О. А. Ананина, Л. Д. Жуйкова [и др.] // Российский онкологический журнал. – 2016. – Т. 21, – № 3. – С. 151-155.
489. Союз Советских Социалистических Республик. Совет народных комиссаров. О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению : постановление № 935 от 30 апреля 1945 года. – Текст : электронный // Архивы Санкт-Петербурга. – URL : <https://spbarchives.ru/infres/-/archive/cgantd/R-4/11/46> (дата обращения: 14.02.2023 г.).
490. Стадченко, Н. Н. Новое в мониторинге предоставления онкологической помощи в Российской Федерации / Н. Н. Стадченко // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 35-37.
491. Становление российской онкологии до Великой Отечественной войны / Ш. Х. Ганцев, В. В. Старинский, А. М. Беляев [и др.] // Креативная хирургия и онкология. – 2020. – №10 (1). – С. 74-81.
492. Старченко, А. А. Дефекты онкологической помощи, которые грозят медорганизации финансовыми санкциями / А. А. Старченко, О. В. Тарасова // Заместитель главного врача. – 2017. – № 9. – С. 50-61.

493. Старшинова, Т. А. SWOT-анализ: методика проведения / Т.А. Старшинова, Н.И. Роговская / Т. А. Старшинова // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2020. – № 4 (52). – С. 62-71.

494. Столкова, А. С. Профессиональное выгорание медицинских работников: актуальный вопрос управления системой здравоохранения / А. С. Столкова // Национальное здравоохранение. – 2023. – № 4 (2). – С. 40-46.

495. Стратегический менеджмент: Учеб. пособие / В. Н. Родионова, Н. В. Федоркова, А. Н. Чекменев. – Москва : РИОР, 2003. – 81 с. – Текст : непосредственный.

496. Стратегический менеджмент: учебник / В. Н. Парахина, Л. С. Максименко, С. В. Панасенко. – Москва : КНОРУС. – 2011. – 496 с. – Текст : непосредственный.

497. Стратегическое планирование развития экономики: мировой опыт и выводы для России / С. М. Заверский, Е. С. Киселева, В. Ю. Кононова [и др.] // Вестник ИЭ РАН. – 2016. – № 2. – С. 22-40.

498. Стратегическое планирование регионального развития: учебное пособие / А. И. Мордвинцев, А. А. Соколов, Р. С. Дубов, Н. Е. Булетова; под ред. А. И. Мордвинцева ; Волгоградский институт управления – филиал ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы». – Волгоград: Изд-во Волгоградского института управления – филиала РАНХиГС, 2022. – 110 с. – Текст: непосредственный.

499. Стратегическое управление в многопрофильном медицинском центре / О. А. Страхова, О. А. Швецова, М. Н. Кузьминкова, М. А. Соколова // Актуальные проблемы экономики и права. – 2013. – № 1 (25). – С. 123-129.

500. Стратегия и проблемы устойчивого развития России в XXI веке / А. Г. Гранберг, В. И. Данилов-Данильян, К. С. Лосев [и др.] ; под ред. А. Г. Гранберга [и др.]. – Москва : Экономика – 2002. – 414 с. – Текст: непосредственный.

501. Сурмач, М. Ю. Медико-социологическое исследование: стандартизация планирования, особенности программы сбора материала / М. Ю. Сурмач // Медицинские новости. – 2017. – № 1. – С. 19-26.

502. Сурнина, Н. М. Развитие методологии регионального стратегического планирования / Н. М. Сурнина, С. А. Шишкина // Управленец. – 2013. – № 1 (41). – С. 56-63.

503. Таирова, Р. Т. Медико-социологический мониторинг как стратегический элемент менеджмента качества медицинской помощи / Р. Т. Таирова, Е. А. Берсенева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, – № 2. – С. 111-114.

504. Тайгибова, Т. Т. Особенности стратегического управления в системе здравоохранения / Т. Т. Тайгибова, А. М. Эсетова // Вестник Дагестанского государственного технического университета. – 2016. – № 1. – С. 237-342.

505. Татарников, М. А. Зачем нужна стандартизированная методика социологического опроса в здравоохранении? / М. А. Татарников // Социология медицины. – 2013. – Т. 2. – № 23. – С. 11-22.

506. Технологии антикризисного управления региональным здравоохранением: монография / С. А. Беляев, Т. И. Бурнадз, Н. С. Бушина [и др.] / монография. – Курск: КГМУ. – 2013. – 232 с. – Текст: непосредственный.

507. Тихонов, Ю. А. Опыт зарубежных стран по переходу к стратегическому управлению в здравоохранении / Ю. А. Тихонов, О. Е. Пудовкина, О. К. Кокорина // Вестник Университета. – 2015. – № 13. – С. 52-59.

508. Томпсон, А. А. Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии: Учебник для вузов. Пер. с англ. / А. А. Томпсон, А. Дж. Стрикланд / Под ред. Л. Г. Зайцева, М. И. Соколовой. – Москва : Биржи и банки. ЮНИТИ. – 1998. – 576 с. – Текст: непосредственный.

509. Трахтенберг, А. Д. «Компьютерами лечить людей»: информатизации здравоохранения и традиционные ценности медицинской профессии (по результатам качественного социологического исследования) / А. Д. Трахтенберг // В мире научных открытий. – 2014. – № 11-12 (59). – С. 4791-4814.

510. Третьякова, Е. П. Оценка системы корпоративного управления: методика анализа / Е. П. Третьякова // Проблемы теории и практики управления. – 2010. – № 1. – С. 90-97.

511. Тюменцева, А. И. Инструменты и методы в методологии форсайт / А. И. Тюменцева // Аллея науки. – 2018. – Т. 2. – № 6 (22). – С. 626-631.

512. Удаленный мониторинг состояния здоровья. Аналитический обзор / А. С. Сиротина, О. С. Кобякова, И.А. Деев [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68. – № 2. – С. 1.

513. Уйба, В. В. Медико-экономическая эффективность сети лечебно-профилактических учреждений / В. В. Уйба // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 5-6. – С. 45-56.

514. Улумбекова, Г. Э. Концепция федерального проекта «Обеспечение шаговой доступности медицинской помощи» / Г. Э. Улумбекова, А. В. Калашникова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2018. – № 3 (13). – С. 21-40.

515. Улучшение ранней диагностики рака молочной железы с помощью новых цифровых технологий формирования групп онкологического риска / А. Ф. Лазарев, В. Д. Петрова, С. А. Лазарев [и др.] // Злокачественные опухоли. – 2019. – Т. 9. – № 3. – С. 62.

516. Унтура, Г.А. Регион как эпицентр зарождения конкурентоспособности // Регион: экономика и социология. – 2002. – № 1. – С. 3-16.

517. Ушакова, О. А. Мониторинг в системе регионального стратегического планирования / О. А. Ушакова // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2010. – № 13 (119). – С. 85-91.

518. Фадеева, Е. В. Онкологическая помощь в условиях пандемии COVID-19 / Е. В. Фадеева // Социологическая наука и социальная практика. – 2021. – Т. 9. – № 1 (33). – С. 61-73.

519. Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья». Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». – Текст : электронный // Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/zozh> (дата обращения: 16.01.2022 г.).

520. Федеральный проект как катализатор развития высокотехнологичной персонализированной онкологической помощи в регионе / А. Г. Зирин, Е. А. Румянцева, А. В. Шейко [и др.] // Злокачественные опухоли. – 2021. – Т. 11. – № 3. – С. 12-15.

521. Федермессер, А. К. Организация паллиативной медицинской помощи взрослому населению с онкологическими заболеваниями в городе Москве / А. К. Федермессер, Т. В. Кравченко, С. А. Нагуло // Злокачественные опухоли. – 2020. – Т. 10. – № 3. – С. 123-124.

522. Федотов, А. Ю. Приоритетные направления совершенствования специализированное онкологической помощи / А. Ю. Федотов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 1. – С. 42-44.

523. Филатов, В. И. Стратегическое планирование как инструмент обеспечения устойчивого научно-технологического и промышленного развития регионов / В. И. Филатов, В. В. Доржиева // Федерализм. – 2018. – № 4. – С. 153-168.

524. Филобокова, Л. Ю. SNW-, step- и SWOT-анализ в системе стратегического управления малым предпринимательством / Л. Ю. Филобокова // Экономический анализ: теория и практика. – 2007. – № 17. – С. 36-39.

525. Филонова, А. В. Влияние факторов внешней и внутренней среды на стратегический потенциал организации / А. В. Филонова, П. В. Болдырева // Политика, экономика и инновации. – 2018. – № 2 (19). – С. 12.

526. Формирование клинико-статистических групп для оплаты лечения злокачественных новообразований в модели 2019 года / Д. В. Федяев, В. В. Омеляновский, М. Л. Лазарева [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12, – № 3. – С.169-177.

527. Формирование континуума онкологической помощи в проекции интегрированной системы здравоохранения / М. В. Еругина, И. Л. Кром, А. Б. Шмеркевич, Д. Д. Балакина // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 1. – С. 14-16.

528. Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек (Московская область). Паспорт Национального проекта. – Текст : электронный // Правительство Московской области : офиц. сайт. – URL: <https://mef.mosreg.ru/download/document/11664314> (дата обращения: 16.01.2022 г.).

529. Хайруллин, И. И. Методология комплексной оценки результативности оказания онкологической помощи населению на уровне муниципального образования / И. И. Хайруллин, Р. Ш. Хасанов, С. Е. Габитова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2017. – № 3 (55). – С. 5-10.

530. Халтурин, Р. А. Особенности подготовки управленческих кадров в сфере здравоохранения / Р. А. Халтурин // Экономические науки. – 2019. – № 176. – С. 81-84.

531. Хамидуллина, Г. Р. Актуальные проблемы менеджмента качества в здравоохранении / Г. Р. Хамидуллина // Актуальные проблемы экономики и права. – 2013. – № 2 (26). – С. 113-119.

532. Хасанов, Р. Ш. Роль первичных онкологических кабинетов в системе организации онкологической помощи юго-восточного региона республики Татарстан / Р. Ш. Хасанов, С. В. Зинченко, С. А. Карамаликов // Евразийское Научное Объединение. – 2017. – Т. 1. – № 7 (29). – С. 57-60.

533. Хасси, Д. Стратегия и планирование: путеводитель менеджера / Д. Хасси – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 378 с. – Текст: непосредственный.

534. Хаустов, А. Н. Актуальность, проблемы и задачи проектного управления при совершенствовании региональной политики здравоохранения / А. Н. Хаустов, Г. И. Шахворостов // Актуальные проблемы профессионального образования: цели, задачи и перспективы развития: материалы XVI всероссийской научно-практической конференции. Воронеж: Научная книга. – 2018. – С. 264-273.

535. Хорин, А. Н. Стратегический анализ: учеб. пособие / А. Н. Хорин, В. Э. Керимов. Москва : Эксмо. – 2006. – 288 с. – Текст: непосредственный.

536. Хурматуллина, А. Ф. Стратегическое планирование как инструмент управления социально-экономическим развитием муниципальных образований: дисс. ... канд. эк. наук : 08.00.05 / Хурматуллина Алсу Фанзилевна. ГБСУ ВО «Башкирская академия государственной службы и управления при Главе Республики Башкортостан». – Уфа, 2017. – 170 с.

537. Цифровая трансформация медицины труда / П. П. Кузнецов, К. Э. Соболев, Е. П. Какорина [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т. 2. – № 3. – С. 41-46.

538. Черешнев, В. А. Комплексная оценка эффективности и устойчивости региональной системы здравоохранения / В. А. Черешнев, Н. В. Кривенко, В. Г. Крылов // Экономика региона. – 2021. – Т. 17. – № 1. – С. 31-43.

539. Черчик, А. Ю. Реализация Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» на территории Свердловской области: Совершенствование профилактики и раннего выявления злокачественных новообразований на примере организации мультимодальной системы онкодерматологической помощи // Экономика и социум. – 2021. – № 4-2 (83). – С. 690-694.

540. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2021 года. Статистический бюллетень : офиц. сайт Росстат. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 02.04.2024 г.).

541. Шабад, Л. М. М. А. Новинский – родоначальник экспериментальной онкологии. [1841-1914] [Текст] / Л. М. Шабад. – Москва : изд. и тип. Изд-ва Акад. мед. наук СССР, –1950. – 260 с. – Текст: непосредственный.

542. Шабунин, А. В. Управленческие технологии расширения доступности онкологической помощи / А. В. Шабунин // Московская медицина. – 2021. – № 5 (45). – С. 30-32.

543. Шакиров, К. Т. Организация взаимодействия учреждений системы здравоохранения в целях совершенствования онкологической помощи в республике Татарстан / К. Т. Шакиров // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко. – 2013. – № 1. – С. 363-365.

544. Шан, Я. Стратегическое управление структурными преобразованиями экономики региона: дисс. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Я. Шан ; ФГБОУ ВО Воронежский государственный университет. – Воронеж, 2018. – 218 с.

545. Швец, Ю. Ю. Влияние систем управления на конкурентоспособность медицинских организаций / Ю. Ю. Швец // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2018. – Т.1, – № 8. – С.146-155.

546. Шелкоплясов, А. Д. Разработка стратегии корпоративного управления / А. Д. Шелкоплясов // Бизнес в законе. Экономико-юридический журнал. – 2009. – № 1. – С. 456-458.

547. Шепурева, Е. А. Форсайт в общественном здравоохранении / Е. А. Шепурева // Вестник образования и развития науки Российской академии естественных наук. – 2021. – № 1. – С. 82-85.

548. Шибалков, И. П. Оценка эффективности организации системы здравоохранения: зарубежный опыт / И. П. Шибалков // Вестник науки Сибири. – 2016. – № 1 (20). – С. 66-76.

549. Шигаев, Н. Н. Медико-социальный мониторинг и удовлетворенность качеством медицинской помощи (региональный аспект) / Н. Н. Шигаев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – № 4. – С. 182-185.

550. Шильникова, Н. Ф. Кадровые ресурсы в системе стратегического планирования территориального здравоохранения / Н. Ф. Шильникова, О. В. Ходакова, Е. В. Лазарева // Забайкальский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 47-49.

551. Шипилова, И. А. Организация онкологической помощи: опыт Великобритании / И. А. Шипилова // Перспективы внедрения инновационных технологий в фармации: Сборник материалов заочной научно-практической конференции с международным участием. – 2016. – С. 218-225.

552. Шипова, В. М. Актуальные проблемы планирования онкологической помощи / В. М. Шипова, Е. А. Берсенева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2020. – № 1. – С. 4-9.

553. Шипова, В. М. Изменения штатно-нормативного обеспечения оказания онкологической помощи в Российской Федерации / В. М. Шипова, С. Н. Корецкий, К. А. Васютин // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – Т. 7. – № 3 (25). – С. 24-35.

554. Шишкина, С. А. Формирование системы регионального стратегического планирования: основные проблемы и пути решения / С. А. Шишкина // Российское предпринимательство. – 2012. – № 15 (213). – С. 116-122.

555. Штоколова, К. В. Управление медицинской организацией с использованием методов стратегического анализа / К. В. Штоколова // Вектор экономики. – 2018. – № 12 (30). – С. 148.

556. Шулаев, А. В. Социологический мониторинг удовлетворенности населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи в условиях реализации комплексных целевых программ / А. В. Шулаев // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – С. 437-439.

557. Щавелева, М. В. Опыт использования SWOT-анализа в подготовке управленческих кадров для здравоохранения / М. В. Щавелева, Т. Н. Глинская, Э. А. Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – № 4. – С. 51-58.

558. Щепин, В. О. Методологические основы прогнозирования распространения заболеваний в мире (обзор) / В. О. Щепин, А. А. Загоруйченко, О. Б. Карпова // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 9. – С. 51-58.

559. Щербань, В. А. Мотивация персонала: современные подходы и зарубежная практика / В. А. Щербань, Л. В. Кулешова, Д. И. Жиликов // Наука и практика регионов. – 2020. – № 1 (18). – С. 53-59.

560. Щетинина, С. Ю. Медицинская активность как компонент здорового образа жизни / С. Ю. Щетинина // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2020. – № 5-3 (44). – С. 194-197.

561. Экономика и управление в здравоохранении. Учебник и практикум для вузов / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин, К. Э. Соболев ; под общей редакцией А. В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт. – 2022 (Профессиональное образование). – 316 с. – Текст: непосредственный.

562. Энциклопедический справочник Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации. – URL: <http://council.gov.ru/services/reference/9330/> (дата обращения: 21.04.2023 г.).

563. Эртель, Л. А. Организационно-правовые аспекты качества паллиативной помощи больным онкологического профиля на современном этапе / Л. А. Эртель // Главврач. – 2020. – № 3. – С. 52-57.

564. Юмагузин, В. В. Оценка качества статистики смертности по причинам в регионах России / В. В. Юмагузин, М. В. Винник // Мониторинг. – 2023. – № 2 (174). – С. 282-302.

565. Якимов, А. В. Теория и практика стратегического планирования / А. В. Якимов // Бизнес-журнал. – 2010. – № 5. – С. 23-25.

566. 100 core health indicators (plus healthrelated SDGs). Geneva: WHO. – 2018. – URL: www.who.int/healthinfo/indicators/100CoreHealthIndicators_2018_infogr. April 2020 (accessed: 13.11.2021).

567. A History of Health Economics and Healthcare Delivery Research at the National Cancer Institute / V. P. Doria-Rose, N. Breen, M. L. Brown, [et al.] // Journal of the National Cancer Institute. Monographs. – 2022. – Vol. 59. – P. 21-27.

568. A mobile app to stabilize daily functional activity of breast cancer patients in collaboration with the physician: a randomized controlled clinical trial / M. Egbring, E. Far, M. Roos, [et al.] // Journal of Medical Internet Research. – 2016. – Vol. 18. – P. 238.

569. A novel approach to utilizing the essential public health functions in Ireland's health system recovery and reform / T. McNicholas, L. Hendrick, G. McDarby, [et al.] // Frontiers in Public Health. – 2023. – Vol. 3. – P. 11.

570. A randomized trial of the electronic Lung Cancer Symptom Scale for quality-of-life assessment in patients with advanced non-small-cell lung cancer / J. C. Kuo, D. M. Graham, A. Salvarrey, [et al.] // Current Oncology. – 2020. – Vol. 27. – P. 156-162.

571. A theoretical framework for the strategic planning and management of the shopping centre's development process / A. V. De Castro, G. M. R. Pacheco, J. N. Gonzalez // Ace architecture city and environment. – 2020. – № 14 (42). – P. 8748.

572. Absolom, K. G. Engaging patients and clinicians in online reporting of adverse effects during chemotherapy for cancer: the eRAPID system (electronic patient self-reporting of adverse events: Patient Information and aDvice) / K. Absolom, A. Gibson, G. Velikova // Medical Care. – 2019. – № 57 (1). – P. 59-65.

573. Abu-Odah, H. Gathering policymakers' perspectives as an essential step in planning and implementing palliative care services at a national level: an example from a resource-limited country / H. Abu-Odah, A. Molassiotis, J. Y. W. Liu // BMC Palliative Care. 2022. – URL: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12904-022-00936-1.pdf> (accessed: 11.02.2023).

574. Accelerating Health System Transformation through Research to Achieve the Quadruple Aim and Health Equity / M. McMahon, J. Nadigel, E. Thompson, [et al.] // Healthcarepapers. – 2022. – 20(3). – P. 9-24.

575. Accessibility and quality of medical care for patients with chronic noncommunicable diseases during COVID-19 pandemic / A. Reshetnikov, I. Frolova, O. Abaeva [et al.] // Npj primary care respiratory medicine. – 2023. – 33 (14). – URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/s41533-023-00328-9.pdf> (accessed: 12.09.2023).

576. Addressing Health-Care Disparities in Pediatric Disaster Planning: A Qualitative Study / I. Navis, A. Shaikh, D. McCarthy, [et al.] // *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. – 2023. – Vol. 17. – P. 369.

577. Al Saied, N. S. Determinants of healthcare quality in single-payerhealthcare system countries / N. S. Al Saied, M. S. Al Ali. // *International Journal of Community Medicine and Public Health*. – 2021. – № 8. – P. 4240-4.

578. Albanese, C. *Advanced Lean in Healthcare* / C. Albanese, D. Aaby, T. Platchek. – CreateSpace Independent Publishing Platform: Scotts Valley, CA, USA, 2014. – 272 p.

579. Approximately one in three US Adults Completes any type of Advance Directive for end-of-life care / K. N. Yadav, N. B. Gabler, E. Cooney [et al.] // *Health Affairs*. – 2017. – Vol. 36. – P. 1244-1251.

580. ASCO QOPI-Related Measures and Certification Standards Manual. – URL: <http://practice.asco.org/qualityimprovement/quality-programs/quality-oncology-practice-initiative/qopi-related-measures> (accessed 30.10.2021).

581. Associated tools strategic model canvas and swot analysis applied in strategic planning of public projects / I. Araujo, A. Rezende, C. Trindade [et al.] // *International E-journal of Advances in Social Sciences*. – 2023. – № 9. – P. 385.

582. Austin, J. *Strategic Healthcare Change: Balancing Change and Stability* / J. Austin // *Journal of healthcare management* / American College of Healthcare Executives. – 2023. – № 68. – P. 9-14.

583. Automated home monitoring and management of patient-reported symptoms during chemotherapy: results of the symptom care at home RCT / K. H. Mooney, S. L. Beck, B. Wong, [et al.] // *Cancer Medicine*. – 2017. – Vol. 6. – P. 537-546.

584. Automated symptom alerts reduce postoperative symptom severity after cancer surgery: a randomized controlled clinical trial / C. S. Cleeland, X. S. Wang, Q. Shi, [et al.] // *Journal of Clinical Oncology*. – 2011. – Vol. 29. – P. 994-1000.

585. Avalere Health. *Clinical Pathways: Overview of Current Practices and Potential Implications for Patients, Payers, and Providers*, 2015. – URL: <https://www.phrma.org/report/clinical-pathways-overview-of-current-practices-and-potentialimplicationsor-patients-payers-and-providers> (accessed 12.10.2020).

586. Bachrodt, A. K. Strategic business planning linking strategy with financial reality / A. K. Bachrodt, J. P. Smyth // Healthcare financial management. – 2004. – № 58 (11). – P. 60-2.

587. Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence / A. Endalamaw, R. B. Khatri, D. Erku, [et al.] // BMC Primary Care. – 2024. – № 1 (25). – P. 99.

588. Baum, N. Strategic planning: a practical primer for the healthcare provider: Part I. / N. Baum, E. N. Brockmann, K. J. Lacho // The Journal of medical practice management. – 2016. – № 31 (6). – P. 371-3.

589. Baum, N. Strategic planning: a practical primer for the healthcare provider: Part II. / N. Baum, E. N. Brockmann, K. J. Lacho // The Journal of medical practice management. – 2016. – № 32 (1). – P. 51-53.

590. Begun, J. W. Strategic cycling: shaking complacency in healthcare strategic planning / J. W. Begun, K. B. Heatwole // Journal of healthcare management. – 1999. – № 44 (5). – P. 339-51.

591. Begun, J. W. An exploratory study of healthcare strategic planning in two metropolitan areas / J. W. Begun, A. A. Kaissi // Journal of healthcare management. – 2005. – № 50 (4). – P. 264-74.

592. Bellenfant, W. L. Strategic planning: looking beyond the next move / W. L. Bellenfant, M. J. Nelson // Healthcare financial management. – 2002. – № 56 (10). – P. 62-8.

593. Berkowitz, S. A. Planning for the future of population health: the Johns Hopkins Medicine experience / S. A. Berkowitz, T. Norman, K. W. Sowers // American Journal of Managed Care. – 2023. – № 29 (7). – P. 189-191.

594. Best Evidence to Best Practice: Implementing an Innovative Model of Nutrition Care for Patients with Head and Neck Cancer Improves Outcomes / M. Findlay, N. M. Rankin, T. Shaw [et al.] // Nutrients. – 2020. – Vol. 12. – P. 1465.

595. Biel, M. A Crisis in the Health System and Quality of Healthcare in Economically Developed Countries / M. Biel, K. Grondys, A.-M. Androniceanu // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2023, – № 20, – P. 469.

596. Bosserman, L. D. Benefits and Challenges of Growing Oncology Networks in the United States / L. D. Bosserman // *Journal of Oncology Practice* – 2018. – Vol. 14. – P. 761-762.

597. Bosserman, L. D. Partnering with a payer to develop a value-based medical home pilot: A West Coast practice's experience / L. D. Bosserman, D. Verrilli, W. McNatt // *American Journal of Managed Care*. – 2012. – Vol. 18. – P. 189-190.

598. Boyd, B. K. Strategic planning and financial performance: A meta-analytic review / B. K. Boyd // *Journal of Management Studies*. – 1991. – № 28. – P. 353-374.

599. Božić, V. Integrated Risk Management and Artificial Intelligence in Hospital / V. Božić // *Journal of AI*. – 2023. – № 7. – P. 63-80.

600. Bryson, J. M. Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations: A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement. / J. M. Bryson – New Jersey: John Wiley & Sons, 2017. – 544 p.

601. Building a vision for the future: strategic planning in a shared governance nursing organization / C. Baker, J. E. Beglinger, K. Bowles, [et al.] // *Seminars for nurse managers*. – 2000. – № 8 (2). – P. 98-106.

602. Building multisectoral partnerships for population health and health equity / S. Fawcett, J. Schultz, J. Watson-Thompson, [et al.] // *Preventing chronic disease*. – 2010. – № 7. – P. 1-7.

603. Building on the momentum: Sustaining telehealth beyond COVID-19 / E. E. Thomas, H. M. Haydon, A. Mehrotra, [et al.] // *Journal of telemedicine and telecare*. – 2022. – № 28 (4). – P. 301-308.

604. Building the MCH Public Health Workforce of the Future: A Call to Action from the MCHB Strategic Plan / L. R. Ramos, M. M. Tissue, A. Johnson, [et al.] // *Maternal and Child Health Journal*. – 2022. – № 1(26). – P. 44-50.

605. Bull, D. The Transformative Impact of Health Technology and AI Integration on Patient-Centric Care: A Hypothetical Role of Strategic Planning / D. Bull // *International Journal of Information Technology and Computer Science*. – 2023. – № 11. – P. 55-71.

606. Bunkhead, C. Achieving Higher Quality, Lower Cost through Oncology Medical Homes. – Electronic resource / C. Bunkhead // Journal of Oncology Pharmacy Practice. – 2015. – Vol. 5. – № 6. – URL:<http://oncpracticemanagement.com/issues/2015/september-2015-vol-5-no-6/550-achieving-higher-quality-lowercost-through-oncology-medical-homes> (accessed 07.10.2022).

607. Canadian Institute of Health Information. Health Inequalities Data Tool. Ottawa: Government of Canada. – URL: <https://health-infobase.canada.ca/healthinequalities/data-tool/index> (accessed 08.04.2020).

608. Cancer patient care during COVID-19 / A. Harky, C. M. Chiu, T. H. L. Yau, S. H. D. Lai // Cancer Cell. – 2020. – Vol. 37. – P. 749-750.

609. Cancer stat facts: cancer of any site // National Cancer Institute – URL: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/all.html> (accessed 09.11.2023).

610. Caruso, R. Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. – Electronic resource / R. Caruso, W. Breitbart // Epidemiology and Psychiatric Sciences. – 2020. – Vol. 29. – URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/mental-health-care-in-oncology-contemporary-perspective-on-the-psychosocial-burden-of-cancer-and-evidencebased-interventions/049301539F727AC344BF838F07DB4B55> (accessed 13.02.2022).

611. Cetinkale, Z. Health Care Logistics Network Design and Analysis on Pandemic Outbreaks: Insights From COVID-19 / Z. Cetinkale, N. Aydin // Transportation Research Record. – 2023. – № 4 (2677). – P. 674-703.

612. Chandler, A. D. Strategy and Structure: A Chapter in the History of Industrial Enterprises. / A. D. Chandler – Cambridge, Mass, MIT. Press, 1962. – 366 p.

613. Changing Physician Incentives for Affordable, Quality Cancer Care: Results of an Episode Payment Model / L. N. Newcomer, B. Gould, R. D. Page, [et al.] // Journal of Oncology Practice. – 2014. – Vol. 10. – P. 322-326.

614. Chenam, A. Enhanced Recovery after Surgery for Radical Cystectomy / A. Chenam, K. G. Chan // Cancer Research and Treatment. – 2018. – Vol. 175. – P. 215-239.

615. Christakis, N. A. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study / N. A. Christakis, E. B. Lamont // BMJ. – 2000. – Vol. 320. – P. 469-472.

616. Clark, B. Strategic planning and the health care supervisor / B. Clark, R. Boissoneau // Health Care Supervisor. – 1995. – № 14 (2). – P. 1-10.
617. Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery From the American Society of Colon and Rectal Surgeons and Society of American Gastrointestinal and Endo-scopic Surgeons / J. C. Carmichae, D. S. Keller, G. Baldini, [et al.] // Diseases of the Colon and Rectum. – 2017. – Vol. 60. – P. 761-784.
618. Community Oncology Alliance // Community Oncology Practice Impact Report. – 2018. – URL: <https://communityoncology.org/2018-community-oncology-practice-impact-report/> (accessed 12.09.2022).
619. Community Oncology in an Era of Payment Reform / J. V. Cox, J. C. Ward, J. C. Hornberger, [et al.] // American Society of Clinical Oncology Educational Book. – 2014. – P. 447-452.
620. Comparative Analysis of Patient Satisfaction Surveys-A Crucial Role in Raising the Standard of Healthcare Services / K. Bancsik, C. D. N. Ilea, M. D. Daina, [et al.] // Healthcare (Basel). – 2023. – № 11 (21). – P. 2878.
621. Comparison of Different Telemedicine Services to Pre-Evaluate Their Use in a New «Computational Hospital» / B. Bregante, G. Paoli, V. Sanguineti [et al.] // Studies in Health Technology and Informatics. – 2023. – № 309. – P. 165-169.
622. Complex Oncological Decision-Making Utilizing Fast-and-Frugal Trees in a Community Setting Role of Academic and Hybrid Modeling / R. Salgia, I. Mambetsariev, T. Tan, [et al.] // Journal of Clinical Medicine. – 2020. – Vol. 9. – P. 1884.
623. Corporate foresight and innovation: The effects of integrative capabilities and organisational learning / J. Yoon, Y. Kim, N. S. Vonortas, S. W. Han // Technology Analysis and Strategic Management. – 2018. – № 30 (6). – P. 633-645.
624. Cost and survival analysis before and after implementation of Dana-Farber clinical pathways for patients with stage IV non-small-cell lung cancer / D. M. Jackman, Y. Zhang, C. Dalby, [et al.] // Journal of Oncology Practice. – 2017. – Vol.13. – P. 346-352.
625. Cost-effectiveness of web-based patient-reported outcome surveillance in patients with lung cancer / T. Lizée, E. Basch, P. Trémolières, [et al.] // Journal of Thoracic Oncology. – 2019. – Vol. 14. – P. 1012-1020.

626. Da Silva Pellense, M. C. Instruments for assessing quality policies and strategies in health systems: a scoping review protocol / M. Pellense, Z. A. da Silva Gama // *BMJ open*. – 2023. – № 13. – e065846.

627. Dannemiller, K. D. Whole-scale change / K. D. Dannemiller, S. James, P. D. Tolchinsky // San Francisco : Berrett-Koehler Publisher Inc. – 2000. – 293 p.

628. Decision-support systems for ambulatory care, including pandemic requirements: using mathematically optimized solutions / N. Leithäuser, D. Adelhütte, K. Braun, [et al.] // *BMC Medical Informatics and Decision Making*. – 2022. – № 22 (1). – P. 132.

629. Deep learning in cancer diagnosis, prognosis and treatment selection / K.A. Tran, O. Kondrashova, A. Bradley, [et al.] // *Genome Medicine*. – 2021. – № 13 (1). – P. 152.

630. Developing Complex, Cross-Cutting Skills in the Public Health Workforce: Using a Crosswalk Analysis to Map Public Health Competencies to Strategic Skills for the Governmental Public Health Workforce / K. Amos, N. A. Levy, R. Bialek [et al.] // *Public Health Manag Pract*. – 2022. – 28 (5). – P. 536-540.

631. Digital health integration for noncommunicable diseases: Comprehensive process mapping for full-life-cycle management / T. He, W. Cui, Y. Feng, [et al.] // *Journal of evidence-based medicine*. – 2024. – № 17(1). – P. 26-36.

632. Drug Treatment Value in a Changing Oncology Landscape: A Literature and Provider Perspective / C. Frois, A. Howe, J. Jarvis, [et al.] // *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*. – 2019. – Vol.25. – P. 246-259.

633. Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised trial / C. Zimmermann, N. Swami, M. Krzyzanowska, [et al.] // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383. – P. 1721-1730.

634. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer / J. S. Teme, J. A. Greer, A. Muzikansky, [et al.] // *New England Journal of Medicine*. – 2010. – Vol. 363. – P.733-742.

635. ECHI-European Core Health Indicators. Luxembourg: European Commission. – URL: https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en#id3. (accessed 20.09.2022).

636. Effects of an interactive mHealth innovation for early detection of patient-reported symptom distress with focus on participatory care: protocol for a study based on prospective, randomised, controlled trials in patients with prostate and breast cancer / A. Langius-Eklöf, M. T. Crafoord, M. Christiansen [et al.] // BMC Cancer. – 2017. – Vol. 17. – P. 466.

637. Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: a randomized controlled trial / C.M. Ruland, T. Andersen, A. Jeneson, [et al.] // Cancer Nurs. – 2013. – Vol. 36. – P. 6-17.

638. Electronic patient self-reporting of adverse-events: patient information and aDvice (eRAPID): a randomised controlled trial in systemic cancer treatment / K. Absolom, P. Holch, L. Warrington, [et al.] // BMC Cancer. – 2017. – Vol. 17. – P. 318.

639. Electronic self-report assessment for cancer and self-care support: results of a multicenter randomized trial / D. L. Berry, F. Hong, B. Halpenny, [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2014. – Vol. 32. – P. 199-205.

640. Elf, M. A Study of Relationships Between Content in Documents from Health Service Operational Plans and Documents from the Planning of New Healthcare Environments / M. Elf, G. Lindahl, A. Anåker // HERD. – 2019. – № 12 (3). – P. 107-118.

641. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection / K. C. Fearon, O. Ljungqvist, M. von Meyenfeldt, [et al.] // Clinical Nutrition. – 2005. – Vol. 24. – P. 466-477.

642. Enhancing patient-provider communication with the electronic self-report assessment for cancer: a randomized trial / D. L. Berry, B. A. Blumenstein, B. Halpenny, [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2011. – Vol. 29. – P. 1029-1035.

643. Eriskin, L. A robust multi-objective model for healthcare resource management and location planning during pandemics / L. Eriskin, M. Karatas, Y.J. Zheng // Annals of Operations Research. – 2022. – P. 1-48.

644. Esfahani, P. The success of strategic planning in health care organizations of Iran / P. Esfahani, A. M. Mosadeghrad, A. Akbarisari // International Journal of Health Care Quality Assurance. – 2018. – Vol. 9. – № 31 (6). – P. 563-574.

645. Eurostat. Eurostat – Tables, Graphs and Maps Interface (TGM) table. Luxembourg: European Commission; 2018. – URL: https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=sdg_02_10&plugin=1 (accessed 20.03.2021).

646. Eurostat. SDG 3. Good health and well-being. Luxembourg: European Commission. – URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/sdi/good-health-and-wellbeing> (accessed 28.02.2020).

647. Evaluation of Practice Patterns Among Oncologists Participating in the Oncology Care Model / B. Walker, J. Frytak, J. Hayes, [et al.] // JAMA Network Open. – 2020. – Vol.3. – P. 205.

648. Finding Opportunities for Health-Care System Advancement in the COVID-19 Crisis / R. G. Malish, G. Meyers, C. D. Sondgeroth, [et al.] // Disaster Medicine and Public Health Preparedness. – 2022. – 16 (3). – P. 1161-1166.

649. Fitbit usage in patients with breast cancer undergoing chemotherapy / N. Dreher, E. K. Hadelar, S. J. Hartman, [et al.] // Clinical Breast Cancer. – 2019. – Vol. 19. – P. 443-449.

650. From Survey Results to a Decision-Making Matrix for Strategic Planning in Healthcare: The Case of Clinical Pathways. – Electronic resource / L. Bianco, S. Raffa, P. Fornelli, [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2022. – URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/13/7806> (accessed: 13.02.2023).

651. Fry, A. A Roadmap for Strategic Planning in the Healthcare Practice / A. Fry, N. Baum // The Journal of medical practice management. – 2016. – № 32 (2). – P. 146-149.

652. Gagnon, J. Decision-maker roles in healthcare quality improvement projects: a scoping review. – Electronic resource / J. Gagnon, M. Breton, I. Gaboury // BMJ Open Quality. – 2024. – № 13 (1). – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10773379/> (accessed 12.09.2023).

653. Ganoza, L. F. Investment in Prevention Health Care Delivery Research by the National Institutes of Health / L. F. Ganoza, J. Villani, C. N. Klabunde // Medical Care. – 2023 – 61(2). – P. 75-80.

654. Garcia, E. V. Strategic planning: a tool for personal and career growth / E. V. Garcia // Heart Asia. – 2016. – Vol. 3. – № 8 (1). – P. 36-9.

655. García-Calvente, M. M. Guía de indicadores paramedir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Escuela Andaluza de Salud Pública / M. M. García-Calvente, L. M. del Río, J. Marcos-Marcos // Junta de Andalucía: Granada; –2015. – Electronic resource. – URL: <http://www.easp.es/project/guia-de-indicadores-paramedir-las-desigualdades-degenero-en-salud-y-sus-determinantes> (accessed 14.09.2023).

656. Gelinas, M. A. Strategic planning: the first step in the planning process / M. A. Gelinas // Journal of oncology management. – 2003. – № 12 (3). – P. 11-4.
657. Gensheimer, S. G. Oh, the Places We'll Go: Patient-Reported Outcomes and Electronic Health Records / S. G. Gensheimer, A. W. Wu, C. F. Snyder // Patient-Patient Centered Outcomes Research. – 2018. – № 11. – P. 591-598.
658. Grassi, L. Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology / L. Grassi // Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2020 – Vol. 29. – P. 89.
659. Gungoren, M. S. Crossing the chasm: strategies for digital transformation in clinical laboratories / M. S. Gungoren // Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. – 2023 – Vol. 61 (4). – P. 570-575.
660. Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: WHO; 2013.
661. Hansen, R. D. Strategic planning: the basics and benefits / R. D. Hansen // Medical group management journal. – 1999. – № 46 (3). – P. 28-35.
662. Health Emergency and Disaster Risk Management Workforce Development Strategies: Delphi Consensus Study / K. K. C. Hung, M. K. MacDermot, E. Y. Y. Chan, [et al.] // Prehospital and Disaster Medicine. – 2022 – Vol. 37 (6). – P. 735-748.
663. Health equity audit: a self-assessment tool // UK Department of Health. London: Department of Health. – 2004. – URL: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120105214155/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_4070715. (accessed 14.09.2022).
664. Health inequalities in Slovenia. – Electronic resource / T. Buzeti, J. K. Djomba, M. G. Blenkuš, [et al.] // Ljubljana: National Institute of Public Health. – 2011. – URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/131759/Health_inequalities_in_Slovenia. (accessed 17.11.2022).
665. Higginbotham, E. J. Strategic planning as a tool for achieving alignment in academic health centers / E.J. Higginbotham, K. C. Church // Trans Am Clin Climatol Assoc. – 2012. – № 123. – P. 292-303.
666. Holloway, I. Qualitative Research in nursing / I. Holloway, S. Wheeler // Oxford, UK ; Malden, MA : Blackwell Science. – 2002. – 304 p.

667. Home telemonitoring for patients with lung cancer (HTPLC). – URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01670539> (accessed: 28.08.2022).

668. HOPE trial: helping our patients excel. – URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03022032>. (accessed: 14.06.2022).

669. Hospital admission of cancer patients: avoidable practice or necessary care? / G. Numico, A. Cristofano, A. Mozzicafreddo, [et al.] // PLoS One. – 2015. – Vol. 10. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374858/pdf/pone.0120827.pdf>. (accessed: 26.05.2022).

670. Hospitalisations and emergency department visits in cancer patients receiving systemic therapy: systematic review and meta-analysis / R. M. Prince, M. Powis, A. Zer, [et al.] // Eur. J. Cancer Care (Engl). – 2019. – Vol. 28. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ecc.12909>. (accessed: 20.01.2022).

671. Howrigan, R. Strategic planning: how medical practices can succeed in a post-healthcare-reform world / R. Howrigan // The Journal of medical practice management. – 2013. – № 28 (4). – P. 225-8.

672. Impact of observation status on hospital use for patients with cancer / A. Lipitz-Snyderman, A. Klotz, C.L. Atoria, [et al.] // Journal of Oncology Practice. – 2015. – Vol. 11. – P. 73-77.

673. Impacting Quality of Life for Patients With Advanced Cancer With a Structured Multidisciplinary Intervention: A Randomized Controlled Trial / T. A. Rummans, M. M. Clark, J. A. Sloan, [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2006. – Vol. 24. – P. 635-642.

674. Implantable devices track cardiac events in cancer patients. – URL: <https://www.mdanderson.org/publications/cancer-frontline/implantable-devices-track-cardiac-events-in-cancer-patients> (accessed: 16.01.2021).

675. Improved surgical outcomes following radical cystectomy at high-volume centers influence overall survival / K. Scarberry, N.G. Berger, K.B. Scarberry, [et al.] // Journal of Urologic Oncology. – 2018. – Vol. 36. – P. 308.

676. Improving health workforce governance: the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health / T. Martineau, K. Ozano, J. Raven, [et al.] // Human Resources for Health. – 2022. – 20(1). – P. 47.

677. Inclusive and intersectoral: community health improvement planning opportunities to advance the social determinants of health and health equity / C. R. Hatton, R. Kale, K. M. Pollack Porter, Y. Mui // BMC Public Health. – 2024. – № 24 (1). – P.170.

678. Innovative Oncology Care Models Improve End-Of-Life Quality, Reduce Utilization And Spending / E. M. Colligan, E. Ewald, S. Ruiz, [et al.] // Health Affairs. – 2017. – Vol.36. – P. 433-440.

679. Institute of Health Equity. Marmot indicators release 2017. London: Institute of Health Equity; 2017. – URL: <http://www.instituteofhealthequity.org/about-ourwork/marmot-indicators-release-2017> (accessed: 28.07.2022).

680. Integrate-hta: a low- and middle-income country perspective / L. Bijlmakers, D. Mueller, R. Kahveci, [et al.] // International Journal of Technology Assessment in Health Care. – 2017. – № 33 (5). – P. 599-604.

681. Integrating Academic and Community Practices in the Management of Colorectal Cancer: The City of Hope Model / M. Karimi, C. Wang, B. Bahadini, [et al.] // Journal of Clinical Medicine. – 2020. – Vol. 9. – P. 1687.

682. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes / G. Flodgren, A. Rachas, A. J. Farmer, [et al.] // Cochrane database of systematic reviews. – 2015. – № 7 (9). – P. CD002098.

683. Interpreting and acting on the PRO scores from the patient-reported outcomes for personalized treatment and care (PROMPT-Care) eHealth system / A. Girgis, I. Durcinoska, A. Arnold, [et al.] // Medical Care. – 2019. – № 57 (1). – P. 85-91.

684. Johnston, K. C. NINDS Health Equity Strategic Planning Process Overview, High-Level Recommendations, and Guide. – Electronic resource / K. C. Johnston, E. Trevathan // Neurology. – 2023 – № 101 (7 Suppl 1). – URL: <https://www.neurology.org/doi/pdf/10.1212/WNL.0000000000207568> (accessed: 28.08.2023).

685. Jonson, G. Exploring Corporate Strategy, An Aproach to Strategic Management / G. Jonson, K. Scholes // Pitman, London. – 1992.

686. Karpozilos, A. The treatment of cancer in Greek antiquity / A. Karpozilos, N. Pavlidis // European Journal of Cancer. – 2004. – Vol. 40 (14). – P. 2033-40.

687. Kavukoğlu, T. Investigation of strategic planning awareness of healthcare professionalssaglik çalışanlarının stratejik planlama farkındalığının incelenmesi / T. Kavukoğlu, E. İşci // Stratejik yönetim araştırmaları dergisi. – 2023. – № 6.

688. Keele, R. L. Identifying health care stakeholders: a key to strategic implementation / R. L. Keele, K. Buckner, S. Bushnell // Health Care Strategic Management. – 1987. – № 5 (9). – P. 4-10.

689. Kehlet H. Enhanced Recovery Protocols (ERP): Need for Action // Ann. Surg. – 2018. – Vol. 268. – e85.

690. Key Health Inequalities in Canada A National Portrait. Ottawa: Government of Canada. – 2018. – URL: <http://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/key-healthinequalities-canaa-national-portrait-executive-summary.html> (accessed: 20.07.2020).

691. Kuznar, W. Patient-Centered Oncology Medical Home Improves Health Outcomes at Lower Costs to Patients and Payers / W. Kuznar // Value Based Cancer Care. – 2014. – Vol.5. – P.1579.

692. Large-scale assessment of a smartwatch to identify atrial fibrillation / M. V. Perez, K. W. Mahaffey, H. Hedlin, [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2019. – Vol. 381. – P. 1909-1917.

693. Large-scale calibration and simulation of COVID-19 epidemiologic scenarios to support healthcare planning. – Electronic resource / N. Groves-Kirkby, E. Wakeman, S. Patel, [et al.] // Epidemics. – 2023. – Vol. 42. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9758760/pdf/main.pdf>. (accessed: 12.09.2023).

694. Larsen, D. S. Strategic Plan Final Report / D. S. Larsen // Journal of Neurologic Physical Therapy. – 2017. – № 41 (2). – P. 139-140.

695. Lederman, L. Are Medical Homes and ACOs the Future of Cancer Care? – Electronic resource / L. Lederman // Oncology Business Review. – 2012. – Vol.11 (9). – URL: <https://www.obroncology.com/article/are-medical-homes-and-acos-the-future-of-cancer-care-2> (accessed: 11.09.2023).

696. Levers of Change: How to Help Build the Public Health Workforce of the Future / G. R. Meredith, C. R. Welter, K. Risley, S. M. Seweryn, S. Altfeld, E. A. Jarpe-Ratner // Journal of Public Health Management and Practice. – 2023. – № 3 (29). – P. E90-E99.

697. Levit, L. Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for A System in Crisis / L. Levit, E. Balogh, S. Nass, [et al.] // Committee on Improving the Quality of Cancer Care: Addressing the Challenges of an Aging Population; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; National Academies Press (US): Washington, DC, USA, – 2013.

698. Life expectancy at birth. United Nations. – URL: http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/methodology_sheets/health/life_expectancy.pdf. (accessed 16.02.2021).

699. Little, N. R. G. Developing Future Public Health Leaders Trained in Long-term Care Administration / N. R. G. Little, P. Welsh, A. Sholar // Journal of Public Health Management and Practice. – 2021. – № 2 (27). – P. E79-E86.

700. Ljungqvist, O. ERAS-enhanced recovery after surgery: Moving evidence-based perioperative care to practice / O. Ljungqvist // Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. – 2014. – Vol.38. – P.559-566.

701. Lorange, P. I. Strategic Planning Systems / P. I. Lorange, R. F. Vancil. – Englewood Cliffs (N.J.) : Prentice Hall, 1977. – 364 p.

702. Macfarlane, F. Achieving and sustaining profound institutional change in healthcare: case study using neo-institutional theory / F. Macfarlane, C. Barton-Sweeney, T. Woodard // Social Science and Medicine. – 2013. – № 80. – P. 8-10.

703. Malhotra, K. Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare./ K. Malhotra – World Economic Forum, 2023.

704. Mallon, W. T. Does Strategic Planning Matter? / W. T. Mallon // Academic medicine. – 2019. – № 94 (10). – P. 1408-1411.

705. Malmusi, D. Desigualtats en salut, respostes a nivell local: Polítiques per reduir les desigualtats en salut a la ciutat de Barcelona / D. Malmusi // Barcelona: Ajuntament de Barcelona. – 2017. – URL: http://www.consorci.org/media/upload/arxius/coneixement/salut-publica/2017/D_%20Malmusi_Desigualtats_28-09-2017.pdf. (accessed: 28.02.2021).

706. Managing cancer care during the COVID-19 pandemic: agility and collaboration toward a common goal / M. Ueda, R. Martins, P. C. Hendrie, [et al.] // Journal of the National Comprehensive Cancer Network. – 2020. – Vol. 18. – P. 4.

707. Marmot, M. Health inequalities in the EU - final report of a consortium / M. Marmot – Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013. – URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/healthinequalities_ineu_2013_en.pdf (accessed: 16.03.2021).

708. Measuring the Impact of Academic Cancer Network Development on Clinical Inte-gration, Quality of Care, and Patient Satisfaction / A. C. Chiang, J. Lake, N. Sinanis, [et al.] // Journal of Oncology Practice. – 2018. – Vol.14. – P.823-833.

709. Meeting report of the world conference on social determinants of health. Rio de Janeiro, 19-21. Geneva: WHO; 2011. p. 2012. – URL: http://www.who.int/sdhconference/resources/wcsdh_report/en/ (accessed: 15.10.2021).

710. Merahn, S. Knowledge Representation and Care Planning for Population Health Management / S. Merahn // The Journal of medical practice management. – 2015. – № 31 (2). – P. 126-30.

711. Miller, C. C. Strategic planning and firm performance: A synthesis of two decades of research / C. C. Miller, L. B. Cardinal // Academy of Management Journal. – 1994. – № 37. – P. 1649-1655.

712. Mintzberg, H. Crafting strategy / H. Mintzberg // Harvard business review. – 1987. – № 65 (4). – P. 66-74.

713. Moinzad, H. How to improve information technology strategic planning effectiveness using balanced scorecard, risk and maturity analysis, case study health information technology? A qualitative study / H. Moinzad, M. H. Akbarzadeh // Health Science Reports. – 2022. – Vol. 5 (6) URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hsr2.926> (accessed: 26.07.2023).

714. Monsef, N. Healthcare services gap analysis: a supply capture and demand forecast modelling, Dubai 2018-2030. / N. Monsef, E. Suliman, E. Ashkar, H. Y. Hussain // BMC Health Services Research. – 2023. – № 23 (1). – P. 468.

715. Montague, A. Strategic Planning in Healthcare / A. Montague // Textbook of Medical Administration and Leadership. – Springer Singapore, – 2023. – 436 p.

716. Morley, G. Developing and executing a strategic plan // Facial Plastic Surgery. – 2010. – № 26 (1). – P. 7-11.

717. Naamati-Schneider, L. The effect of digitalization on service orientation and service perception among Israeli healthcare professionals: A qualitative study. – Electronic resource / L. Naamati-Schneider // Digital Health. – 2023. – № 9. – URL: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/20552076231191892> (accessed: 26.07.2023).

718. Neubauer, M. A. Cost effectiveness of evidence-based treatment guidelines for the treatment of non-small-cell lung cancer in the community setting / M. A. Neubauer, J. R. Hoverman, M. Kolodziej, [et al.] // Journal of Oncology Practice. – 2010. – Vol. 6. – P. 12-18.

719. NHS England Analytical Services & the Equality and Health Inequalities Unit. England Analysis: NHS Outcome Framework Health Inequalities Indicators. London: NHS England. – 2016. – URL: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploa> (accessed: 26.09.2021).

720. Nurse Navigators in Early Cancer Care: A Randomized, Controlled Trial / E. H. Wagner, E. J. Ludman, E. J. A. Bowles, [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2014. – Vol. 32. – P. 12-18.

721. Observer error in grading performance status in cancer patients / A. E. Taylor, I. N. Olver, T. Sivanthan [et al.] // Support Care Cancer. – 1999. – Vol. 7. – P. 332-335.

722. Ocak, S. Barriers To Strategy Implementation In Turkey's Healthcare Industry: Hospital Manager Perspectives. / S. Ocak, O. F. Aladag, M. A. Koseoglu, B. King // Hospital Topics. – 2022. – 100(4). – P. 196-204.

723. Optimizing Care Teams by Leveraging Advanced Practice Providers Through Strategic Workforce Planning / C. Kuriakose, M. Stringer, A. Ziegler, [et al.] // The Journal of Nursing Administration. – 2022. – 52 (9). – P. 474-478.

724. Organizational factors, planning capacity, and integration challenges constrain provincial planning processes for nutrition in decentralizing Vietnam / K. Lapping, E. A. Frongillo, P. H. Nguyen [et al.] // Food and Nutrition Bulletin. – 2014. – № 35 (3). – P. 382-91.

725. Orton, A. Successful strategic planning / A. Orton // Nursing Management. – 2022. – Vol. 1. – № 53 (6). – P. 38-40.

726. Overall survival results of a trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment / E. Basch, A. M. Deal, A. C. Dueck, [et al.] // Journal of the American Medical Association. – 2017. – Vol. 318. – P. 197-198.

727. Page, R. D. The Patient-Centered Medical Home in Oncology: From Concept to Reality / R. D. Page, L. N. Newcomer, J. D. Sprandio, [et al.] // American Society of Clinical Oncology Educational Book. – 2015. – P. 82-89.

728. Parker, R. Working Towards an Optimal Allied Health Telehealth Service: A Model for Improvement / R. Parker, A. M. Buttner, E. L. Laakso // Journal of Allied Health. – 2024. – № 53 (1). – P.43-48.

729. Pathways, outcomes, and costs in colon cancer: Retrospective evaluations in two distinct databases / J. R. Hoverman, T. H. Cartwright, D. A. Patt, [et al.] // Journal of Oncology Practice. – 2011. – Vol.7 (Suppl. 3). – P. 52-59.

730. Patient-centered Medical Homes in Community Oncology Practices: Changes in Spending and Care Quality Associated with the come home Experience / T. M. Waters, C. M. Kaplan, I. Graetz, [et al.]// Journal of Oncology Practice. – 2019. – Vol. 15. – P. 56-64.

731. Performance status score: do patients and their oncologists agree? / S. P. Blagden, S. C. Charman, L. D. Sharples, [et al.] // British Journal of Cancer. – 2003. – Vol. 89. – P. 1022-1027.

732. Pratt, J. R. Strategic planning in long-term care organizations / J. R. Pratt // The Journal of long term care administration. – 1990. – № 18 (3). – 22-5.

733. Professionalization of the public health workforce: scoping review and call to action / K. Czabanowska, P. Rodriguez Feria, E. Kuhlmann, [et al.] // European Journal of Public Health. – 2024. – № 34 (1). – P. 52-58.

734. Progress Towards the Sustainable Development Goals. Report of the Secretary-General // Economic and Social Council. United Nations. – URL: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/27610SG_SDG_Progress_report_2021.pdf. (accessed 01.09.2022).

735. Recommendations from the ERAS®Society for standards for the development of enhanced recovery after surgery guidelines / M. E. Brindle, G. Nelson, D. Lobo, [et al.] // BJS Open. – 2019. – Vol. 4. – P. 157-163.

736. Reddy, S. Generative AI in healthcare: an implementation science informed translational path on application, integration and governance / S. Reddy // *Implementation Science*. – 2024. – № 19. – P. 27.

737. Reducing Cancer Costs Through Symptom Management and Triage Pathways / R. Barkle, M. J. Soobader, J. Wang [et al.] // *Journal of Oncology Practice*. – 2019. – Vol.15. – P. 91-97.

738. Research Landscape and Trends in Corporate Foresight / E. Chichorro, L. Pereira, A. Dias, [et al.] // *Foresight and STI Governance*. – 2022. – № 16 (3). – P. 49-66.

739. Reshetnikov A. V. *Sociology of Medicine*. / A. V. Reshetnikov – M, 2022. – 360 p.

740. Rio political declaration on social determinants of health Rio de Janeiro, Brazil. Geneva: WHO; 2011. p. 2012. – URL: <https://www.who.int/sdhconference/declaration/en/> (accessed: 05.10.2022).

741. Rodríguez Perera, F. de P. Strategic planning in healthcare organizations / F. de P. Rodríguez Perera, M. R. Peiró // *Revista española de cardiología (English ed.)*. – 2012. – № 65 (8). – P. 749-54.

742. Rothrock, N. E. Development and validation of an interpretive guide for PROMIS scores / N. E. Rothrock, D. Amtmann, K. F. Cook // *Journal of Patient-Reported Outcomes*. – 2020. – № 4 (1). – P. 16.

743. Rowe A. *Strategic management: A Methodological Approach* / A. Rowe, R. Mason, K. Dickel : N.Y. : Addison-Wesley, 1994. – 1040 p.

744. Scottish Government. Long-term monitoring of health inequalities. Scottish Government: Edinburgh. – 2018. – URL: <http://www.gov.scot/publications/long-termmonitoring-health-inequalities-december-2018-report> (accessed: 15.09.2022).

745. Shelowi, H. Health Policy and Planning in Health Management System / H. Shelowi // *Journal of Medical Science and Clinical Research*. – 2023. – № 11. – P. 89-93.

746. Shimizu, H. Artificial intelligence in oncology / H. Shimizu, K. I. Nakayama // *Cancer Science*. – 2020. – Vol. 111 (5). – P. 1452-1460.

747. Smith, T. J. Ensuring Quality Cancer Care by the Use of Clinical Practice Guidelines and Critical Pathways / T. J. Smith, B. E. Hillner // *Journal of Clinical Oncology*. – 2001. – Vol.19. – P. 2886-2897.

748. Snyder, C. A PRO-cision Medicine Methods Toolkit to Address the Challenges of Personalizing Cancer Care Using Patient-Reported Outcomes / C. Snyder, M. Brundage, Y. M. Rivera // *Medical Care*. – 2019. – № 57 (5). – P. 1-7.

749. Social Protection Committee. Indicators Sub-group. Portfolio of EU social indicators for the monitoring of progress towards the EU objectives for social protection and social Inclusion. Luxembourg: Publications Office of the European Union, – 2015. – URL:https://openedo.mrsu.ru/pluginfile.php/126838/mod_resource/content/1/социальный%20индекс%20ЕС.pdf (accessed: 11.10.2021).

750. Stanimirović, D. Human Resource Planning in Health Care: Outlining a Basic Model and Related Complexities / D. Stanimirović, R. Pribaković Brinovec // *Studies in Health Technology and Informatics*. – 2022. – № 299. – P. 279-282.

751. Steiner, G. Strategic Planning./ G. Steiner – Free Press, N.Y., 1979. – 383 p.

752. Strategic planning in health professions education: Scholarship or management? / N. Byrne, D. C. Cole, N. Woods, [et al.] // *Academic medicine*. – 2019. – № 94. – P. 1455-1460.

753. Strategic planning processes and financial performance among hospitals in Lebanon / S. Saleh, A. Kaissi, A. Semaan, N. M. Natafg // *International Journal of Health Planning and Management*. – 2013. – № 28 (1). – P. 34-45.

754. Strategic planning, components and evolution in zoonotic diseases frameworks: one health approach and public health ethics / M. K. Ghanbari, H. A. Gorji, M. Behzadifar, [et al.] // *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. – 2022. – Vol. 31. – № 62 (4). E981-E987.

755. Strategic workforce planning in health and social care - an international perspective: A scoping review / C. Sutton, J. Prowse, L. McVey, [et al.] // *Health Policy*. – 2023. – № 132. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851023001124?via%3Dihub> (accessed: 22.09.2023).

756. Strategy formation and performance: Evidence from local public transit agencies / T. H. Poister, L. H. Edwards, O. Q. Pasha, J. Edwards // *Public Perform Manag.* – 2013. – № 36. – P. 585-615.

757. Studwell, J. How Asia Works: Success and Failure in the World's Most Dynamic Region / J. Studwell – Moskva: Al`pina Pablisher, 2017. – 322 p.

758. Sustained efficacy of pulmonary artery pressure to guide adjustment of chronic heart failure therapy: complete follow-up results from the CHAMPION randomised trial / W. T. Abraham, L. W. Stevenson, R. C. Bourge, [et al.] // *Lancet*. – 2016. – Vol. 387. – P. 453-461.

759. Sutton, C. Strategic workforce planning in health and social care – an international perspective: A scoping review / C. Sutton, J. Prowse, L. McVey [et al.] // *Health Policy*. – 2023. – № 132. – P. 104827.

760. Symptom management implementation of patient reported outcomes in oncology (SIMPRO). – URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03850912>. (accessed: 14.06.2022).

761. Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial / E. Basch, A. M. Deal, M. G. Kris, [et al.] // *Journal of Clinical Oncology*. – 2016. – Vol. 34. – P. 557-565.

762. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews / C. Bambra, M. Gibson, A. Sowden, [et al.] // *Journal of Epidemiology and Community Health*. – 2010. – Vol. 64 (4). – P. 284-291.

763. Technology foresight: A bibliometric analysis to identify leading and emerging methods / E. Gibson, T. Daim, E. Garces, M. Dabic // *Foresight and STI Governance*, – 2018. – № 12 (1). – P. 6-24.

764. The advance directive completion rates in the hematopoietic stem cell transplant population in a major transplant cancer center / F. Zachariah, L. Popplewell, S. J. Forman, [et al.] // *Journal of Clinical Oncology*. – 2017. – Vol. 35. – P. 16.

765. The Chartis Group. Achieving optimal alignment in academic health centers. – URL: www.chartisgroup.com (accessed: 01.09.2021).

766. The effect of real-time electronic monitoring of patient-reported symptoms and clinical syndromes in outpatient workflow of medical oncologists: E-MOSAIC, a multicenter cluster-randomized phase III study (SAKK 95/06) / F. Strasser, D. Blum, R. von Moos, [et al.] // *Annals of Oncology*. – 2016. – Vol. 27. – P. 324-332.

767. The eSMART study protocol: a randomised controlled trial to evaluate electronic symptom management using the advanced symptom management system (ASyMS) remote technology for patients with cancer / R. Maguire, P. A. Fox, L. McCann, [et al.] // *BMJ Open*. – 2017. – Vol. 7. – URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/5/e015016.full.pdf> (accessed: 13.02.2023)

768. The financial toxicity of cancer treatment: A pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience / S. Y. Zafar, J. M. Peppercorn, D. Schrag, [et al.] // *Oncologist*. – 2013. – Vol.18. – P. 381-390.

769. The future of wearable technologies and remote monitoring in health care / Y. Liao, C. Thompson, S. Peterson [et al.] // *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. – 2019. – Vol. 39. – P. 115-121.

770. The Impact of Digital Hospitals on Patient and Clinician Experience: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis / O. J. Canfell, L. Woods, Y. Meshkat, [et al.] // *Journal of medical Internet research*. – 2024. – № 26. – P. e47715.

771. The patient remote intervention and symptom management system (PRISMS) – a Telehealth-mediated intervention enabling real-time monitoring of chemotherapy side-effects in patients with haematological malignancies: study protocol for a randomised controlled trial / S. Breen, D. Ritchie, P. Schofield, [et al.] // *Trials*. – 2015. – Vol. 16. – P. 472.

772. The process of developing health workforce strategic plans in Africa: a document analysis. – Electronic resource / J. Nyoni, C. D. Christmals, J. A. Asamani, [et al.] // *BMJ Global Health*. – 2022. – Vol. 7 (Suppl 1). – URL: https://gh.bmj.com/content/bmjgh/7/Suppl_1/e008418.full.pdf (accessed: 16.01.2023).

773. The Role of Parents in Their Child's Cancer Diagnosis, Treatment, Rehabilitation, and Socialization / A. Reshetnikov, M. Gevandova, N. Prisyazhnaya, N. Vyatkina // *Indian Journal of Pediatrics*. – 2022. – 91 (1). – P. 30-34.

774. The State of Oncology Practice in America, 2018: Results of the ASCO Practice Census Survey / M. K. Kirkwood, A. Hanley, S. S. Bruinooge, [et al.] // *Journal of Oncology Practice*. – 2018. – Vol. 14. – P. 412-420.

775. The Supportive Care of Oncology Patients (SCOOP) Pathway: A novel Approach to Improving the Patient Experience in the Curative Treatment of Cancer / C. Koprowski, N. Petrilli, E. J. Johnson, K. Sites // *Journal of Clinical Pathology*. – 2019. – Vol. 5. – P. 39-43.

776. The usefulness of clinical pathways (CP) in managing quality and cost in oncology networks / P. G. Ellis, B. H. O'Neil, M. F. Earle, [et al.] // *Journal of Clinical Oncology*. – 2016. – Vol.34. – P. 715.

777. The World Bank. Health. Data. Washington DC: The World Bank. – URL: <https://data.worldbank.org/topic/health> (accessed: 11.11.2022).

778. Three-Year Results of a Medicare Advantage Cancer Management Program / J. R. Hoverman, M. A. Neubauer, M. Jameson, [et al.] // *Journal of Oncology Practice*. – 2018. – Vol.14. – P. 229-237.

779. THRIVE study protocol: a randomized controlled trial evaluating a web-based app and tailored messages to improve adherence to adjuvant endocrine therapy among women with breast cancer / A. J. Paladino, J. N. Anderson, R. A. Krukowski, [et al.] // *BMC Health Services Research*. – 2019. – Vol. 19. – P. 977.

780. Towards the Future of Public Health: Roadmapping Trends and Scenarios in the Post-COVID Healthcare Era. / L. El-Warrak, M. Nunes, G. Luna, [et al.] // *Healthcare (Basel)*. – 2023. – № 11 (24). – P. 3118.

781. Towards the Use of Big Data in Healthcare: A Literature Review. – Electronic resource / G. Dicuonzo, G. Galeone, M. Shini, A. Massari // *Healthcare (Basel)*. – 2022. – № 10(7). – P. 1232.

782. Tran, G. Financial toxicity and implications for cancer care in the era of molecular and immune therapies / G. Tran, S. Y. Zafar // *Annals of Translational Medicine*. – 2018. – Vol. 6. – P. 166.

783. Treatment-related complications of systemic therapy and radiotherapy / V. Jairam, V. Lee, H. S. Park, [et al.] // *JAMA Oncol*. – 2019. – Vol. 5. – P. 1028-1035.

784. Trofimovskaya, A. To the question of the system of strategic management and planning in healthcare / A. Trofimovskaya, A. Andreichenko // *Ekonomika i upravlenie: problemy, resheniya*. – 2024. – № 1 (6). – P. 57-63.

785. Two-year survival comparing web-based symptom monitoring vs routine surveillance following treatment for lung cancer / F. Denis, E. Basch, A. L. Septans, [et al.] // *Journal of the American Medical Association*. – 2019. – Vol. 321. – P. 306-307.

786. Ugrinov, D. Strategic management system of health: Paradigm or need? / D. Ugrinov, A. Stojanov, L. Simić // *Zdravstvena zastita*. – 2013. – № 42. – P. 57-66.

787. Unscheduled readmissions for uncontrolled symptoms. A health care challenge for nurses / M. Grant, B. R. Ferrell, L. M. Rivera, J. Lee // *Nursing Clinics of North America*. – 1995. – Vol. 30. – P. 673-682.

788. Use of a web-based app to improve breast cancer symptom management and adherence for aromatase inhibitors: a randomized controlled feasibility trial / I. Graetz, C. N. McKillop, E. Stepanski, [et al.] // *Journal of Cancer Survivorship*. – 2018. – Vol. 12. – P. 431-440.

789. Use of treatment pathways reduce cost and decrease ED utilization and unplanned hospital admissions in patients (pts) with stage II breast cancer / J. L. Weese, C. J. Shamah, F. A. Sanchez [et al.] // *Journal of Clinical Oncology*. – 2019. – Vol. 37 (Suppl. 15). – P. 120.

790. Using modeling and scenario analysis to support evidence-based health workforce strategic planning in Malawi / L. Berman, M. L. Prust, A. Maungena Mononga, [et al.] // *Human Resources for Health*. – 2022. – 20 (1). – P. 34.

791. Validation of the cancer care monitor items for physical symptoms and treatment side effects using expert oncology nurse evaluation / B. Fortner, S. Baldwin, L. Schwartzberg, A. C. J. Houts // *Journal of Pain and Symptom Management*. – 2006. – Vol. 31. – P. 207-214.

792. Verulava, T. Strategic Management and Planning for Health Care Organizations in Georgia / T. Verulava // *Asia Pacific Journal of Health Management*. – 2023. – № 3 (18).

793. Vishnevskiy, K. Integrated roadmaps and corporate foresight as tools of innovation management: The case of Russian companies / K. Vishnevskiy, O. Karasev, D. Meissner // *Technological Forecasting and Social Change*. – 2015. – № 90 (PB). – P. 433-443.

794. Wearable activity monitors in oncology trials: current use of an emerging technology / G. Gresham, J. Schrack, L. M. Gresham, [et al.] // *Contemporary Clinical Trials*. – 2018. – Vol. 64. – P. 13-21.

795. Wearable activity monitors to assess performance status and predict clinical outcomes in advanced cancer patients / G. Gresham, A. E. Hendifar, B. Spiegel, [et al.] // *Npj Digital Medicine*. – 2018. – Vol. 1. – P. 27.

796. Web-based collaborative care intervention to manage cancer-related symptoms in the palliative care setting / J. L. Steel, D. A. Geller, K. H. Kim, [et al.] // *Cancer*. – 2016. – Vol. 122. – P. 1270-1282.

797. Welch, T.D. Strategic Planning: Moving From Plan to Implementation / T. D. Welch, T. B. Smith // *Nursing administration quarterly*. – 2023. – № 47(4). – P. 283-288.

798. Where Are the Opportunities for Reducing Health Care Spending Within Alternative Payment Models? / G. B. Rocque, C. Williams, K. Kenzik, [et al.] // *Journal of Oncology Practice*. – 2018. – Vol. 14. – P. 375-383.

799. Whitney, D. The Power of Appreciative Inquiry: A Practical Guide to Positive Change / D. Whitney, A. Trosten-Bloom. – San Francisco : Berrett-Koehler Publishers, 2010. – 304 p.

800. Wiedman, D. Organizational culture theme theory and analysis of strategic planning for a new medical school / D. Wiedman, I. L. Martinez // *Human Organization*. – 2017. – № 76. – P. 264-274.

801. Wiener, M. Collaborative open foresight – A new approach for inspiring discontinuous and sustainability-oriented innovations / M. Wiener, R. Gattringer, F. Strehl // *Technological Forecasting and Social Change*. – 2020. – № 155. – URL: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2018.07.008> (accessed: 12.09.2023).

802. Working Group for Monitoring Action on the Social Determinants of Health. Towards a global monitoring system for implementing the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: developing a core set of indicators for government action on the social determinants of health to improve health equity // *International Journal for Equity in Health*. – 2018. – Vol. 17 (1). – P. 136.

803. Wysocka, J. Strategic Planning: Looking to the Future / J. Wysocka, J. Rossant // *Stem Cell Reports*. – 2019. – Vol. 11. № 12 (6). – P. 1183-1185.

804. Ye, J. Implications for implementation and adoption of telehealth in developing countries: a systematic review of China's practices and experiences / J. Ye, L. He, M. Beestrum // *Npj Digital Medicine*. – 2023. – № 6 (1). – P. 174.

805. Zafar, H. M. Liberating Structures in Strategic Planning: Methods to Foster Engagement / H. M. Zafar, J. V. Rawson // *Academic radiology*. – 2024. – № 31(2). – P. 438-445.

806. Zafar, S. Y. Financial Toxicity of Cancer Care: It's Time to Intervene / S. Y. Zafar // *Journal of the National Cancer Institute*. – 2016. – Vol. 108. – P. 370.

807. Zeithaml, V. A. Services Marketing Strategy / V. A Zeithaml, M. J. Bitner, D. D. Gremler // Wiley International Encyclopedia of Marketing. – 2010. – № 1. – P. 31-38.

808. Zovko, V. Strategic management process in hospitals / V. Zovko // World hospitals and health services : the official journal of the International Hospital Federation. – 2001. – № 37(1). – P. 2-34.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ «МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО»

На правах рукописи

Соболев Константин Эдуардович

**Медико-социологический мониторинг стратегического развития
регионального здравоохранения (по материалам Московской области)**

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

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Том 2
Приложения

Научный консультант:
доктор медицинских наук,
доктор социологических наук,
профессор, академик РАН
Решетников Андрей Вениаминович

Москва – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Расчет выборочной совокупности медико-социологического исследования «Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения»	5
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Анкета для опроса пациентов в рамках медико-социологического исследования «Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения»	11
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Анкета для опроса руководителей медицинских организаций, расположенных в муниципальных образованиях в рамках медико-социологического исследования «Изучение эффективности деятельности медицинских организаций Московского региона в современных социально-экономических условиях в рамках государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»	21
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Анкета для опроса пациентов в рамках медико-социологического исследования «Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области».....	32
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Анкета для опроса пациентов в рамках медико-социологического исследования «Медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию».....	40
ПРИЛОЖЕНИЕ Е. Расчет выборочной совокупности медико-социологического исследования «Медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию».....	50

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. Гайд фокус-группового интервью (фокус-группы) со специалистами онкологической службы системы здравоохранения Московского региона в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению».....	55
ПРИЛОЖЕНИЕ И. Списки участников фокус-группового интервью (фокус-группы) в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению»	58
ПРИЛОЖЕНИЕ К. Транскрибированная стенограмма фокус-групповых интервью врачей-онкологов в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению»	59
ПРИЛОЖЕНИЕ Л. Бланк формализованного структурированного (стандартизированного) экспертного опроса в рамках медико-социологического исследования «Изучение основных проблем и перспектив развития здравоохранения в Московской регионе (областной уровень) в рамках государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»	129
ПРИЛОЖЕНИЕ М. Таблицы корреляции (попарное сравнение) в массиве ответов респондентов на вопрос об основных проблемах в системе здравоохранения Московской области, которые требовали бы решения при стратегическом планировании государственной программы «Здравоохранение Подмосковья»	132
ПРИЛОЖЕНИЕ Н. Таблица корреляции (попарное сравнение) распределения данных по показателям архетипа системы здравоохранения в муниципальном образовании Московской области	134
ПРИЛОЖЕНИЕ П. Интегрированные индексы результатов стратегического развития здравоохранения Московской области	135

ПРИЛОЖЕНИЕ Р. Критерии оценки медицинских организаций для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19.....	140
ПРИЛОЖЕНИЕ С. Документация о создании областного аналитического расчетно-экономического Центра в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского	146
ПРИЛОЖЕНИЕ Т. Внедрение в практическую деятельность результатов диссертационного исследования.....	153

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Расчет выборочной совокупности медико-социологического исследования «Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения»

Таблица А.1 – Число пациентов, получающих помощь в КДЦ «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» за 2019 год с распределением по полу, возрасту и профилю лечения (генеральная совокупность)

Пол	Мужчины							Женщины							ИТОГО
Профиль лечения ЛПУ	18 - 20 лет	21-30 лет	31 - 40 лет	41 - 50 лет	51 - 60 лет	61 - 70 лет	71 год и старше	18 - 20 лет	21-30 лет	31 - 40 лет	41 - 50 лет	51 - 60 лет	61 - 70 лет	71 год и старше	
акушер-гинеколог								26	151	193	335	236	160	21	1122
аллерголог- иммунолог	339	434	346	178	195	135	55	162	653	912	772	854	839	306	6180
гастроэнтеролог	262	994	2403	2160	1812	1320	444	142	938	1971	2109	3193	3396	1347	22491
гематолог	111	245	571	669	1134	1392	972	125	688	1214	1088	1617	2562	1784	14172
генетик	140	275	528	240	83	52	10	54	714	1421	535	126	90	28	4296
дерматовенеролог	3	17	22	8	11	9	2	10	15	24	25	22	23	7	198
инфекционист	69	542	2204	2109	1237	803	261	55	729	1681	1668	1853	1586	503	15300
кардиолог	360	566	524	698	1322	1262	646	57	388	724	841	1485	1850	1199	11922
логопед	51	185	66	56	102	71	28	7	20	37	59	34	66	36	818
невролог	557	1505	1960	1636	1759	1412	694	391	2344	3583	3500	3542	3405	1697	27985
нейрохирург	82	215	410	489	588	548	178	47	205	520	728	1176	1337	591	7114
нефролог	90	287	644	710	822	720	376	27	328	634	639	915	981	644	7817
онколог	12	35	132	237	733	1236	1083	24	197	633	1218	1720	2251	1622	11133
отоларинголог	140	466	751	585	604	608	394	116	526	1014	1024	1264	1319	741	9552
офтальмолог	155	440	583	778	1358	2340	1956	102	602	806	1153	2325	4847	5003	22448

Продолжение Таблицы А.1

Пол	Мужчины							Женщины							ИТОГО
Профиль лечения ЛПУ	18 - 20 лет	21-30 лет	31 - 40 лет	41 - 50 лет	51 - 60 лет	61 - 70 лет	71 год и старше	18 - 20 лет	21-30 лет	31 - 40 лет	41 - 50 лет	51 - 60 лет	61 - 70 лет	71 год и старше	
проктолог	10	36	62	88	86	96	62	6	43	75	88	176	246	148	1222
профпатолог	9	88	158	186	359	205	66	27	195	261	431	458	287	69	2799
психотерапевт	17	64	60	51	43	18	11	20	100	193	171	222	196	69	1235
пульмонолог	352	434	363	442	755	793	311	75	323	683	881	1508	1703	671	9294
радиолог						3	2			1		1	2	1	10
ревматолог	98	282	556	623	706	480	196	90	417	1089	1389	2305	2170	813	11214
сердечно-сосудистый хирург	78	88	130	277	728	1241	1117	28	85	155	222	509	1235	1890	7783
сосудистый хирург	25	96	192	333	1076	1725	906	9	97	279	426	834	1456	1140	8594
стоматолог	3	18	12	5	2		2		27	8	11	17	6	3	114
сурдолог	32	76	130	134	253	383	489	21	89	165	217	404	677	940	4010
терапевт	16	415	576	489	628	338	89	53	936	1496	1533	1661	941	233	9404
торакальный хирург	76	180	201	212	330	374	164	28	122	312	445	597	707	306	4054
травматолог-ортопед	364	903	1045	1172	1861	1498	645	161	411	839	1314	3099	4200	2198	19710
уролог	125	342	502	586	822	1186	798	54	358	462	507	862	1082	424	8110
хирург	28	85	196	204	245	264	140	27	183	298	422	701	971	431	4195
хирург-стоматолог	1	13	9	17	13	2	2	1	37	17	16	16	16	7	167
хирург-эндокринолог	3	26	36	70	108	78	38	6	87	275	329	592	724	309	2681
челюстно-лицевой хирург	77	253	373	325	337	313	185	90	395	607	467	673	674	317	5086
эндокринолог	210	369	400	509	655	542	241	160	761	1509	2077	4129	6265	3053	20880
Всего:	3895	9974	16145	16276	20767	21447	12563	2201	13164	24091	26640	39126	48270	28551	283110

Таблица А.2 – Квотирование выборочной совокупности «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» в зависимости от профиля лечения в КДЦ (чел.)

Профиль лечения ЛПУ	Пролеченных пациентов	% соотношение в генеральной совокупности	Количество в выборочной совокупности
акушер-гинеколог	1122	0,40	2
аллерголог-иммунолог	6180	2,18	9
гастроэнтеролог	22491	7,94	32
гематолог	14172	5,00	20
генетик	4296	1,52	6
дерматовенеролог	198	0,07	0
инфекционист	15300	5,40	22
кардиолог	11922	4,21	17
логопед	818	0,29	1
невролог	27985	9,88	38
нейрохирург	7114	2,51	10
нефролог	7817	2,76	11
онколог	11133	3,93	16
отоларинголог	9552	3,37	13
офтальмолог	22448	7,93	32
проктолог	1222	0,43	2
профпатолог	2799	1,00	4
психотерапевт	1235	0,44	2
пульмонолог	9294	3,28	13
радиолог	10	0,0	0
ревматолог	11214	3,96	16
сердечно-сосудистый хирург	7783	2,75	11
сосудистый хирург	8594	3,04	12
стоматолог	114	0,04	0
сурдолог	4010	1,42	6
терапевт	9404	3,32	13
торакальный хирург	4054	1,43	6
травматолог-ортопед	19710	6,96	28
уролог	8110	2,87	11
хирург	4195	1,48	6
хирург-стоматолог	167	0,06	0
хирург-эндокринолог	2681	0,95	4
челюстно-лицевой хирург	5086	1,80	7
эндокринолог	20880	7,38	29
Всего:	283110	100	399

Таблица А.3 – Долевое соотношение половозрастных характеристик респондентов КДЦ «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» в зависимости от профиля лечения и половозрастных характеристик (% * за исключением дерматовенерологии, радиологии и стоматологии)

Пол	Мужчины							Женщины							ИТОГО
профиль лечения ЛПУ	18-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	71 год и старше	18 - 20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	71 год и старше	
акушер-гинеколог	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	13,5	17,2	29,9	21,0	14,3	1,8	100
аллерголог-иммунолог	5,5	7,0	5,6	2,9	3,2	2,2	0,9	2,6	10,6	14,7	12,5	13,8	13,6	4,9	100
гастроэнтеролог	1,2	4,4	10,7	9,6	8,1	5,9	2,0	0,6	4,2	8,8	9,3	14,2	15,1	5,9	100
гематолог	0,8	1,7	4,0	4,7	8,0	9,8	6,9	0,9	4,9	8,6	7,7	11,4	18,1	12,5	100
генетик	3,3	6,4	12,3	5,6	1,9	1,2	0,2	1,3	16,6	33,1	12,5	2,9	2,1	0,6	100
инфекционист	0,5	3,5	14,4	13,8	8,1	5,3	1,6	0,4	4,8	11,0	10,9	12,1	10,3	3,3	100
кардиолог	3,0	4,7	4,4	5,9	11,1	10,6	5,4	0,5	3,2	6,1	7,1	12,4	15,5	10,1	100
логопед	6,2	22,6	8,1	6,8	12,5	8,7	3,4	0,9	2,4	4,5	7,2	4,2	8,1	4,4	100
невролог	2,0	5,4	7,0	5,7	6,3	5,0	2,5	1,4	8,4	12,8	12,5	12,7	12,2	6,1	100
нейрохирург	1,2	3,0	5,8	6,9	8,3	7,7	2,5	0,7	2,9	7,3	10,2	16,5	18,7	8,3	100
нефролог	1,2	3,7	8,2	9,1	10,5	9,2	4,8	0,4	4,2	8,1	8,2	11,7	12,5	8,2	100
онколог	0,1	0,3	1,2	2,1	6,6	11,1	9,7	0,2	1,8	5,7	10,9	15,5	20,2	14,6	100
отоларинголог	1,5	4,9	7,9	6,1	6,3	6,4	4,1	1,2	5,5	10,7	10,7	13,2	13,8	7,7	100
офтальмолог	0,7	2,0	2,6	3,5	6,1	10,4	8,7	0,5	2,7	3,6	5,1	10,3	21,5	22,3	100
проктолог	0,8	2,9	5,1	7,2	7,0	7,9	5,1	0,5	3,5	6,1	7,2	14,4	20,2	12,1	100
профпатолог	0,3	3,1	5,6	6,6	12,8	7,3	2,4	1,0	7,0	9,3	15,4	16,4	10,3	2,5	100
психотерапевт	1,4	5,2	4,9	4,1	3,5	1,5	0,9	1,6	8,1	15,6	13,8	18,0	15,8	5,6	100
пульмонолог	3,8	4,7	3,9	4,8	8,1	8,5	3,4	0,8	3,5	7,4	9,5	16,2	18,2	7,2	100
ревматолог	0,9	2,5	5,0	5,6	6,3	4,3	1,8	0,8	3,6	9,7	12,4	20,5	19,4	7,2	100
сердечно-сосудистый хирург	1,0	1,1	1,7	3,6	9,3	16,0	14,3	0,4	1,1	2,0	2,9	6,5	15,9	24,2	100
сосудистый хирург	0,3	1,1	2,2	3,9	12,5	20,1	10,5	0,1	1,1	3,3	5,0	9,7	16,9	13,3	100
сурдолог	0,8	1,9	3,2	3,3	6,3	9,6	12,2	0,5	2,2	4,1	5,4	10,1	16,9	23,5	100
терапевт	0,2	4,4	6,1	5,2	6,7	3,6	1,0	0,6	9,9	15,9	16,3	17,7	10,0	2,4	100
торакальный хирург	1,9	4,4	5,0	5,2	8,1	9,2	4,1	0,7	3,0	7,7	11,0	14,7	17,4	7,6	100
травматолог-ортопед	1,9	4,6	5,3	6,0	9,3	7,6	3,3	0,8	2,1	4,3	6,7	15,7	21,3	11,1	100
уролог	1,5	4,2	6,2	7,2	10,2	14,6	9,8	0,7	4,4	5,7	6,3	10,6	13,3	5,3	100
хирург	0,7	2,0	4,7	4,9	5,8	6,3	3,3	0,6	4,4	7,1	10,1	16,7	23,2	10,2	100
хирург-эндокринолог	0,1	1,0	1,3	2,6	4,0	2,9	1,4	0,2	3,3	10,3	12,3	22,1	27,0	11,5	100
челюстно-лицевой хирург	1,5	5,0	7,3	6,4	6,6	6,2	3,6	1,8	7,8	11,9	9,2	13,2	13,3	6,2	100
эндокринолог	1,0	1,8	1,9	2,4	3,1	2,6	1,2	0,8	3,6	7,2	10,0	19,8	30,0	14,6	100

Таблица А.4 – Квотирование выборочной совокупности половозрастных характеристик респондентов КДЦ «ГБУЗ МО «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» в зависимости от профиля лечения и половозрастных характеристик (чел. * за исключением дерматовенерологии, радиологии и стоматологии)

Пол	Мужчины							Женщины							ИТОГО
Профиль лечения ЛПУ	18 - 20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	71 год и старше	18-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51 - 60 лет	61-70 лет	71 год и старше	
акушер-гинеколог	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
аллерголог-иммунолог	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	9
гастроэнтеролог	0	1	3	3	3	2	1	0	1	3	3	5	5	2	32
гематолог	0	0	1	1	2	2	1	0	1	2	2	2	4	2	20
генетик	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	6
инфекционист	0	1	3	3	2	1	0	0	1	2	2	3	3	1	22
кардиолог	0	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	2	3	2	17
логопед	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
невролог	1	2	3	2	2	2	1	1	3	5	5	5	4	2	38
нейрохирург	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	2	2	1	10
нефролог	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11
онколог	0	0	0	0	1	2	2	0	0	1	2	3	3	2	16
отоларинголог	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	2	1	13
офтальмолог	0	1	1	1	2	3	3	0	1	1	2	3	7	7	32
проктолог	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
профпатолог	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	4
психотерапевт	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
пульмонолог	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	2	1	13
ревматолог	0	0	1	1	1	1	0	0	1	2	2	3	3	1	16
сердечно-сосудистый хирург	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	1	2	3	11
сосудистый хирург	0	0	0	1	2	2	1	0	0	0	1	1	2	2	12
сурдолог	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	6
терапевт	0	1	1	1	1	0	0	0	1	2	2	3	1	0	13
торакальный хирург	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	6
травматолог-ортопед	0	1	2	2	3	2	1	0	1	1	2	4	6	3	28
уролог	0	0	1	1	1	2	1	0	0	1	1	1	2	0	11
хирург	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	6
хирург-эндокринолог	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4
челюстно-лицевой хирург	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	7
эндокринолог	0	0	1	1	1	1	0	0	1	2	3	6	9	4	29
Итого	2	12	23	22	30	30	17	1	18	32	40	60	71	41	399

Таблица А.5 – Квотирование выборочной совокупности половозрастных характеристик респондентов КДЦ «ГБУЗ МО «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» в зависимости от профиля лечения и половозрастных характеристик (чел. * за исключением дерматовенерологии, радиологии и стоматологии)

Пол	Мужчины							Женщины							ИТОГО
Профиль лечения ЛПУ	18-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	71 год и старше	18-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	71 год и старше	
группа	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Итого	2	12	23	22	30	30	17	1	18	32	40	60	71	41	399

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

**Анкета для опроса пациентов в рамках медико-социологического исследования
«Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы
здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем
территориального здравоохранения»**

Здравствуйте! Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского проводит опрос, направленный на изучение социально-экономических характеристик потребителей медицинских услуг (пациента) и их мнений о состоянии и проблемах здравоохранения в Московской области. Ваши искренние ответы будут способствовать выработке правильных действий по совершенствованию здравоохранения. Для заполнения анкеты необходимо отметить вариант, который соответствует Вашему мнению, либо написать свой ответ в свободных полях. Анкета является анонимной.

I. ВОПРОСЫ О САМООЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ И ЗОЖ

1. Как давно Вы живете в этом городе (поселке, селе)? (один ответ)

- 1) меньше одного года;
- 2) до 5 лет;
- 3) от 5 до 10 лет;
- 4) дольше 10 лет;
- 5) всю жизнь.

2. Довольны ли Вы своей жизнью? (1 – низший балл, 5 – высший балл, один ответ в каждой строке)

Стороны жизни	Балл				
Своей жизнью в целом	1	2	3	4	5
Своим материальным положением	1	2	3	4	5
Своим здоровьем	1	2	3	4	5
Своим жильем	1	2	3	4	5
Своей семьей	1	2	3	4	5
Своей работой	1	2	3	4	5

3. Оцените состояние своего здоровья в настоящее время: (один ответ)

- 1) отличное;
- 2) хорошее;
- 3) удовлетворительное;
- 4) плохое;
- 5) очень плохое;
- 6) другое (напишите) _____

4. Удовлетворены ли Вы в целом состоянием своего здоровья? (один ответ)

- 1) да, полностью;
- 2) не полностью удовлетворен(а);
- 3) не удовлетворен(а);
- 4) затрудняюсь ответить.

5. Чем Вы объясняете состояние своего здоровья? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) неудовлетворительным экологическим и санитарным состоянием района проживания (работы);
- 2) рабочей нагрузкой;
- 3) отсутствием регулярного отдыха;
- 4) плохим питанием;
- 5) длительной конфликтной ситуацией дома;

- 6) возрастом;
- 7) длительной конфликтной ситуацией на работе;
- 8) невниманием к своему здоровью;
- 9) вредными привычками;
- 10) недоступностью качественной медицинской помощи;
- 11) плохой наследственностью;
- 12) последствиями заболеваний, операций и травм;
- 13) другое (напишите) _____

6. Вы курите? (один ответ)

- 1) да, постоянно;
- 2) да, периодически;
- 3) нет.

7. Как часто Вы употребляете спиртные напитки? (один ответ)

- 1) каждый день;
- 2) два-три раза в неделю;
- 3) несколько раз в месяц;
- 4) несколько раз в год;
- 5) раз в год или реже;
- 6) никогда не употребляю.

8. У Вас есть хронические заболевания? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет.

9. Состоите ли Вы на диспансерном учете? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет.

10. Проходите ли Вы ежегодное диспансерное обследование? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет.

11. Возникали ли у Вас трудности в получении рецептов на приобретение лекарства на льготных основаниях? (один ответ по каждой строке)

Льготы	да	нет
Бесплатно	1	2
За 50% стоимости	1	2

12. Стараетесь ли Вы вести здоровый образ жизни? (один ответ)

- 1) да, всегда;
- 2) да, иногда;
- 3) нет.

13. Какие меры Вы предпринимаете для поддержания собственного здоровья? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) совершаю прогулки на свежем воздухе;
- 2) занимаюсь самостоятельно физкультурой, бегаю, катаюсь на велосипеде и др.;
- 3) посещаю платную группу (аэробика, шейпинг, плавание, теннис, единоборства, йога и т.д.) в спортивном клубе, центре, бассейне, на стадионе;
- 4) хожу в баню;
- 5) стараюсь правильно питаться;
- 6) принимаю витамины, БАД;
- 7) посещаю врачей с профилактической целью;
- 8) другое (напишите) _____
- 9) ничего не делаю.

14. Пользуетесь ли Вы услугами народных целителей, гомеопатов, экстрасенсов и т.п.? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) пока ни разу не приходилось;
- 2) обращался(лась) к гомеопату;
- 3) обращался(лась) к экстрасенсу;
- 4) обращался(лась) к знахарю;
- 5) обращался(лась) к разным целителям;
- 6) другое (напишите)_____

15. Помогло ли Вам это нетрадиционное лечение? (один ответ)

- 1) да, помогло;
- 2) нет, не помогло;
- 3) стало хуже;
- 4) затрудняюсь ответить.

16. В случае болезни, обращаетесь ли Вы за помощью в храм? (один ответ)

- 1) да, и это моя основная опора;
- 2) да, но у меня есть и другие формы поддержки;
- 3) нет, не обращаюсь.

II. ВОПРОСЫ О СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

17. Как часто Вы обращаетесь за амбулаторно-поликлинической медицинской помощью в медучреждения своего района (муниципального образования)? (один ответ)

- 1) ежемесячно;
- 2) один раз в полгода;
- 3) один раз в год;
- 4) не каждый год;
- 5) не обращаюсь.

18. Как часто Вы обращаетесь за стационарной медицинской помощью в медучреждения своего района (муниципального образования)? (один ответ)

- 1) ежемесячно;
- 2) один раз в полгода;
- 3) один раз в год;
- 4) не каждый год;
- 5) не обращаюсь.

19. Как бы Вы оценили состояние здравоохранения в Московской области в целом? (один ответ)

- 1) хорошее;
- 2) удовлетворительное;
- 3) плохое;
- 4) затрудняюсь ответить.

20. Как бы Вы оценили качество оказываемой Вам медицинской помощи? (один ответ)

- 1) отличное;
- 2) хорошее;
- 3) удовлетворительное;
- 4) плохое;
- 5) очень плохое;
- 6) затрудняюсь ответить.

21. Удовлетворены ли Вы медицинскими услугами? (1 – низший балл, 5 – высший балл – один ответ по каждой строке)

Тип медицинской организации	Балл				
В поликлинике	1	2	3	4	5
В стационаре	1	2	3	4	5
В ведомственной поликлинике	1	2	3	4	5
В платной медицинской организации	1	2	3	4	5
В других медицинских организациях	1	2	3	4	5

22. Что Вас больше всего не удовлетворяет? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) квалификация врачей;
- 2) внимание со стороны медперсонала;
- 3) организация приема пациентов;
- 4) качество медицинского оборудования;
- 5) работа медучреждения в целом;
- 6) отсутствие необходимого оборудования.

23. Как, на Ваш взгляд, изменилось качество медицинского обслуживания в последние годы, в связи с проведением реформирования здравоохранения? (один ответ)

- 1) не изменилось;
- 2) изменилось в лучшую сторону;
- 3) изменилось в худшую сторону;
- 4) затрудняюсь ответить.

24. Используете ли Вы право выбора медицинской организации? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) я не знаю об этом праве.

25. Каким образом Вы выбираете врача, имея полис ОМС? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) обращаюсь к тому, к какому меня отправят в регистратуре;
- 2) расспрашиваю знакомых;
- 3) консультируюсь у других медработников;
- 4) использую интернет;
- 5) другое (напишите) _____

26. Какова была причина Вашей жалобы в случае неудовлетворенности предоставленной медицинской помощью? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) отказ в оказании услуги;
- 2) оплата услуги, которая должна была быть бесплатной;
- 3) плохое качество услуги;
- 4) нарушение медицинской этики;
- 5) несоответствие оказанной медицинской помощи или услуг (например, недостаточный уровень обследования);
- 6) другое (напишите) _____

27. Куда Вы обращались с жалобой? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) в страховую медицинскую организацию;
- 2) в городскую (районную) администрацию;
- 3) в органы управления здравоохранением;
- 4) в суд;
- 5) другое (напишите) _____

28. Возникали ли у Вас проблемы с медицинским обслуживанием за пределами Московской области? (один ответ)

- 1) не обращался(лась);
- 2) меня отказались обслуживать, т.к. у меня не было с собой полиса;
- 3) меня отказались обслуживать, хотя полис у меня был с собой;
- 4) меня обслужили по моему полису;
- 5) меня обслужили без полиса;
- 6) затрудняюсь ответить.

29. Есть ли у Вас «свой» доктор, которому Вы больше всего доверяете? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет.

30. На Ваш взгляд, какая система организации здравоохранения в наибольшей степени отвечает современным требованиям оказания медицинской помощи населению? (один ответ)

- 1) советская система организации медицинской помощи (бюджетная);
- 2) смешанная система организации медицинской помощи (бюджетно-страховая);
- 3) система организации медицинской помощи, основанная на обязательном медицинском страховании;
- 4) система здравоохранения, основанная на государственно-частном партнерстве;
- 5) частная система медицинской помощи;
- 6) другое (напишите) _____

31. Укажите с какими из приведенных ниже мнений Вы согласны? (один ответ)

- 1) медицинская помощь должна быть бесплатной как раньше;
- 2) наряду с бесплатной помощью должны быть платные медицинские услуги;
- 3) услуги не должны быть бесплатными, пациенты должны самостоятельно оплачивать медицинскую помощь;
- 4) услуги должны частично оплачиваться, в зависимости от материального положения пациента;
- 5) другое (напишите) _____
- 6) затрудняюсь ответить.

III. ВОПРОСЫ ОБ ОПЫТЕ ПОЛУЧЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

32. Приходилось ли Вам «благодарить» (деньги, подарки и т.п.) врача государственного медицинского учреждения, оказывающего Вам медицинскую помощь? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) затрудняюсь ответить.

33. Приходилось ли Вам отказываться от лечения из-за отсутствия денег? (один ответ)

- 1) да, приходилось;
- 2) нет, я мог(ла) оплачивать необходимые медицинские услуги;
- 3) нет, мне не приходилось пользоваться платными медицинскими услугами.

34. Какое из приведенных мнений подходит к Вашей ситуации более всего? (один ответ)

- 1) никогда не пользовался(ась) услугами частных медицинских организаций, так как не было в этом необходимости;
- 2) не могу позволить себе платные медицинские услуги;
- 3) чтобы оплатить платные медицинские услуги, я вынужден(а) сокращать другие расходы;
- 4) я смогу оплачивать платные медицинские услуги без значительного сокращения своего семейного бюджета;
- 5) оплата платных медицинских услуг не составляет для меня проблемы;
- 6) затрудняюсь ответить.

35. Что Вас привлекает в платных медицинских организациях? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) качество лечения;
- 2) внимание со стороны медперсонала;
- 3) относительно низкая стоимость;
- 4) удобная доступность медицинской помощи (маршрутизация пациентов);
- 5) другое (напишите)_____

IV. ВОПРОСЫ О ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ С МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

36. Какие в основном эмоции Вы испытываете по отношению к медицинским работникам поликлиники? (не больше 3-х вариантов ответа)

- 1) симпатию;
- 2) доверие;
- 3) антипатию;
- 4) недоверие;
- 5) другое (напишите)_____
- 6) затрудняюсь ответить.

37. Как Вы оцениваете свои взаимоотношения с врачом? (один ответ)

- 1) полное доверие и взаимопонимание;
- 2) частичное доверие и понимание;
- 3) отсутствие всякого доверия и взаимопонимания;
- 4) затрудняюсь ответить.

38. Включается ли врач в Ваши проблемы, сопереживает ли он Вам? (один ответ)

- 1) да;
- 2) когда как;
- 3) нет.

39. Охарактеризуйте свое состояние, возникающее чаще всего после приема врача: (один ответ)

- 1) появляется оптимизм, ощущение поддержки, понимания, доверия;
- 2) ничего не меняется;
- 3) появляется пессимизм, удрученность, озабоченность.

40. Из каких источников Вы, в основном, получаете медицинскую информацию о заболеваниях, методах их лечения и лекарственных препаратах? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) от медицинских работников;
- 2) из информационных объявлений в поликлинике;
- 3) от знакомых и родственников;
- 4) из научно-популярной литературы;
- 5) из периодических изданий;
- 6) по радио;
- 7) по телевизору;
- 8) через Интернет;
- 9) другое (напишите)_____

41. Скажите, достаточно ли информации о состоянии своего здоровья Вы получаете от медицинских работников поликлиники? (один ответ)

- 1) информации слишком много;
- 2) да, ровно столько, сколько нужно;
- 3) нет, хотелось бы больше;
- 4) не получаю никакой информации.

42. Понятно ли Вам то, что объясняет врач? (один ответ)

- 1) да, полностью;
- 2) лишь частично;
- 3) ничего непонятно.

43. Из-за чего возникают сложности в понимании объяснении медицинских работников? (возможны несколько вариантов ответа)
- 1) они используют слишком много сложных, специальных терминов;
 - 2) говорят неразборчиво, быстро, не повторяют и не уточняют непонятное;
 - 3) не объясняют, а пишут неразборчиво;
 - 4) другое (напишите)_____
 - 5) затрудняюсь ответить.
44. Всегда ли Вы выполняете предписания врача? (один ответ)
- 1) да, всегда;
 - 2) когда как;
 - 3) нет.
45. Почему Вы не выполняете предписания врача? (возможны несколько вариантов ответа)
- 1) не доверяю врачу;
 - 2) не доверяю официальной медицине;
 - 3) не согласен(на) с методами и лекарствами, выбранными для лечения;
 - 4) не люблю пить лекарства;
 - 5) не верю в возможность выздоровления;
 - 6) не хватает средств на лекарства;
 - 7) не до конца понятно, что необходимо делать;
 - 8) из-за собственной лени;
 - 9) другое (напишите)_____
 - 10) затрудняюсь ответить.
46. Какие действия Вы предпринимаете, если не согласны с рекомендациями врача? (возможны несколько вариантов ответа)
- 1) никаких действий не предпринимаю, выполняю, что сказано;
 - 2) объясняю ему свою позицию;
 - 3) ничего не говорю, просто не выполняю их;
 - 4) обвиняю его в некомпетентности;
 - 5) обращаюсь к другому специалисту;
 - 6) другое (напишите)_____
 - 7) затрудняюсь ответить.
47. Бывает ли такое, что врач не проводит необходимых, на Ваш взгляд, диагностических или лечебных процедур? (один ответ)
- 1) да, довольно часто;
 - 2) да, иногда;
 - 3) нет, никогда.
48. Просите ли Вы врача в этом случае назначить Вам какое-то лечение? (один ответ)
- 1) да, часто;
 - 2) да, иногда;
 - 3) нет;
 - 4) затрудняюсь ответить.
49. Выполняет ли врач в этом случае Ваши пожелания? (один ответ)
- 1) да;
 - 2) да, если желание совпадает с его мнением;
 - 3) да, если желание соответствует данным анализов, обследований;
 - 4) нет;
 - 5) затрудняюсь ответить.

50. Считаете ли Вы, что медицинские работники злоупотребляют своей «властью», обладая информацией о Вашем здоровье и методах лечения? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) затрудняюсь ответить.

51. Случаются ли у Вас конфликты с медицинскими работниками? (один ответ)

- 1) да, постоянно;
- 2) да, иногда;
- 3) нет, никогда.

52. Если «Да», то с какими категориями медицинских работников у Вас были конфликты? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) с представителями администрации поликлиники;
- 2) с врачами;
- 3) с медицинскими сестрами;
- 4) с санитарками;
- 5) с работниками регистратуры;
- 6) со всеми в равной степени.

53. Что было основной причиной конфликта с врачом? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) отсутствие возможности попасть на прием к врачу;
- 2) нарушение медицинской этики;
- 3) принятие врачом решений без моего согласия;
- 4) попытка извлечения врачом личной материальной выгоды;
- 5) нежелание назначать ряд диагностических и / или лечебных процедур;
- 6) отказ сообщать информацию о состоянии моего здоровья, заболевании или методах лечения;
- 7) ошибка медицинских работников;
- 8) другое (напишите) _____

54. Как Вы оцениваете профессиональные качества Вашего врача? (1 – низший балл, 5 – высший балл – один ответ по каждой строке)

Профессиональные качества врача	Балл				
Компетентность, профессионализм	1	2	3	4	5
Соблюдение профессиональной этики	1	2	3	4	5
Заинтересованность в результате лечения	1	2	3	4	5
Индивидуальность подхода	1	2	3	4	5
Дисциплинированность (присутствие на рабочем месте)	1	2	3	4	5

55. Опишите, каким Вы хотели бы видеть «Идеального врача»?

- 1) возраст (лет) (напишите) _____
- 2) пол (напишите) _____
- 3) ученая степень (обязательна или нет) (напишите) _____
- 4) если ученая степень обязательна, то какая (доктор или кандидат наук) (напишите) _____

-
- 5) национальность (напишите) _____
 - 6) вероисповедание (напишите) _____
 - 7) личные качества (напишите) _____
 - 8) профессиональные качества (напишите) _____
 - 9) другое (напишите) _____

V. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТА

56. Ваш пол? (один ответ)
1) мужской;
2) женский.
57. Ваш возраст? (напишите) _____
58. Ваше семейное положение? (один ответ)
1) женат (замужем);
2) холост (не замужем);
3) вдовец (вдова);
4) разведен (разведена);
5) совместное проживание.
59. Каков состав Вашей семьи? (один ответ)
1) живу один (одна);
2) живем вдвоем с мужем (женой);
3) живем с мужем (женой) и с детьми;
4) живем с детьми и родителями;
5) живу с родителями;
6) живу с детьми;
7) другое (напишите) _____
60. Есть ли у Вас дети? (один ответ)
1) да (напишите сколько) _____
2) нет.
61. Какой возраст Ваших детей? (один ответ)
1) до 14 лет;
2) от 15 до 18 лет.
62. Место Вашего проживания? (один ответ)
1) город;
2) поселок;
3) село (деревня).
63. Ваше образование? (один ответ)
1) неполное среднее;
2) среднее;
3) среднее специальное;
4) неполное высшее;
5) высшее, в т.ч. ученая степень.
64. Тип предприятия (организации), где Вы работаете: (один ответ)
1) производственное предприятие (промышленность, строительство, транспорт, связь);
2) коммерческая фирма;
3) сельскохозяйственное предприятие;
4) учреждение торговли, бытового обслуживания;
5) финансово-кредитная организация;
6) бюджетная организация;
7) другое (напишите) _____

65. Ваше социальное положение? (один ответ)
- 1) предприниматель;
 - 2) руководитель;
 - 3) служащий;
 - 4) ИТР, специалист;
 - 5) сотрудник коммерческой организации;
 - 6) работник финансово-кредитной организации;
 - 7) научный работник, преподаватель, учитель;
 - 8) рабочий;
 - 9) пенсионер;
 - 10) домохозяйка;
 - 11) учащийся;
 - 12) безработный;
 - 13) другое (напишите) _____
66. В какой отрасли Вы работаете (работали)? (один ответ)
- 1) промышленность;
 - 2) транспорт;
 - 3) строительство;
 - 4) сельское хозяйство;
 - 5) здравоохранение;
 - 6) образование;
 - 7) культура;
 - 8) сфера обслуживания (общественное питание, торговля, бытовые услуги...);
 - 9) государственные и муниципальные органы власти;
 - 10) наука;
 - 11) другое (напишите) _____
67. Ваш трудовой стаж? (один ответ)
- 1) 1-4 лет;
 - 2) 5-9 лет;
 - 3) 10-14 лет;
 - 4) 15-19 лет;
 - 5) 20-24 лет;
 - 6) 25 лет и больше.
68. Каков, примерно, доход на одного члена Вашей семьи? (один ответ)
- 1) до 20 тыс. руб.
 - 2) от 20 до 30 тыс. руб.
 - 3) от 30 до 40 тыс. руб.
 - 4) от 40 до 50 тыс. руб.
 - 5) от 50 до 60 тыс. руб.
 - 6) от 60 до 70 тыс. руб.
 - 7) больше 70 тыс. руб.
69. Оцените материальное положение Вашей семьи: (один ответ)
- 1) достаточно состоятельны, чтобы жить хорошо;
 - 2) средств на жизнь хватает, не экономим;
 - 3) живем нормально, но приходится экономить;
 - 4) средств хватает только на самое необходимое;
 - 5) живем за гранью бедности.
70. Как за последний год изменилось материальное положение Вашей семьи? (один ответ)
- 1) улучшилось;
 - 2) не изменилось;
 - 3) ухудшилось;
 - 4) затрудняюсь ответить.

Благодарим Вас за участие в опросе!

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета для опроса руководителей медицинских организаций, расположенных в административных образованиях в рамках медико-социологического исследования «Изучение эффективности деятельности медицинских организаций Московского региона в современных социально-экономических условиях в рамках государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»

Уважаемый коллега! Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского проводит опрос, направленный на изучение эффективности деятельности медицинских организаций Московской области в современных социально-экономических условиях. Для заполнения анкеты необходимо отметить вариант, который соответствует Вашему мнению, либо написать свой ответ в свободных полях. Анкета является анонимной.

1. На Ваш взгляд, какая система организации здравоохранения в наибольшей степени отвечает современным требованиям оказания медицинской помощи населению? (один ответ)

- 1) советская система организации медицинской помощи (бюджетная);
- 2) смешанная система организации медицинской помощи (бюджетно-страховая);
- 3) система организации медицинской помощи, основанная на обязательном медицинском страховании;
- 4) система здравоохранения, основанная на государственно-частном партнерстве;
- 5) другое (напишите) _____

2. Насколько, по Вашему мнению, способствовали развитию системы здравоохранения Московской области реализованные и реализуемые в последние 5 лет государственные программы? (выберите один ответ в каждой строке, по 5-балльной системе, где 5 – в наибольшей степени, 1 – в наименьшей степени)

Наименование программы	Балл				
Программа модернизации здравоохранения	1	2	3	4	5
Внедрение «бережливых» технологий	1	2	3	4	5
Внедрение современных информационных технологий (телемедицина, электронный документооборот, электронная медицинская карта)	1	2	3	4	5
Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи	1	2	3	4	5
Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями	1	2	3	4	5
Борьба с онкологическими заболеваниями	1	2	3	4	5
Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям	1	2	3	4	5
Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами	1	2	3	4	5
Внедрение высокотехнологичной медицинской помощи	1	2	3	4	5
Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)	1	2	3	4	5
Развитие экспорта медицинских услуг	1	2	3	4	5

3. Оцените по 5-балльной шкале состояние системы здравоохранения Московской области в целом (выберите один ответ, 5 – отличное, 1 – плохое, один ответ)

1

2

3

4

5

4. Оцените значимость и необходимость стратегического планирования основных мероприятий по развитию системы здравоохранения Московской области в ближайшие 5 лет? (выберите ответ в каждой строке, 5 – наивысшая оценка, 1 – наименьшая оценка)

№ п/п	Мероприятия	Балл				
Раздел I. Первичная медико-санитарная помощь						
1.	Развитие первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских поликлиник и детских поликлинических отделений; завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения	1	2	3	4	5
2.	Обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик	1	2	3	4	5
3.	Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	1	2	3	4	5
Раздел II. Стационарная медицинская помощь						
4.	Уменьшение объемов дорогостоящего стационарного лечения с круглосуточным пребыванием путем развития стационарозамещающих видов медицинской помощи, неотложной помощи, открытие межмуниципальных лечебно-диагностических центров	1	2	3	4	5
Раздел III. Скорая медицинская помощь						
5.	Передача станций и отделений скорой медицинской помощи в собственность Московской области, создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи Московской области	1	2	3	4	5
6.	Обеспечение своевременного оказания экстренной медицинской помощи с использованием санитарной авиации	1	2	3	4	5
Раздел IV. Служба детства и родовспоможения						
7.	Дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий	1	2	3	4	5
8.	Развитие системы оказания реабилитационной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи детям	1	2	3	4	5
9.	Развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей	1	2	3	4	5
Раздел V. Профилактика заболеваний						
10.	Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год	1	2	3	4	5
Раздел VI. Медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь						
11.	Развитие системы оказания реабилитационной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи взрослому населению	1	2	3	4	5
Раздел VII. Материальные, финансовые и кадровые ресурсы						
12.	Улучшение управляемости системой здравоохранения, уменьшение административных расходов, в т.ч. и путем укрупнения лечебных учреждений	1	2	3	4	5

13.	Эффективное использование дорогостоящего медицинского оборудования и высококвалифицированного персонала	1	2	3	4	5
14.	Укрепление материально-технической базы МО, с целью выполнения утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи	1	2	3	4	5
15.	Совершенствование системы оплаты медицинских услуг, обеспечение полноты и своевременности финансового обеспечения	1	2	3	4	5
16.	Подготовка и обеспечение врачами	1	2	3	4	5
17.	Подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом	1	2	3	4	5
18.	Модернизация медицинского оборудования в соответствии с потребностями населения в медицинских услугах	1	2	3	4	5
19.	Развитие внебюджетных источников финансирования	1	2	3	4	5
Раздел VIII. Развитие специализированной медицинской помощи, в том числе и больным с сосудистой патологией						
20.	Развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи	1	2	3	4	5
21.	Создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской обл.	1	2	3	4	5

5. Оцените по 5-бальной шкале отдельные аспекты (направления) деятельности здравоохранения муниципального уровня? (выберите ответ в каждой строке, 5 – наивысшая оценка, 1 – наименьшая оценка)

Основные проблемы	Балл				
Полнота финансового обеспечения	1	2	3	4	5
Своевременность финансового обеспечения	1	2	3	4	5
Внебюджетные источники финансирования	1	2	3	4	5
Совершенствование амбулаторно-поликлинического звена	1	2	3	4	5
Оптимизация стационарной помощи	1	2	3	4	5
Обеспечение современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	5
Лекарственное обеспечение	1	2	3	4	5
Состояние скорой медицинской помощи	1	2	3	4	5
Обеспечение транспортом	1	2	3	4	5
Внедрение новых медицинских технологий	1	2	3	4	5
Подготовка новых медицинских кадров	1	2	3	4	5
Обеспечение медицинскими кадрами	1	2	3	4	5
Обеспечение средним медицинским персоналом	1	2	3	4	5
Состояние основных фондов (здания, изношенность медоборудования)	1	2	3	4	5
Доступность оказания специализированной медицинской помощи населению	1	2	3	4	5
Качество оказания специализированной медицинской помощи населению	1	2	3	4	5
Качество медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям	1	2	3	4	5
Доступность медицинской реабилитации	1	2	3	4	5
Качество медицинской реабилитации	1	2	3	4	5
Состояние паллиативной медицинской помощи	1	2	3	4	5

6. Какие другие проблемы системы муниципального здравоохранения, на Ваш взгляд, требуют неотложного решения в настоящее время? (напишите): _____

7. Оцените по 5-балльной шкале эффективность работы Вашей медицинской организации (выберите один ответ, 5 – отличное, 1 – плохое, один ответ)

1 2 3 4 5

8. Удовлетворены ли Вы в целом качеством медицинских услуг, предоставляемых Вашей медицинской организацией? (один ответ)

- 1) полностью удовлетворен(а);
- 2) скорее удовлетворен(а);
- 3) скорее не удовлетворен(а);
- 4) не удовлетворен(а);
- 5) затрудняюсь ответить.

9. Оцените по 5-балльной шкале некоторые аспекты деятельности Вашей медицинской организации? (выберите ответ в каждой строке, 5 – наивысшая оценка, 1 – наименьшая оценка)

Показатель	Балл				
Помещение МО (площадь, планировка, техническое состояние)	1	2	3	4	5
Санитарное состояние помещений МО	1	2	3	4	5
Оснащенность МО современным медицинским оборудованием и приборами	1	2	3	4	5
Обеспеченность МО медикаментами, инструментами и инвентарем	1	2	3	4	5
Режим работы МО	1	2	3	4	5
Оснащенность Вашего рабочего места	1	2	3	4	5
Внутренний контроль за качеством медицинской помощи	1	2	3	4	5
Внешний контроль за качеством медицинской помощи	1	2	3	4	5
Квалификация медицинского персонала МО	1	2	3	4	5
Трудовая и производственная дисциплина в коллективе	1	2	3	4	5
Моральный климат и отношения между коллегами в коллективе	1	2	3	4	5
Отношения медицинских работников с администрацией медицинской организации	1	2	3	4	5
Уровень трудовой нагрузки	1	2	3	4	5
Уровень оплаты труда	1	2	3	4	5
Возможность профессионального роста	1	2	3	4	5
Возможности должностного продвижения	1	2	3	4	5
Отношение врачей к пациентам	1	2	3	4	5
Отношение среднего медицинского персонала к пациентам	1	2	3	4	5

10. Какие проблемы, оказывающие влияние на качество медицинской помощи населению, предоставляемой Вашей организацией, требуют неотложного решения в настоящее время? (напишите): _____

11. В ситуации конфликта между медицинским персоналом и пациентом медицинской организации, куда чаще всего обращаются пациенты с претензиями на работу Вашего медицинского учреждения? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) в администрацию медицинского учреждения;
- 2) в органы управления здравоохранением;
- 3) в страховую медицинскую организацию;
- 4) в территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
- 5) в суд;
- 6) другое (напишите) _____

12. Были ли пациенты Вашего медицинского учреждения удовлетворены разрешением конфликта после обращения в соответствующие инстанции? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) затрудняюсь ответить.

13. Считаете ли Вы целесообразным свободный выбор пациентом медицинского учреждения? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) затрудняюсь ответить.

14. Считаете ли Вы целесообразным свободный выбор пациентом лечащего врача? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) затрудняюсь ответить.

15. Оцените по 5-балльной шкале, насколько хорошо Вы знакомы с документами, регламентирующими деятельность Вашего учреждения в системе ОМС?

1 2 3 4 5

16. На Ваш взгляд, объем услуг, включенных в перечень программы ОМС? (один ответ)

- 1) избыточен;
- 2) достаточен;
- 3) скорее достаточный;
- 4) недостаточный;
- 5) затрудняюсь ответить.

17. Как Вы считаете, могут ли фонды ОМС выполнять функции и страховой медицинской организации? (один ответ)

- 1) да, могут;
- 2) могут, при определенных условиях (напишите, каких) _____

-
- 3) не могут;
 - 4) затрудняюсь ответить.

18. Какие трудности работы в системе ОМС Вы бы отметили по итогам последних лет? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) несовершенство законодательной и методической базы ОМС;
- 2) слабая работа территориального фонда ОМС;
- 3) слабая работа органов управления здравоохранением;
- 4) нежелание медработников работать в системе ОМС;
- 5) отсутствие должного финансирования по ОМС;
- 6) отсутствие должного государственного финансирования (из бюджета);
- 7) слабая материально-техническая база медучреждений;
- 8) недоверие населения к системе ОМС;
- 9) несовершенство методов оплаты по ОМС;
- 10) другое (напишите) _____

19. Как Вы считаете, какую часть доходов необходимо использовать для модернизации медицинского учреждения? (один ответ)

- 1) до 25%;
- 2) 25-50%;
- 3) 50-75%;
- 4) 75-100%;
- 5) затрудняюсь ответить.

20. На модернизацию чего именно, на Ваш взгляд, должна быть использована в первую очередь часть доходов медицинского учреждения? (напишите) _____

21. Какую часть доходов необходимо использовать для повышения заработной платы медицинского персонала? (один ответ)

- 1) до 25%;
- 2) 25-50%;
- 3) 50-75%;
- 4) 75-100%;
- 5) затрудняюсь ответить.

22. Использование каких методов оплаты за медицинские услуги, по Вашему мнению, должны быть приоритетными? (напишите) _____

23. Как Вы считаете, кто должен формировать цены на медицинские услуги? (один ответ)

- 1) лечебные учреждения;
- 2) органы управления здравоохранением;
- 3) страховые организации;
- 4) врачебные ассоциации;
- 5) фонд ОМС;
- 6) областная комиссия по разработке территориальной программы ОМС;
- 7) областной расчетно-аналитический центр;
- 8) другое (напишите) _____

24. По Вашему мнению, целесообразно было бы введение специального медицинского налога (соплатежа за медуслуги) на граждан? (один ответ)

- 1) да, целесообразно;
- 2) целесообразно при выполнении ряда условий (напишите, каких) _____
- 3) не целесообразно;
- 4) другое (напишите) _____

25. Считаете ли Вы, что стоимость лечения одного вида медуслуг в разных лечебных учреждениях должна быть одинаковой? (один ответ)

- 1) да, согласен(а);
- 2) нет, не согласен(а);
- 3) затрудняюсь ответить;

26. Были ли конфликты между персоналом Вашей медицинской организации и страховыми медицинскими организациями по следующим основным проблемам? (ответ в каждой строке)

Конфликт	были	не было	затрудняюсь ответить
По оплате труда медицинских работников	1	2	3
По качеству медицинского обслуживания пациентов	1	2	3
По отчетной документации	1	2	3
По вопросам организации работы, управления медучреждением	1	2	3
Другое (напишите) _____			

27. На Ваш взгляд, кто должен осуществлять контроль за качеством предоставляемой медицинской помощи? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) администрация медицинского учреждения;
- 2) органы управления здравоохранением;
- 3) страховые медицинские организации;
- 4) территориальный фонд ОМС;
- 5) медицинские ассоциации;
- 6) независимые эксперты;
- 7) другое (напишите) _____

28. Как Вы можете охарактеризовать сложившиеся отношения в медицинском коллективе, которым Вы руководите? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) уважительные;
- 2) доверительные;
- 3) дружеские;
- 4) соперничество;
- 5) формальные;
- 6) конфликтные;
- 7) психологически напряженные;
- 8) другое (напишите)_____

29. Как Вы можете охарактеризовать свой стиль управления медицинской организацией? (один ответ)

- 1) авторитарный;
- 2) либеральный;
- 3) демократический;
- 4) затрудняюсь ответить.

30. Как Вы оцениваете степень Вашего влияния на эффективность работы Вашей медицинской организации? (один ответ)

- 1) очень высокая (все зависит от меня);
- 2) высокая (от меня зависит многое);
- 3) средняя (кое-что зависит от меня);
- 4) низкая (от меня мало что зависит);
- 5) очень низкая (от меня ничего не зависит);
- 6) затрудняюсь ответить.

31. Какие управленческие механизмы Вы применяете для повышения качества работы медицинского персонала Вашей организации? (один ответ)

- 1) премии;
- 2) надбавки;
- 3) предоставление расширенного социального пакета сотруднику;
- 4) скидки на услуги медицинской организации для сотрудника и членов его семьи;
- 5) льготное санаторно-курортное лечение;
- 6) билеты на культурные мероприятия;
- 7) внеочередные оплачиваемые отгулы, выходные;
- 8) получение дополнительного образования за счет средств организации;
- 9) заграничные командировки;
- 10) публичное признание, похвала за успехи;
- 11) мотивирующие совещания;
- 12) возможность участия сотрудника в принятии стратегических решений;
- 13) обратная связь от руководства (ответ на пожелания, претензии работников);
- 14) материальное наказание отдельных сотрудников (за опоздание, невыполнение профессиональных обязанностей и пр.);
- 15) материальное наказание сотрудников подразделения за неудовлетворительные результаты по итогам периода;
- 16) другое (напишите)_____

32. Какие меры стимулирования сотрудников, на Ваш взгляд, наиболее эффективны? (напишите) _____

33. Как часто у Вас случаются конфликты с подчиненными? (один ответ)
- 1) ежедневно;
 - 2) несколько раз в неделю;
 - 3) один раз в неделю;
 - 4) несколько раз в месяц;
 - 5) единичные случаи;
 - 6) не бывает конфликтов с подчиненными;
 - 7) другое (напишите) _____
34. Удовлетворены ли Вы в целом своей работой? (один ответ)
- 1) удовлетворен(а) полностью;
 - 2) скорее удовлетворен(а);
 - 3) скорее не удовлетворен(а);
 - 4) полностью не удовлетворен(а);
 - 5) затрудняюсь ответить.
35. Соответствует ли, по Вашему мнению, заработная плата Вашей квалификации, опыту работы и трудовым затратам? (один ответ)
- 1) полностью соответствует;
 - 2) скорее соответствует;
 - 3) скорее не соответствует;
 - 4) не соответствует;
 - 5) затрудняюсь ответить.
36. Что, прежде всего, Вам дает работа? (возможны несколько вариантов ответа)
- 1) возможность полностью реализовать свои профессиональные навыки;
 - 2) возможность удовлетворения своих научных интересов;
 - 3) возможность получения признания значимости труда от пациентов и администрации;
 - 4) возможности профессионального роста и совершенствования своих навыков;
 - 5) хорошую должность;
 - 6) утверждение авторитета и уважения среди коллег;
 - 7) средства для обеспечения своей жизни и семьи;
 - 8) другое (напишите) _____
37. Испытываете ли Вы потребность в дополнительных немедицинских знаниях? (один ответ по каждой строке)

Область знаний	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
В области маркетинга	1	2	3
В области менеджмента	1	2	3
В области юриспруденции	1	2	3
В области психологии	1	2	3
В области экономики	1	2	3
В области организации здравоохранения	1	2	3
В области социологии	1	2	3
В области IT-технологий, пользования компьютером	1	2	3
В области педагогики	1	2	3

38. Как часто Вы посещаете научные медицинские мероприятия (конференции, семинары и др.)? (один ответ)
- 1) раз в месяц;
 - 2) раз в квартал;
 - 3) раз в полгода;
 - 4) раз в год;
 - 5) практически не посещаю.

39. Как часто Вы читаете научные и профессиональные публикации по специальности? (один ответ)
- 1) ежедневно;
 - 2) 1 раз в неделю;
 - 3) 2-3 раза в месяц;
 - 4) 1 раз в месяц и реже;
 - 5) совсем нет времени читать.

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе

40. Ваш пол? (один ответ)
- 1) мужской;
 - 2) женский.
41. Ваш возраст? (напишите) _____
42. Ваше семейное положение? (один ответ)
- 1) женат (замужем);
 - 2) холост (не замужем);
 - 3) совместное проживание;
 - 4) в браке, но проживаем раздельно с супругом(ой);
 - 5) разведен(а);
 - 6) вдовец (вдова);
 - 7) другое (напишите) _____
43. Есть ли у Вас дети? (один ответ)
- 3) да (напишите сколько) _____
 - 4) нет.
44. Оцените состояние своего здоровья в настоящее время: (один ответ)
- 1) отличное;
 - 2) хорошее;
 - 3) удовлетворительное;
 - 4) плохое;
 - 5) очень плохое;
 - 6) другое (напишите) _____
45. Удовлетворены ли Вы в целом состоянием своего здоровья? (один ответ)
- 5) да, полностью;
 - 6) не полностью удовлетворен(а);
 - 7) не удовлетворен(а);
 - 8) затрудняюсь ответить.
46. Что Вы делаете для сохранения своего здоровья? (возможны несколько вариантов ответа)
- 1) занимаюсь спортом;
 - 2) закаляюсь;
 - 3) соблюдаю распорядок дня;
 - 4) соблюдаю режим питания;
 - 5) другое (напишите) _____
 - 6) ничего не делаю.
47. Есть ли у Вас какие-либо вредные привычки? (один ответ)
- 1) да;
 - 2) не имею вредных привычек;
 - 3) другое (напишите) _____

48. Вид медицинской организации, в которой Вы работаете? (один ответ)
- 1) поликлиника;
 - 2) больница;
 - 3) детская больница;
 - 4) детская поликлиника;
 - 5) диспансер;
 - 6) другое (напишите) _____
49. Ваша должность в настоящее время? (один ответ)
- 1) главный врач;
 - 2) заместитель главного врача.
50. Стаж Вашей работы в данной должности? (напишите) _____
51. Общий стаж Вашей работы по специальности? (напишите) _____
52. Ваша квалификационная категория? (один ответ)
- 1) высшая;
 - 2) первая;
 - 3) вторая;
 - 4) другое (напишите) _____
53. Ваша ученая степень? (один ответ)
- 1) кандидат наук;
 - 2) доктор наук;
 - 3) не имею степени.
54. Как бы Вы описали Ваше материальное положение? (один ответ)
- 1) достаточно состоятелен, чтобы хорошо жить;
 - 2) денег на жизнь хватает, особо не экономлю;
 - 3) живу нормально, но приходится экономить;
 - 4) денег хватает только на питание;
 - 5) за гранью бедности, не хватает даже на питание.
55. Каков среднемесячный доход Вашей семьи на одного человека? (один ответ)
- 1) до 30 000 руб.;
 - 2) от 30 001 до 40 000 руб.;
 - 3) от 40 001 до 50 000 руб.;
 - 4) от 50 001 до 60 000 руб.;
 - 5) от 60 001 до 70 000 руб.;
 - 6) от 70 001 до 80 000 руб.;
 - 7) от 80 001 до 90 000 руб.;
 - 8) от 90 001 до 100 000 руб.;
 - 9) свыше 100 001 руб.;
 - 10) другое (напишите) _____
56. Насколько Вы удовлетворены своим материальным положением? (один ответ)
- 1) полностью удовлетворен(а);
 - 2) частично удовлетворен(а);
 - 3) скорее не удовлетворен(а);
 - 4) не удовлетворён(а);
 - 5) затрудняюсь ответить.

57. Как изменилось Ваше материальное положение за последний год? (один ответ)

- 1) улучшилось;
- 2) ухудшилось;
- 3) практически не изменилось;
- 4) затрудняюсь ответить.

58. Как бы Вы описали условия Вашего проживания? (один ответ)

- 1) собственник, живу в частном доме;
- 2) собственник, живу в квартире;
- 3) живу с родственниками / знакомыми в их квартире (доме);
- 4) снимаю жилье;
- 5) другое (напишите)_____

59. Вы постоянно проживаете в: (один ответ)

- 1) Москве;
- 2) Московской области.

Благодарим Вас за участие в опросе!

Анкета для опроса пациентов в рамках медико-социологического исследования «Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области»

Здравствуйте! Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского проводит опрос, направленный на изучение мнения пациентов о деятельности медицинской организации, расположенной в административном образовании Московской области. Для заполнения анкеты необходимо отметить вариант, который соответствует Вашему мнению, либо написать свой ответ в свободных полях. Анкета является анонимной.

1. Здоровье является одной из важнейших составляющих качества жизни человека. На Ваш взгляд, какие факторы в наибольшей степени влияют на состояние здоровья? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) экология в месте проживания;
- 2) наследственные (врожденные) заболевания и особенности;
- 3) условия профессионального труда;
- 4) семейные (личные) обстоятельства;
- 5) финансовое положение человека (семьи);
- 6) социально-экономическое положение в стране;
- 7) условия проживания (состояние жилого помещения, наличие личного пространства);
- 8) уровень развития системы здравоохранения в регионе проживания;
- 9) доступность медицинской помощи;
- 10) уровень информированности в вопросах сохранения и укрепления здоровья;
- 11) возможности для сохранения и укрепления здоровья граждан, обеспечиваемые административно-территориальным образованием (наличие парков, стадионов, спортплощадок, велодорожек, зон для прогулок и отдыха);
- 12) поведенческие особенности человека (наличие вредных привычек, рисковое поведение);
- 13) установки человека в вопросах здоровья (регулярное обращение к медицинским специалистам по вопросам профилактики заболеваний, соблюдение режима дня, питания, труда и отдыха);
- 14) другое (напишите) _____

2. В случае проблем со здоровьем, Вы предпочитаете обращаться за медицинской помощью: (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) по скорой медицинской помощи;
- 2) в поликлинике по месту прикрепления;
- 3) в дневной стационар при поликлинике;
- 4) в многопрофильный стационар;
- 5) в ведомственную поликлинику;
- 6) в частную медицинскую клинику;
- 7) в федеральный медицинский центр или его филиалы;
- 8) к частному врачу-терапевту;
- 9) к частному семейному врачу;
- 10) другое (напишите) _____

3. Какие факторы в наибольшей степени влияют на Ваш выбор места получения медицинской услуги? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) территориальная близость к месту проживания;
- 2) возможность получения бесплатной медицинской помощи (в рамках системы ОМС);
- 3) высокий профессиональный уровень медицинского персонала в клинике;
- 4) наличие специалистов необходимого профиля в клинике;
- 5) наличие необходимой медицинской аппаратуры в клинике;
- 6) наличие парковки при поликлинике / больнице;
- 7) удобный транспортный маршрут;
- 8) наличие знакомых, друзей, родных среди медицинского персонала;
- 9) обращаюсь согласно прикреплению / прописки;
- 10) в силу привычки;
- 11) другое (напишите) _____

4. Чаще всего причинами Вашего обращения в данную медицинскую организацию является: (возможны несколько вариантов ответа)
- 1) необходимость оформления медицинской документации;
 - 2) необходимость выписки рецептов на лекарственные препараты;
 - 3) получение консультации по направлению другого врача;
 - 4) с целью профилактического осмотра, диспансеризации, обследования;
 - 5) для лечения хронического заболевания;
 - 6) потребность в реабилитации;
 - 7) обращаюсь в случае заболевания сезонными инфекциями;
 - 8) другое (напишите) _____
5. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в настоящее время? (один ответ)
- 1) отличное;
 - 2) хорошее;
 - 3) удовлетворительное;
 - 4) плохое;
 - 5) очень плохое;
 - 6) затрудняюсь ответить.
6. Если Вы считаете возможным, то укажите диагноз, с которым Вы наблюдаетесь в данной медицинской организации? (напишите) _____
7. Сколько лет Вы наблюдаетесь у врача с данным диагнозом? (один ответ)
- 1) заболевание диагностировано впервые;
 - 2) до 1 года;
 - 3) 2-3 года;
 - 4) 5-10 лет;
 - 5) 10 лет и более.
8. Установлена ли Вам какая-либо группа инвалидности? (один ответ)
- 1) не имею;
 - 2) I группа;
 - 3) II группа;
 - 4) III группа.
9. Как часто за последний год Вы обращались за амбулаторной помощью в данную медицинскую организацию? (один ответ)
- 1) не обращался(лась);
 - 2) 1 раз;
 - 3) 2-3 раза;
 - 4) 4-5 раз;
 - 5) 6 раз и более.
10. Сколько у Вас было госпитализаций за последний год? (один ответ)
- 1) госпитализаций не было - переходите к вопросу 15
 - 2) одна;
 - 3) две;
 - 4) три;
 - 5) более 3-х госпитализаций.
11. В течение какого времени после обращения к врачу Вы были госпитализированы? (один ответ)
- 1) в течение суток;
 - 2) в течение 1-3 дней;
 - 3) в течение недели;
 - 4) в течение 2-х недель;
 - 5) в течение 3-х недель;
 - 6) в течение месяца и более.

12. Сколько времени потребовалось для Вашего оформления в приемном отделении при последней госпитализации? (один ответ)

- 1) 30 минут;
- 2) 1 час;
- 3) 2 часа;
- 4) 3 часа;
- 5) 3 часа и более;
- 6) затрудняюсь ответить.

13. После завершения лечения в стационаре были ли у Вас осложнения? (один ответ)

- 1) да, серьезные;
- 2) да, незначительные;
- 3) нет, осложнений не было - переходите к вопросу 15
- 4) затрудняюсь ответить - переходите к вопросу 15

14. Какова, на Ваш взгляд, вероятная причина возникновения осложнений после проведенного лечения? (один ответ)

- 1) стечение обстоятельств;
- 2) низкий профессиональный уровень врача;
- 3) выбор метода лечения, не соответствующего заболеванию;
- 4) внутригоспитальная инфекция;
- 5) позднее обращение за медицинской помощью;
- 6) самолечение;
- 7) другое (напишите)_____

15. Всегда ли Вы неукоснительно выполняете лечебные рекомендации врача? (один ответ)

- 1) да, всегда;
- 2) не всегда;
- 3) никогда;
- 4) я никогда не нуждался(ась) в лечении;
- 5) затрудняюсь ответить.

16. Соблюдаете ли Вы рекомендации врача относительно здорового образа жизни (отказ от курения, употребления алкоголя, соблюдение диеты)? (один ответ)

- 1) да, соблюдаю - переходите к вопросу 18
- 2) стараюсь придерживаться их, но полностью отказаться от вредных привычек не могу;
- 3) соблюдаю только во время обострения заболеваний;
- 4) не соблюдаю;
- 5) затрудняюсь ответить - переходите к вопросу 18
- 6) другое (напишите)_____

17. Укажите основные причины, по которым Вы не придерживаетесь рекомендаций врача относительно здорового образа жизни? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) низкий уровень самоорганизованности, недисциплинированность;
- 2) неясность, сложность рекомендаций;
- 3) мне трудно придерживаться рекомендаций врача;
- 4) лень;
- 5) отсутствие явных положительных результатов от ведения здорового образа жизни;
- 6) отсутствие средств для организации здорового образа жизни;
- 7) высокая трудовая нагрузка (дефицит времени);
- 8) затрудняюсь ответить.

18. Обращались ли Вы с просьбой о назначении необходимых, по Вашему мнению, медицинских препаратов, процедур, анализов, обследований к врачу? (один ответ)

- 1) да, и врач назначал мне все необходимое;
- 2) да, и врач частично выполнил просьбу;
- 3) не обращался(ась), поскольку врач более компетентен в этих вопросах;
- 4) обращался(ась), но безрезультативно;
- 5) затрудняюсь ответить.

19. Если Вам назначались реабилитационные мероприятия после проведенного лечения, оцените их эффективность? (один ответ)

- 1) мне не назначали реабилитационных мероприятий;
- 2) высокая эффективность;
- 3) не заметил(а) ни положительного, ни отрицательного эффекта;
- 4) низкая эффективность;
- 5) затрудняюсь ответить.

20. Приходилось ли Вам использовать личные денежные средства при обследовании и лечении в данной медицинской организации? (один ответ)

- 1) не приходилось - переходите к вопросу 23
- 2) иногда, с заключением договора на оказание платных медицинских услуг;
- 3) иногда, без договора на оказание платных медицинских услуг;
- 4) часто, с заключением договора на оказание платных медицинских услуг;
- 5) часто, без договора на оказание платных медицинских услуг;
- 6) затрудняюсь ответить - переходите к вопросу 23
- 7) другое (напишите) _____

21. На Ваш взгляд, соответствовала ли стоимость оказанной услуги Вашим ожиданиям? (один ответ)

- 1) была выше, чем я ожидал(а);
- 2) соответствовала моим ожиданиям;
- 3) была ниже, чем я ожидал(а);
- 4) затрудняюсь ответить;
- 5) другое (напишите) _____

22. Если считаете возможным, укажите, какие конкретно услуги Вам приходилось оплачивать? (напишите) _____

23. Вам приходилось неформально «благодарить» медицинский персонал? (один ответ)

- 1) да, часто;
- 2) иногда;
- 3) не приходилось - переходите к вопросу 25
- 4) другое (напишите) _____

24. Кто выступал инициатором такой неформальной «благодарности»? (один ответ)

- 1) я сам(а);
- 2) медицинский работник;
- 3) другое (напишите) _____

25. Согласны ли Вы с приведенными ниже утверждениями: (один ответ в каждой строке)

Утверждение	да	нет	затрудняюсь ответить
За последнее время методы диагностики заболеваний стали более совершенными	1	2	3
Появились более комфортные схемы приема препаратов	1	2	3
Врачи стали более внимательными	1	2	3
Врачи стали давать больше информации относительно лечения, реабилитации и профилактики заболеваний	1	2	3
Более внимательными стали медицинские сестры	1	2	3
Стало меньше жалоб на качество медицинской помощи	1	2	3
Появилось чувство удовлетворенности результатами лечения	1	2	3

26. Оцените по 5-балльной шкале организацию медицинской помощи в данной медицинской организации? (где 1 – низкая, 5 – высокая)

1 2 3 4 5

27. Насколько Вы удовлетворены качеством медицинской помощи, предоставляемой данной медицинской организацией? (один ответ)

- 1) полностью удовлетворен(а);
- 2) скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а);
- 3) скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а);
- 4) полностью не удовлетворен(а);
- 5) затрудняюсь ответить.

28. Как бы Вы оценили отношение к Вам врачей? (один ответ)

- 1) внимательное;
- 2) вежливое;
- 3) безразличное;
- 4) грубое;
- 5) затрудняюсь ответить;
- 6) другое (напишите) _____

29. Как бы Вы оценили отношение к Вам медицинских сестер: (один ответ)

- 1) внимательное;
- 2) вежливое;
- 3) безразличное;
- 4) грубое;
- 5) затрудняюсь ответить;
- 6) другое (напишите) _____

30. Считаете ли Вы своего лечащего врача компетентным специалистом в своей области? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) затрудняюсь ответить.

31. Как Вы считаете, нацелены ли действия медицинского персонала на достижение положительного результата Вашего лечения, реабилитации и/или профилактики? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) затрудняюсь ответить;
- 4) другое (напишите) _____

32. Оцените по 5-балльной шкале уровень Вашей удовлетворенности качеством работы медицинского персонала данной медицинской организации: (где 1 – не удовлетворен(а), 5 – удовлетворен(а) – один ответ в каждой строке)

Медицинский персонал	Балл				
Заведующий отделением	1	2	3	4	5
Лечащий врач	1	2	3	4	5
Врачи-специалисты	1	2	3	4	5
Медицинские сестры/лаборанты	1	2	3	4	5
Санитарки	1	2	3	4	5

33. Если у Вас возникали вопросы по поводу назначенных Вам медицинских препаратов, процедур, анализов, обследований и т.п., могли ли Вы получить разъяснения у: (один ответ в каждой строке)

Медицинский персонал	Да, всегда	Редко	Нет, никогда	Не было необходимости обращения
Заведующего отделением	1	2	3	4
Лечащего врача	1	2	3	4
Врачей-специалистов	1	2	3	4
Медицинских сестер/лаборантов	1	2	3	4

34. Проходите ли Вы в настоящее время лечение в стационаре? (один ответ)

- 1) да - переходите к вопросу 35
- 2) нет - переходите к вопросу 36

35. Оцените по 5-балльной шкале уровень Вашей удовлетворенности следующими показателями пребывания в стационаре: (где 1 – не удовлетворен(а), 5 – удовлетворен(а) – один ответ в каждой строке)

Показатели	Балл				
Доступностью справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации	1	2	3	4	5
Транспортной доступностью стационара	1	2	3	4	5
Режимом работы	1	2	3	4	5
Сроками ожидания госпитализации	1	2	3	4	5
Работой приемного отделения (оперативность, комфорт)	1	2	3	4	5
Техническим состоянием, ремонтом и площадью помещений	1	2	3	4	5
Комфортностью палаты	1	2	3	4	5
Количеством пациентов, размещаемых в палате	1	2	3	4	5
Комфортностью помещений (холл, коридор, туалет и др.)	1	2	3	4	5
Чистотой, санитарно-гигиеническими условиями	1	2	3	4	5
Питанием	1	2	3	4	5
Комплексом предоставляемых медицинских услуг	1	2	3	4	5
Использованием инновационных способов и методов лечения	1	2	3	4	5
Оснащенностью современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	5
Обеспеченностью медикаментами и материалами медицинского назначения	1	2	3	4	5
Обеспеченностью врачами	1	2	3	4	5
Обеспеченностью средним медицинским персоналом	1	2	3	4	5
Обеспеченностью младшим медицинским персоналом	1	2	3	4	5
Частотой проведения врачебных обходов	1	2	3	4	5
Работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет)	1	2	3	4	5
Возможностью обращения к администрации (жалобы и предложения)	1	2	3	4	5
Результатами обследования, лечения, реабилитации и профилактики	1	2	3	4	5

36. Проходите ли Вы в настоящее время лечение в поликлинике? (один ответ)

- 1) да - переходите к вопросу 37
- 2) нет - переходите к вопросу 38

37. Оцените по 5-балльной шкале уровень Вашей удовлетворенности следующими показателями пребывания в поликлинике: (где 1 – не удовлетворен(а), 5 – удовлетворен(а) – один ответ в каждой строке)

Показатели	Балл				
Доступностью справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации	1	2	3	4	5
Транспортной доступностью поликлиники	1	2	3	4	5
Режимом работы	1	2	3	4	5
Работой регистратуры	1	2	3	4	5
Организацией записи на прием к врачу	1	2	3	4	5
Техническим состоянием, ремонтом помещений, площадью помещений	1	2	3	4	5
Чистотой, санитарно-гигиеническими условиями	1	2	3	4	5
Комфортностью помещений (холл, коридор, туалет и др.)	1	2	3	4	5
Комплексом предоставляемых диагностических, лабораторных и медицинских услуг	1	2	3	4	5
Временем ожидания приема врача перед кабинетом	1	2	3	4	5
Сроками ожидания приема врача с момента записи	1	2	3	4	5
Сроками ожидания диагностических услуг с момента записи (УЗИ, КТ)	1	2	3	4	5
Сроками ожидания лабораторных услуг с момента записи	1	2	3	4	5
Сроками ожидания других медицинских услуг с момента записи (ЛФК, физиотерапия)	1	2	3	4	5
Использованием инновационных способов и методов лечения	1	2	3	4	5
Оснащенностью современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	5
Обеспеченностью медикаментами и материалами медицинского назначения	1	2	3	4	5
Обеспеченностью врачами-терапевтами	1	2	3	4	5
Обеспеченностью врачами-специалистами	1	2	3	4	5
Обеспеченностью средним медицинским персоналом	1	2	3	4	5
Возможностью обращения к администрации (жалобы и предложения)	1	2	3	4	5
Результатами обследования, лечения, реабилитации и профилактики	1	2	3	4	5

38. Есть ли у Вас предложения по совершенствованию качества медицинской помощи, предоставляемой данной медицинской организацией? (напишите) _____

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе

39. Ваш пол? (один ответ)

- 1) мужской;
- 2) женский.

40. Ваш возраст? (напишите) _____

41. Ваше образование? (один ответ)

- 1) неполное среднее;
- 2) среднее;
- 3) среднее специальное;
- 4) неполное высшее;
- 5) высшее;
- 6) наличие ученой степени;
- 7) другое (напишите) _____

42. Ваше семейное положение? (один ответ)
- 1) женат (замужем);
 - 2) холост (не замужем);
 - 3) совместное проживание;
 - 4) в браке, но проживаем раздельно с супругом(ой);
 - 5) разведен(а);
 - 6) вдовец (вдова);
 - 7) другое (напишите) _____
43. Есть ли у Вас дети? (один ответ)
- 1) да; ~~переходите~~ к вопросу 44
 - 2) нет. ~~переходите~~ к вопросу 45
44. Укажите, сколько у Вас детей? (напишите) _____
45. Ваш социальный статус? (один ответ)
- 1) учащийся, студент;
 - 2) рабочий;
 - 3) ИТР, служащий, специалист;
 - 4) медицинский работник;
 - 5) педагогический работник;
 - 6) пенсионер;
 - 7) частный предприниматель;
 - 8) самозанятый;
 - 9) безработный;
 - 10) в настоящий момент нахожусь в декретном отпуске;
 - 11) другое (напишите) _____
46. Каков среднемесячный доход Вашей семьи на одного человека? (один ответ)
- 1) менее 10 000 руб.
 - 2) 11-20 000 руб.
 - 3) 21-30 000 руб.
 - 4) 31-40 000 руб.
 - 5) свыше 40 000 руб.
 - 6) затрудняюсь ответить
47. Оцените материальное положение Вашей семьи: (один ответ)
- 1) достаточно состоятельны, чтобы жить хорошо;
 - 2) средств на жизнь хватает, не экономим;
 - 3) живем нормально, но приходится экономить;
 - 4) средств хватает только на самое необходимое;
 - 5) живем за гранью бедности.
48. Как бы Вы описали условия Вашего проживания? (один вариант ответа)
- 1) собственник, живу в частном доме;
 - 2) собственник, живу в квартире;
 - 3) живу с родственниками / знакомыми в их квартире (доме);
 - 4) снимаю жилье;
 - 5) другое (напишите) _____

Благодарим Вас за участие в опросе!

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

**Анкета для опроса пациентов в рамках медико-социологического исследования
«Медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы
региона и предложений по ее совершенствованию»**

Здравствуйте! Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского проводит опрос пациентов, направленный на изучение общественного мнения о состоянии онкологической службы. Для заполнения анкеты необходимо отметить вариант, который соответствует Вашему мнению, либо написать свой ответ в свободных полях. Анкета является анонимной.

1. Оцените, исходя из Вашего опыта, качество медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в Московской области (1 – низший балл, 5 – высший балл – один ответ)

Уровень предоставления услуги	Оценка качества услуги				
Профилактика онкозаболеваний	1	2	3	4	5
Амбулаторно-поликлиническая помощь	1	2	3	4	5
Медицинская помощь в дневных стационарах	1	2	3	4	5
Стационарная медицинская помощь	1	2	3	4	5
Восстановительное лечение после лечения онкологических заболеваний	1	2	3	4	5

2. Как бы Вы могли охарактеризовать изменения, произошедшие в онкологической службе за последние пять лет? (один ответ)

- 1) изменения произошли в лучшую сторону;
- 2) никаких изменений не заметил(а);
- 3) изменения произошли в худшую сторону;
- 4) затрудняюсь ответить;
- 5) другое (напишите) _____

3. В настоящий момент Вы обратились в онкологическое учреждение в связи с необходимостью: (возможны несколько вариантов ответов)

- 1) планового лечения;
- 2) лечения неотложной ситуации;
- 3) проведения диагностических процедур;
- 4) профилактического осмотра;
- 5) оформления документации;
- 6) получения консультации специалиста;
- 7) выписки рецептов на лекарственные препараты;
- 8) по направлению другого специалиста;
- 9) другое (напишите) _____

4. Если Вы считаете возможным, то укажите диагноз, с которым Вы наблюдаетесь в данной медицинской организации (стадия заболевания)? (напишите) _____

5. Получали ли Вы ранее лечение по поводу данного заболевания? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет.

6. Какие жалобы беспокоят Вас в настоящее время? (возможны несколько вариантов ответа)
- 1) нет жалоб;
 - 2) чувство онемения в конечностях;
 - 3) головные боли, головокружения, слабость;
 - 4) одышка, боли за грудиной, сердцебиение;
 - 5) «плохие» результаты (обследования);
 - 6) проблемы со зрением;
 - 7) повышенное или пониженное артериальное давление;
 - 8) другое (напишите) _____
7. На Ваш взгляд, какие факторы повлияли на развитие онкологического заболевания у Вас? (возможны несколько вариантов ответа)
- 1) хронический стресс;
 - 2) наличие наследственных заболеваний;
 - 3) лишний вес;
 - 4) осложнение перенесенного заболевания;
 - 5) осложнение других хронических заболеваний;
 - 6) наличие вредных привычек;
 - 7) другое (напишите) _____
8. Сколько лет Вы наблюдаетесь у онколога с данным диагнозом? (один ответ)
- 1) заболевание диагностировано впервые;
 - 2) менее года;
 - 3) от 1 до 3 лет;
 - 4) от 3 до 5 лет;
 - 5) от 6 до 10 лет;
 - 6) свыше 10 лет;
 - 7) за регулярной медицинской помощью (наблюдением) не обращаюсь, хотя имею онкологическое заболевание;
 - 8) затрудняюсь ответить.
9. Имеете ли Вы группу инвалидности? (один ответ)
- 1) не имею;
 - 2) имею I группу;
 - 3) имею II группу;
 - 4) имею III группу.
10. Всегда ли Вы неукоснительно выполняете инструкции врача относительно назначенных Вам медицинских препаратов? (один ответ)
- 1) да, всегда;
 - 2) не всегда;
 - 3) нет, никогда;
 - 4) затрудняюсь ответить.
11. В чем Вы видите причины возможного несоблюдения назначений врача? (возможны несколько вариантов ответа)
- 1) дело в моей несобранности;
 - 2) я запутался(лась) в данных мне врачом инструкциях;
 - 3) я не могу находиться в «строгих рамках лечения»;
 - 4) зачем мне все это выполнять, если после лечения я не чувствую себя хорошо;
 - 5) другое (напишите) _____
 - 6) затрудняюсь ответить.

12. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья на данный момент времени? (один ответ)
- 1) отличное;
 - 2) хорошее;
 - 3) удовлетворительное;
 - 4) плохое;
 - 5) очень плохое;
 - 6) затрудняюсь ответить.
13. Ваш вес: (в килограммах) _____
14. Ваш рост: (в сантиметрах) _____
15. Какое расстояние Вы обычно проходите пешком за один день? (один ответ)
- 1) практически не хожу пешком;
 - 2) менее одного километра;
 - 3) от одного до трех километров;
 - 4) от трех до пяти километров;
 - 5) более пяти километров;
 - 6) другое (напишите) _____
16. Соблюдаете ли Вы режим дня (баланс труда и отдыха)? (один ответ)
- 1) да;
 - 2) нет;
 - 3) другое (напишите) _____
17. Есть ли у Вас вредные привычки? (один ответ)
- 1) да (напишите, какие именно) _____
 - 2) нет;
 - 3) были раньше, но в настоящее время отказался по состоянию здоровья.
18. Можете ли Вы сказать, что часто испытываете эмоциональное волнение? (один ответ)
- 1) да, очень часто, и поводом для стресса может служить любая ситуация;
 - 2) иногда, в основном, из-за серьезных стрессовых ситуаций;
 - 3) очень редко, у меня хорошая стрессоустойчивость;
 - 4) затрудняюсь ответить;
 - 5) да, я постоянно нахожусь в состоянии стресса из-за своего заболевания.
19. Есть (были) ли у Вас близкие родственники, имеющие онкологические заболевания?
- 1) да (напишите, сколько человек) _____
 - 2) нет;
 - 3) другое (напишите) _____
20. Соблюдаете ли Вы назначения врача относительно соблюдения здорового образа жизни и отказа от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, не соблюдение диеты)? (один ответ)
- 1) да, полностью соблюдаю;
 - 2) да, соблюдаю, но от вредных привычек отказаться не могу;
 - 3) иногда соблюдаю, иногда нет;
 - 4) нет, не соблюдаю совсем;
 - 5) другое (напишите) _____
 - 6) затрудняюсь ответить.

21. В чем Вы видите причины возможного несоблюдения назначений врача относительно соблюдения здорового образа жизни и отказа от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, не соблюдение диеты)? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) дело в моей несобранности;
- 2) я запутался в данных мне врачом инструкциях;
- 3) я не могу находиться в «строгих рамках лечения»;
- 4) не считаю нужным все это выполнять;
- 5) не могу преодолеть свою зависимость;
- 6) другое (напишите) _____
- 7) затрудняюсь ответить.

22. Обычно Вы получаете онкологическую помощь: (возможны несколько вариантов ответов)

- 1) в онкологическом диспансере / его филиалах;
- 2) в частной клинике;
- 3) в государственной больнице;
- 4) в федеральном медицинском центре / его филиалах;
- 5) у онколога в поликлинике по месту жительства;
- 6) в другом месте (напишите) _____
- 7) я ранее не получал онкологическую помощь.

23. Какие факторы в наибольшей степени влияют на Ваш выбор лечебного учреждения для лечения онкологического заболевания? (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) территориальная близость к месту проживания;
- 2) возможность получения бесплатной медицинской помощи (в рамках системы ОМС);
- 3) высокий профессиональный уровень медицинского персонала;
- 4) наличие специалистов необходимого профиля в клинике;
- 5) наличие необходимой аппаратуры в клинике;
- 6) удобная парковка при поликлинике / больнице;
- 7) удобный транспортный маршрут;
- 8) наличие знакомых, друзей, родных среди медицинского персонала;
- 9) обращаюсь согласно прикреплению / прописки;
- 10) обратился(лась) согласно направлению врача другой специальности;
- 11) информация из интернета (социальные сети, смартфоны)
- 12) другое (напишите) _____

24. Доверяете ли Вы квалификации врачей медицинской организации? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) затрудняюсь ответить.

25. Как часто Вы обращались за АМБУЛАТОРНОЙ онкологической помощью за последние 12 месяцев? (один ответ)

- 1) не обращался(лась);
- 2) один раз за год;
- 3) один раз в полгода;
- 4) один раз в квартал;
- 5) один раз в месяц и чаще;
- 6) затрудняюсь ответить.

26. Сталкивались ли Вы с какими-либо проблемами при амбулаторном посещении онколога? (один ответ)
- 1) да, долгое ожидание осмотра врача;
 - 2) да, длительное оформление документов;
 - 3) да, сложности получения талона на прием (отсутствие талонов);
 - 4) да, грубое или невнимательное отношение со стороны медицинского персонала;
 - 5) нет, никаких проблем не было;
 - 6) другое (напишите) _____
27. Сколько у Вас было госпитализаций за последние 12 месяцев? (один ответ)
- 1) госпитализаций не было – переходите к вопросу 30
 - 2) одна;
 - 3) две;
 - 4) три;
 - 5) более 3-х госпитализаций.
28. Через какое время после последнего обращения к врачу с жалобами, Вы были госпитализированы по медицинским показаниям в стационар? (один ответ)
- 1) в тот же день;
 - 2) на следующий день;
 - 3) в течение 2-7 дней;
 - 4) через неделю и более;
 - 5) затрудняюсь ответить.
29. Сколько времени Вы находились в приемном отделении при последней госпитализации? (один ответ)
- 1) нисколько;
 - 2) до 30 минут;
 - 3) свыше 30 минут до 1 часа;
 - 4) свыше 1 часа до 2 часов;
 - 5) свыше 2 часов до 3 часов;
 - 6) свыше 3 часов;
 - 7) затрудняюсь ответить.
30. Просили ли Вы врача о назначении необходимых, по Вашему мнению, медицинских препаратов, процедур, анализов, обследований и т.п.? (один ответ)
- 1) да, и обычно врач назначал мне все что я просил(а);
 - 2) да, но врач не делает мне назначений, о которых я просил(а);
 - 3) нет, не просил(а), врач знает лучше меня, что назначить;
 - 4) затрудняюсь ответить.
31. Сталкивались ли Вы с отказом в необходимых, по Вашему мнению, обследованиях и лечении? (один ответ)
- 1) да;
 - 2) нет;
 - 3) затрудняюсь ответить.
32. Как Вы можете оценить реабилитационные мероприятия, назначенные Вам врачом после проведенного лечения? (один ответ)
- 1) мне не назначали реабилитационных мероприятий;
 - 2) оцениваю позитивно;
 - 3) оцениваю негативно;
 - 4) затрудняюсь ответить.

33. Приходилось ли Вам использовать личные денежные средства при обследовании и лечении? (один ответ)

- 1) не приходилось - переходите к вопросу 35
- 2) иногда, с заключением договора на оказание платных медицинских услуг;
- 3) иногда, но без договора на оказание платных медицинских услуг;
- 4) очень часто, с заключением договора на оказание платных медицинских услуг;
- 5) очень часто, но без договора на оказание платных медицинских услуг.

34. По Вашему мнению, стоимость оказанной Вам услуги: (один ответ)

- 1) завышена;
- 2) соответствует объему и качеству оказанной помощи;
- 3) занижена;
- 4) затрудняюсь ответить.

35. Как бы Вы оценили отношение к Вам врачей: (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) внимательное;
- 2) вежливое;
- 3) безразличное;
- 4) грубое;
- 5) другое (напишите) _____
- 6) затрудняюсь ответить.

36. Как бы Вы оценили отношение к Вам среднего медицинского персонала: (возможны несколько вариантов ответа)

- 1) внимательное;
- 2) вежливое;
- 3) безразличное;
- 4) грубое;
- 5) другое (напишите) _____
- 6) затрудняюсь ответить.

37. Согласны ли Вы с приведенными ниже утверждениями: (один ответ по каждой строке)

Утверждение	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
За последнее время улучшилась диагностика онкологических заболеваний	1	2	3
Появились более комфортные схемы приема препаратов	1	2	3
Врачи стали более внимательными	1	2	3
Врачи стали давать больше информации относительно лечения, реабилитации и профилактики онкологических заболеваний	1	2	3
Более внимательными стали медицинские сестры	1	2	3
Стало меньше жалоб на качество онкологической помощи	1	2	3
Появилось чувство удовлетворенности результатами лечения (в отличие от первых обращений к врачу)	1	2	3

38. Соответствует ли, по Вашему мнению, медицинская организация (где Вы получаете медицинскую помощь) современному уровню диагностики и лечения? (один ответ)

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) затрудняюсь ответить.

39. Насколько Вы удовлетворены качеством медицинской помощи, оказанной Вам в данной медицинской организации? (один ответ)

- 1) удовлетворен(а);
- 2) скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а);
- 3) скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а);
- 4) не удовлетворен(а);
- 5) затрудняюсь ответить.

40. Какую оценку, в целом, Вы бы поставили онкологической службе медицинской организации, в которой получаете лечение? (1 – низший балл, 5 – высший балл – один ответ)

1 2 3 4 5

41. Ваши замечания и предложения по совершенствованию онкологической помощи, предоставляемой населению медицинской организацией, в которой Вы получаете лечение: (напишите)

42. Оцените, пожалуйста, уровень Вашей удовлетворенности следующими показателями работы СТАЦИОНАРНОЙ онкологической службы: (1 – низший балл, 5 – высший балл – один ответ по каждой строке)

Показатели	Балл				
Доступностью справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации	1	2	3	4	5
Транспортной доступностью стационара	1	2	3	4	5
Режимом работы	1	2	3	4	5
Сроками ожидания госпитализации	1	2	3	4	5
Работой приемного отделения (оперативность, комфорт...)	1	2	3	4	5
Техническим состоянием, ремонтом и площадью помещений	1	2	3	4	5
Комфортностью палаты	1	2	3	4	5
Количеством пациентов, размещаемых в палате	1	2	3	4	5
Комфортностью помещений (холл, коридор, туалет...)	1	2	3	4	5
Чистотой, санитарно-гигиеническими условиями	1	2	3	4	5
Питанием	1	2	3	4	5
Комплексом предоставляемых медицинских услуг	1	2	3	4	5
Использованием инновационных способов и методов лечения	1	2	3	4	5
Оснащенностью современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	5
Обеспеченностью медикаментами и материалами медицинского назначения	1	2	3	4	5
Обеспеченностью врачами	1	2	3	4	5
Обеспеченностью средним медицинским персоналом	1	2	3	4	5
Обеспеченностью младшим медицинским персоналом	1	2	3	4	5
Частотой проведения врачебных обходов	1	2	3	4	5
Работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет...)	1	2	3	4	5
Возможностью обращения к администрации (жалобы и предложения)	1	2	3	4	5
Результатами обследования, лечения, реабилитации и профилактики	1	2	3	4	5

43. Оцените, пожалуйста, уровень Вашей удовлетворенности следующими показателями работы АМБУЛАТОРНОЙ онкологической службы: (1 – низший балл, 5 – высший балл – один ответ по каждой строке)

Показатели	Балл				
Доступностью справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации	1	2	3	4	5
Транспортной доступностью поликлиники	1	2	3	4	5
Режимом работы	1	2	3	4	5
Работой регистратуры	1	2	3	4	5
Организацией записи на прием к врачу	1	2	3	4	5
Техническим состоянием, ремонтом и площадью помещений	1	2	3	4	5
Чистотой, санитарно-гигиеническими условиями	1	2	3	4	5
Комфортностью помещений (холл, коридор, туалет...)	1	2	3	4	5
Комплексом предоставляемых диагностических, лабораторных и медицинских услуг	1	2	3	4	5
Временем ожидания приема врача перед кабинетом	1	2	3	4	5
Сроками ожидания приема врача с момента записи	1	2	3	4	5
Сроками ожидания диагностических услуг с момента записи (ЭКГ, УЗИ)	1	2	3	4	5
Сроками ожидания лабораторных услуг с момента записи (анализы...)	1	2	3	4	5
Сроками ожидания медицинских услуг с момента записи (инфузионная терапия (капельницы и др.)	1	2	3	4	5
Использованием инновационных способов и методов лечения	1	2	3	4	5
Оснащенностью современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	5
Обеспеченностью медикаментами и материалами медицинского назначения	1	2	3	4	5
Обеспеченностью врачами	1	2	3	4	5
Обеспеченностью врачами-специалистами	1	2	3	4	5
Обеспеченностью средним медицинским персоналом	1	2	3	4	5
Возможностью обращения к администрации (жалобы и предложения)	1	2	3	4	5
Результатами обследования, лечения, реабилитации и профилактики	1	2	3	4	5

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе

44. Ваш пол? (один ответ)

- 1) мужской;
- 2) женский.

45. Ваш возраст? (напишите) _____

46. Ваше образование? (один ответ)

- 1) начальное;
- 2) среднее / среднее специальное;
- 3) незаконченное высшее;
- 4) высшее;
- 5) наличие ученой степени;
- 6) другое (напишите) _____

47. Ваше семейное положение? (один ответ)

- 1) женат (замужем);
- 2) холост (не замужем);
- 3) совместное проживание;
- 4) в браке, но проживаем раздельно с супругом(ой);
- 5) разведен(а);
- 6) вдовец (вдова);
- 7) другое (напишите)_____

48. Есть ли у Вас дети? (один ответ)

- 1) да (напишите сколько)_____
- 2) нет.

49. Ваш социальный статус? (один ответ)

- 1) учащийся, студент;
- 2) рабочий;
- 3) ИТР, служащий, специалист;
- 4) медицинский работник;
- 5) педагогический работник;
- 6) не работающий пенсионер;
- 7) работающий пенсионер;
- 8) частный предприниматель;
- 9) самозанятый;
- 10) безработный;
- 11) в настоящий момент нахожусь в декретном отпуске;
- 12) другое (напишите)_____

50. В какой отрасли Вы работаете (работали ранее)? (один ответ)

- 1) промышленность;
- 2) транспорт;
- 3) строительство;
- 4) сельское хозяйство;
- 5) здравоохранение;
- 6) образование;
- 7) культура;
- 8) сфера обслуживания населения (общественное питание, торговля, бытовое обслуживание и др.);
- 9) государственные и муниципальные органы власти;
- 10) наука;
- 11) другое (напишите)_____

51. Ваш трудовой стаж? (один ответ)

- 1) менее одного года;
- 2) от одного года до трех лет;
- 3) от трех до пяти лет;
- 4) от пяти до десяти лет;
- 5) 10-14 лет;
- 6) 15-19 лет;
- 7) 20-24 лет;
- 8) 25 лет и больше.
- 9) другое (напишите)_____

52. Каков среднемесячный доход Вашей семьи на одного человека? (один ответ)
- 1) менее 10 000 руб.;
 - 2) 11-20 000 руб.;
 - 3) 21-30 000 руб.;
 - 4) 31-40 000 руб.;
 - 5) свыше 40 000 руб.;
 - 6) затрудняюсь ответить.

53. Оцените материальное положение Вашей семьи: (один ответ)
- 1) достаточно состоятельны, чтобы жить хорошо;
 - 2) средств на жизнь хватает, не экономим;
 - 3) живем нормально, но приходится экономить;
 - 4) средств хватает только на самое необходимое;
 - 5) живем за гранью бедности.

54. Как бы Вы описали условия Вашего проживания? (один вариант ответа)
- 1) собственник, живу в частном доме;
 - 2) собственник, живу в квартире;
 - 3) живу с родственниками / знакомыми в их квартире (доме);
 - 4) снимаю жилье;
 - 5) другое (напишите) _____

55. Укажите место Вашего постоянного проживания: (напишите) _____
-

56. Насколько Вы удовлетворены своим материальным положением? (один ответ)
- 1) полностью удовлетворен;
 - 2) частично удовлетворен;
 - 3) не удовлетворен;
 - 4) затрудняюсь ответить.

57. Как изменилось Ваше материальное положение за последний год? (один ответ)
- 1) улучшилось;
 - 2) ухудшилось;
 - 3) практически не изменилось;
 - 4) затрудняюсь ответить.

Благодарим Вас за участие в опросе!

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Расчет выборочной совокупности медико-социологического исследования «Медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию»

Таблица Е.1 – Суммарное число пациентов с онкопатологией, получавших медицинскую помощь в «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» за период 2017-2019 гг. с распределением по полу, возрасту и профилю лечения (чел.)

Профиль лечения ЛПУ	18-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71 год и старше		ВСЕГО
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Абдоминальная хирургия	0	0	1	0	2	3	5	5	24	13	17	20	11	10	111
Гастроэнтерология	0	0	1	0	2	1	1	0	2	6	6	5	11	6	41
Гематология	27	24	131	98	129	86	137	181	272	256	269	313	124	176	2223
Дерматовенерология	0	0	0	1	1	4	1	6	7	6	17	20	10	26	99
Кардиохирургия, кардиология	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	6	4	0	12
Неврология	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	5
Нейрохирургия	2	2	10	5	15	9	20	20	28	28	23	25	5	8	200
Онкология	26	14	79	113	172	269	291	522	791	1046	882	1414	430	550	6599
Ортопедия	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	3
Отоларингология	0	0	0	0	1	1	12	1	32	3	32	1	14	8	105
Офтальмология	0	0	0	0	3	8	11	12	15	26	35	47	40	89	286
Профпатология	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	6
Пульмонология	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
Радиология	1		17	20	55	75	163	179	448	347	644	563	422	574	3508
Реанимация	2	3	10	8	18	21	31	25	82	63	104	77	36	45	525
Сосудистая хирургия	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	4
Терапия, общая терапия	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	2	1	3	2	12
Торакальная хирургия	0	0	4	1	1	8	6	11	5	11	14	10	10	9	90
Травматология	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Урология	1	0	1	1	8	1	22	12	48	36	94	44	49	28	345
Хирургия общая	0	0	0	0	0	2	1		2	2	9	3	1	0	20
Челюстно-лицевая хирургия	0	0	0	2	7	9	21	20	24	41	50	50	46	61	331
Эндокринология хир., эндокринология	0	0	0	7	2	5	9	9	10	15	11	13	5	11	97
Всего:	59	43	255	257	416	504	736	1003	1792	1902	2213	2618	1224	1605	14627

Для дальнейшего расчета выборочной совокупности необходимо найти среднее значение по каждому профилю лечения с распределением по полу и возрасту пациентов. Однако, как видно из таблицы 1, по некоторым профилям лечения суммарно за период 2017-2019гг. было пролечено менее 50 пациентов с онкопатологией, и их удаление не будет носить существенных различий при выявлении мнений респондентов.

Таблица Е.2 – Суммарное число пациентов с онкопатологией, получавших медицинскую помощь в «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» за период 2017-2019 гг. с распределением по полу, возрасту и профилю лечения (без учета профилей лечения, с низким показателем пролеченных пациентов (менее 50 человек), генеральная совокупность)

Профиль лечения ЛПУ	18-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71 год и старше		ВСЕГО
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Абдоминальная хирургия	0	0	1	0	2	3	5	5	24	13	17	20	11	10	111
Гематология	27	24	131	98	129	86	137	181	272	256	269	313	124	176	2223
Дерматовенерология	0	0	0	1	1	4	1	6	7	6	17	20	10	26	99
Нейрохирургия	2	2	10	5	15	9	20	20	28	28	23	25	5	8	200
Онкология	26	14	79	113	172	269	291	522	791	1046	882	1414	430	550	6599
Отоларингология	0	0	0	0	1	1	12	1	32	3	32	1	14	8	105
Офтальмология	0	0	0	0	3	8	11	12	15	26	35	47	40	89	286
Радиология	1	0	17	20	55	75	163	179	448	347	644	563	422	574	3508
Реанимация	2	3	10	8	18	21	31	25	82	63	104	77	36	45	525
Торакальная хирургия	0	0	4	1	1	8	6	11	5	11	14	10	10	9	90
Урология	1	0	1	1	8	1	22	12	48	36	94	44	49	28	345
Челюстно-лицевая хирургия	0	0	0	2	7	9	21	20	24	41	50	50	46	61	331
Эндокринология хир., эндокринология	0	0	0	7	2	5	9	9	10	15	11	13	5	11	97
Всего:	59	43	253	256	414	499	729	1003	1786	1891	2192	2597	1202	1595	14519

Таблица Е.3 – Среднее число пациентов с онкопатологией, получавших медицинскую помощь в «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» за период 2017-2019 гг. с распределением по полу, возрасту и профилю лечения (без учета профилей лечения, с низким показателем пролеченных пациентов (менее 50 человек), генеральная совокупность)

Профиль лечения ЛПУ	18-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71 год и старше		ВСЕГО
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Абдоминальная хирургия			0,3		0,7	1,0	1,7	1,7	4,0	4,3	5,7	6,6	3,7	3,3	33,0
Гематология	9,0	8,0	43,7	32,7	43,0	28,7	45,7	60,3	90,7	85,3	89,7	104,3	41,3	58,6	741,0
Дерматовенерология				0,3	0,3	1,3	0,3	2,0	2,3	2,0	5,7	6,7	3,4	8,7	33,0
Нейрохирургия	0,7	0,7	3,3	1,7	5,0	3,0	6,7	6,7	9,3	9,3	7,7	8,3	1,7	2,6	66,7
Онкология	8,7	4,7	26,3	37,7	57,3	89,7	97,0	174,0	263,7	348,7	294,0	471,3	143,3	183,3	2199,7
Отоларингология					0,3	0,3	4,0	0,3	10,8	1,0	10,8	0,3	4,8	2,7	35,0
Офтальмология					1,0	2,7	3,7	4,0	5,0	8,7	11,7	15,6	13,3	29,6	95,3
Радиология	0,3		5,7	6,7	18,3	25,0	54,3	59,7	149,3	115,7	214,7	187,7	140,6	191,3	1169,3
Реанимация	0,7	1,0	3,3	2,7	6,0	7,0	10,3	8,3	27,3	21,0	34,7	25,7	12,0	15,0	175,0
Торакальная хирургия			1,3	0,3	0,3	2,7	2,0	3,7	1,7	3,7	4,7	3,3	3,3	3,0	30,0
Урология	0,3		0,3	0,3	2,7	0,3	7,3	4,0	16,0	12,0	31,3	14,7	16,4	9,4	115,0
Челюстно-лицевая хирургия				0,7	2,3	3,0	7,0	6,7	8,0	13,7	16,7	16,6	15,3	20,3	110,3
Эндокринология хир., эндокринология				2,3	0,7	1,7	3,0	3,0	3,3	5,0	3,7	4,3	1,6	3,7	32,3
Всего:	19,7	14,4	84,2	85,4	137,9	166,1	243	334,4	591,4	630,4	731,1	865,4	400,7	531,5	4835,6

Таблица Е.4 – Квотирование выборочной совокупности пациентов с онкопатологией «ГБУЗ МО «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» в зависимости от профиля лечения (чел.)

Профиль лечения ЛПУ	Пролеченных пациентов	% соотношение в генеральной совокупности	Количество в выборочной совокупности
Абдоминальная хирургия	33,0	0,68	3
Гематология	741,0	15,32	57
Дерматовенерология	33,0	0,68	3
Нейрохирургия	66,7	1,38	5
Онкология	2199,7	45,49	167
Отоларингология	35,0	0,72	3
Офтальмология	95,3	1,97	7
Радиология	1169,3	24,18	89
Реанимация	175,0	3,62	13
Торакальная хирургия	30,0	0,62	2
Урология	115,0	2,38	9
Челюстно-лицевая хирургия	110,3	2,28	8
Эндокринология хир., эндокринология	32,3	0,68	3
Всего:	4835,6	100	369

Таблица Е.5 – Долевое соотношение половозрастных характеристик респондентов с онкопатологией «ГБУЗ МО «ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» в зависимости от профиля лечения и половозрастных характеристик (%)

Профиль лечения ЛПУ	18-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71 год и старше		ВСЕГО
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Абдоминальная хирургия	0,0	0,0	0,9	0,0	2,1	3,0	5,2	5,2	12,1	13,0	17,3	20,0	11,2	10,0	100
Гематология	1,2	1,1	5,9	4,4	5,8	3,9	6,2	8,1	12,2	11,5	12,1	14,1	5,6	7,9	100
Дерматовенерология	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	3,9	0,9	6,1	7,0	6,1	17,3	20,3	10,3	26,3	100
Нейрохирургия	1,1	1,1	5,0	2,6	7,5	4,5	10,0	10,0	13,9	13,9	11,5	12,4	2,6	3,9	100
Онкология	0,4	0,2	1,2	1,7	2,6	4,1	4,4	7,9	12,0	15,9	13,4	21,4	6,5	8,3	100
Отоларингология	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	11,4	0,9	30,9	2,9	30,9	0,9	13,6	7,6	100
Офтальмология	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,8	3,9	4,2	5,2	9,1	12,3	16,4	14,0	31,1	100
Радиология	0,0	0,0	0,5	0,6	1,6	2,1	4,6	5,1	12,8	9,9	18,4	16,1	12,0	16,3	100
Реанимация	0,4	0,6	1,9	1,5	3,4	4,0	5,9	4,7	15,6	12,0	19,8	14,7	6,9	8,6	100
Торакальная хирургия	0,0	0,0	4,3	1,0	1,0	9,0	6,7	12,3	5,7	12,3	15,7	11,0	11,0	10,0	100
Урология	0,3	0,0	0,3	0,3	2,3	0,3	6,4	3,5	13,9	10,4	27,2	12,8	14,2	8,1	100
Челюстно-лицевая хирургия	0,0	0,0	0,0	0,6	2,1	2,7	6,3	6,1	7,3	12,4	15,1	15,1	13,9	18,4	100
Эндокринология хир., эндокринология	0,0	0,0	0,0	7,1	2,2	5,3	9,3	9,3	10,2	15,5	11,4	13,3	5,0	11,4	100

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Гайд фокус-группового интервью (фокус-группы) со специалистами онкологической службы системы здравоохранения Московского региона в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению»

ЗНАКОМСТВО, описание цели и задач группы.

ВВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: *Многолетний мировой опыт свидетельствует о том, что стратегическое планирование может быть использовано для решения широкого круга управленческих задач – от развития отдельных компаний (микроуровень) до развития экономики в целом (макроуровень). В сфере здравоохранения стратегическое планирование нацелено на реализацию комплекса мер государственной политики для достижения ключевых показателей здоровья населения. Так, в настоящее время в соответствии с планом мероприятий федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» Распоряжением Правительства Московской области утверждена государственная программа Московской области "Здравоохранение Подмосковья" на 2019–2024 годы", в которой сформулированы основные стратегические задачи на среднесрочный период.*

В рамках реализации этой программы утверждена региональная государственная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2019-2024 гг.» миссия которой заключается в следующем: организация доступной и качественной онкологической помощи населению Московской области, путем реализации мер государственной политики, направленных на профилактику, раннее выявление, оптимальное современное лечение и снижение смертности населения от ЗНО, увеличение продолжительности и качества жизни онкологических пациентов.

БЛОК. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РЕСПОНДЕНТОВ ПО ПРОБЛЕМЕ

Знакомы ли Вы с этой программой? Знакомы ли Вы с документами, определяющими стратегию развития системы онкологической помощи региона?

Насколько, в целом, Вы можете оценить уровень своей информированности о федеральных проектах и программах, направленных на борьбу с онкологическими заболеваниями?

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ

БЛОК. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗНО В РЕГИОНЕ. *В настоящее время, несмотря на имеющиеся успехи в лечении онкологических заболеваний, наблюдается ежегодное увеличение численности контингента онкобольных. Очевидно, что обращение за медицинской помощью на ранних этапах заболевания является ключевым фактором успеха в лечении, и борьба с онкологическими заболеваниями включает, прежде всего, меры по раннему выявлению онкологических заболеваний.*

На какой стадии заболевания, в большинстве случаев, к Вам обращаются пациенты? С чем это связано?

Насколько эффективно, на Ваш взгляд, работает маршрутизация пациентов с выявленными ЗНО в настоящий момент? Почему? Какие факторы влияют на эффективность этой маршрутизации?

Оцените кадровую обеспеченность в первичном звене на 1 уровне оказания онкологической помощи? Как это отражается на качестве онкологической помощи? удовлетворенности пациентов медицинскими услугами? удовлетворенности медицинского персонала трудом?

На Ваш взгляд, влияет ли на раннее выявление ЗНО уровень онконастороженности врачей первичного звена? информированность населения по вопросам онкологических заболеваний? медицинская грамотность пациентов? географические особенности и развитие инфраструктуры региона? социальные установки населения в отношении обращения за медицинской помощью? социально-демографические характеристики (пол, возраст, уровень дохода, трудовая занятость, семейный статус и др.)?

БЛОК. ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

С какими проблемами на этапе диагностики и установления диагноза пациентам Вы сталкиваетесь? (оборудование, маршрутизация пациентов, диспансерный учет). Какие проблемы являются наиболее значимыми на этом этапе?

С какими проблемами при оказании онкологической помощи пациентам Вы сталкиваетесь в своей практике? *(недостатки в учете заболеваемости и ведении канцер-регистра, рост индекса накопления контингента онкобольных по отдельным нозологиям и в целом по региону, кадровая обеспеченность, оснащенность современным медицинским оборудованием для проведения оперативного и радиологического лечения, обеспеченность коечным фондом и комфорт пребывания на стационарном лечении, обеспечение пациентов с ЗНО современными противоопухолевыми лекарственными препаратами, низкие темпы цифровизации онкологической службы региона).*

Какие проблемы являются наиболее значимыми на этапе стационарного (оперативного и радиологического) лечения? при прохождении химиотерапевтического лечения?

Каковы последствия этих проблем для развития системы онкологической помощи? Какие пути решения указанных проблем Вам представляются наиболее эффективными? Какие меры необходимо предпринять на государственном уровне для решения указанных проблем? Какие меры могут быть предприняты на региональном уровне? на уровне онкологической службы (больницы)?

Какие проблемы являются наиболее значимыми на этапе диспансерного наблюдения? С чем это связано?

БЛОК. ВЛИЯНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ НА ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕГИОНА. *Во многом, развитие и совершенствование системы онкологической помощи связано с эффективным стратегическим планированием. От того, какие показатели выбраны в качестве целевых, зависит направление развития отрасли, кадровые и управленческие решения, планирование материально-технического оснащения отделений и служб, векторы усилий и реализация мер по достижению указанных показателей. Известно, что в настоящее время целевыми показателями являются смертность от новообразований; смертность от ЗНО; доля ЗНО (I-II стадия); удельный вес больных с ЗНО, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных с ЗНО, состоящих под диспансерным наблюдением; годовичная летальность больных с ЗНО (умерли в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых в предыдущем году); доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением.*

Оцените, насколько реализуемая стратегия планирования в здравоохранении влияет на эффективность оказания онкологической помощи в настоящее время?

Исходя из Вашего опыта работы, влияют ли реализуемые за последние годы меры по совершенствованию онкологической помощи населению на утвержденные целевые показатели?

Наблюдаете ли Вы в настоящее время укрепление материально-технической составляющей системы онкологической помощи – в частности, в отделение, в котором Вы работаете? Какие меры были предприняты для этого (выполнен ремонт, закуплена ПК-техника для персонала, установлено новое оборудование, внедрены в работу современные программы,

технологии, техника, реализуются программы обучения персонала работе с новым оборудованием и техникой, проводится повышение квалификации персонала и др.)? Учитывается ли мнение медицинского персонала при модернизации технических (аппаратных, программных) характеристик отделения (службы)?

Были ли внедрены новые методы диагностики, лечения, реабилитации в практику деятельности службы? Кто является инициатором этих преобразований?

Какие меры, реализуемые сегодня в рамках совершенствования системы онкологической помощи населению, представляются Вам наиболее значимыми? Насколько, на Ваш взгляд, важна система обратной связи с потребителем (пациентом) для стратегического планирования развития онкологической службы? с медицинским персоналом?

Насколько важна работа по укреплению кадрового состава для совершенствования деятельности онкологической службы? Для ее стратегического развития?

Насколько важным, на Ваш взгляд, является формирование системы устойчивого взаимодействия населения (пациентского сообщества) и медицинского персонала, общества и государства, государства и системы здравоохранения в целом, для обеспечения реализации планов развития отрасли?

На Ваш взгляд, какие направления развития онкологической помощи нуждаются в стратегическом развитии и контроле?

Насколько влияет, по Вашему мнению, цифровизация отрасли на развитие системы онкологической помощи населению? На качество этой помощи? доступность услуг?

БЛОК. РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СИСТЕМЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕГИОНА

Обращались ли к Вам пациенты, у которых были выявлены злокачественные новообразования в рамках диспансерного обследования?

Исходя из Вашего опыта работы, оцените роль диспансеризации в раннем выявлении ЗНО? Эффективный ли это инструмент для работы с населением? Необходимо ли проводить информационную работу с населением, направленную на популяризацию ежегодной диспансеризации?

Насколько важна система диспансеризации для вторичной профилактики ЗНО? Насколько важна система диспансеризации для третичной профилактики ЗНО (рецидивов)?

Насколько, в целом, население региона привержено диспансерным мероприятиям? Какие факторы влияют на приверженность пациентов подобным мероприятиям? Какие меры могут способствовать повышению готовности населения к диспансерным мероприятиям?

БЛОК. ОЖИДАНИЯ ВРАЧЕЙ В ОТНОШЕНИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕГИОНА

На Ваш взгляд, какой должна быть система онкологической помощи населению в будущем? Какие меры по совершенствованию этой системы необходимо реализовывать в настоящий момент? Что бы Вы хотели изменить в организации работы врача онкологической службы?

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ: перевод и активация обсуждения в ракурсе обсуждения «случаев из практики». Завершение обсуждения модератором, благодарность участникам, прощание.

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Списки участников фокус-группового интервью (фокус-группы) в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению»

Таблица И.1 – Участники фокус-группового интервью (фокус-группы) в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению»

Врачи	Стаж работы в онкологии
З., врач-онколог	5 лет
В., заведующий отделением	6 лет
З., заведующий отделением	5 лет
А.М., врач-онколог	5 лет
А., врач-онколог	5 лет
Д., врач-онколог	6 лет
Н., врач-онколог	5 лет
К., врач-онколог	5 лет
Т., врач-онколог	6 лет
О., врач-онколог	33 года
В., заведующий отделением	15 лет
Н., врач-онколог	12 лет
С., заведующий отделением	11 лет
Д., заведующий отделением	14 лет
Р., заведующий подразделением	20 лет
О., заведующая отделением	19 лет
А., руководитель онкологического отделения	20 лет
В., врач-онколог	19 лет
Д., врач-онколог	12 лет

Транскрибированная стенограмма фокус-групповых интервью врачей-онкологов в рамках медико-социологического исследования «Изучение влияния стратегического планирования развития регионального здравоохранения на организацию оказания онкологической помощи населению»

СТЕНОГРАММА (ТРАНСКРИБИРОВАННАЯ) ИНТЕРВЬЮ ФОКУС-ГРУППЫ №1

МОДЕРАТОР: Наше исследование посвящено вопросам влияния стратегического планирования регионального здравоохранения на реализацию оказания онкологической помощи населению. Наш формат работы – фокус-групповое исследование. Это значит, что наша встреча будет построена в рамках беседы и весь разговор будет записан. Запись будет сделана для того, чтобы сохранить точность, достоверность Ваших высказываний, не исказить Ваше мнение. Все данные, информация, которые будут обсуждаться на данной фокус-группе, будут анонимны. Ваши лица, Ваши должности в конкретных медицинских учреждениях, Ваши фамилии – все эти показатели будут закодированы, будет цитироваться Ваше мнение, Ваше высказывание, Ваше видение определённых процессов. Наша сегодняшняя встреча займёт примерно полтора часа. Я являюсь модератором, то есть человеком, который будет задавать вопросы и выстраивать беседу. Надежда – мой ассистент, она будет помогать мне вести группу, однако она не участвует в дискуссии. Я буду обращаться к Вам по именам и Вас прошу также использовать просто имена. Имена указаны у каждого на бейджике и, если возможно, прошу Вас бейджик расположить таким образом, чтобы всем было удобно. Также я прошу Вас выключить звук вашего телефона или отключить его.

Итак, прошу Вас представиться и указать, какой у Вас опыт работы по специальности.
(удалено в целях анонимизации)

К.: Меня зовут К. (удалено в целях анонимизации), я врач-онколог, работаю уже пять лет по специальности.

В.: В., (удалено в целях анонимизации), все тоже самое.

З.: З. (удалено в целях анонимизации), пять лет работаю тоже врачом-онкологом, Химки – если это важно.

Н.: Н. (удалено в целях анонимизации), онколог, пять лет.

Т.: Т. (удалено в целях анонимизации), шесть лет работаю по своей специальности – онкология.

Д.: Меня зовут Т.Д. (удалено в целях анонимизации), шесть лет работаю по специальности, сейчас приехала из Одинцово.

А.: А. (удалено в целях анонимизации), врач-онколог, стаж работы 5 лет.

А.М.: А. (удалено в целях анонимизации), пять лет работаю, врач-онколог.

ЗФ.: З. (удалено в целях анонимизации), тоже пять лет.

МОДЕРАТОР: Стратегическое планирование и развитие здравоохранения позволяет решить ряд, даже широкий круг задач, в том числе задачи государственного уровня, которые направлены на укрепление и сохранение здоровья населения. Как Вы знаете, в настоящее время в России реализуется ряд государственных программ на федеральном и региональном уровне. Знакомы ли Вы с положениями федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»?

К.: Да, знаю.

З.: Известный проект, все, мне кажется, знают.

В.: Нуу.. в целом знаком, но...

Н.: Знаю, что есть такой проект, отдельные моменты изучал.

Д.: Да.

Т.: Знакома, но поверхностно – знаю, что действует этот проект.

А.: Да, я тоже.

ЗФ.: *(отрицательно качает головой)*

А.М.: *(кивает)*

МОДЕРАТОР: А знаете ли Вы конкретное содержание указанного проекта? Реализацию какого комплекса мер он предусматривает?

ЗФ.: Сейчас погуглим!

(общий смех)

К.: Только общие вещи – что направлен на снижение заболеваемости, раннее выявление онкопатологии, что там еще?

В.: Повышение эффективности

Н.: *(кивает)*

Д.: Я, к сожалению, не очень знаю.

А.: Я тоже только это могу сказать. Знаю, что направлен проект на совершенствование онкологической помощи, раннее выявление, повышение качества жизни пациентов. Это основное.

А.М.: *(кивает)*

З.: *(отвлекается на телефон, не отвечает)*

Т.: Знаю на том же уровне *(кивает)*.

МОДЕРАТОР: В настоящее время досрочно прекращена реализации государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы и принята программа Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2023-27 годы. Знакомы ли Вы с этим документом?

З.: Еще не читал, но собираюсь.

В.: Слышал, но не видел пока.

Н.: Нет.

К.: *(кивает)* Тоже не знакома.

Д.: Нет.

МОДЕРАТОР *(вопросительно)*: Т.?

Т.: Нет.

ЗФ.: Нет.

А.М.: *(отрицательно качает головой)*

МОДЕРАТОР: У нас действует сейчас проект федеральный, и региональная есть программа «Борьба с онкологическими заболеваниями». В Московском регионе она утверждена на 19-24 годы. Знаете ли Вы об этой программе? Если можно, прошу высказаться каждому участнику - К., позвольте, начнём с Вас.

К.: Слышала *(кивает)*, но глубоко не изучала.

МОДЕРАТОР *(вопросительно)*: З.?

З.: Так же, аналогично.

МОДЕРАТОР *(вопросительно)*: В.?

В.: Тоже не вникал.

МОДЕРАТОР *(вопросительно)*: Н.?

Н.: Я не слышал.

Д.: Нет.

Т.: Не слышала.

А.: Слышала *(кивает)*.

МОДЕРАТОР: А что Вы слышали?

А.: Что программа есть, она действует, но насколько она охвачена сейчас, я думаю... *(пауза)*, 30% - самый больший процент, который охвачен, то есть маленький процент только сейчас.

ЗФ.: Нет, не слышал *(отрицательно качает головой)*.

А.М.: *(отрицательно качает головой)*

МОДЕРАТОР: Указанные программы определяют стратегию планирования развития здравоохранения региона, стратегию развития онкологической службы. Насколько, на Ваш

взгляд, стратегия планирования в здравоохранении влияет на показатели онкологической помощи в настоящее время?

В.: Вы имеете ввиду, какие результаты мы видим от реализации планов?

МОДЕРАТОР: Да, в том числе.

В.: Стратегия планирования... (думает). Я могу так ответить: все показатели, заложенные в программах стратегических, в стратегическом планировании – правильные, однако их выполнение, результат реализации этих планов, наверное... мы не задумываемся, в рутине, и наверное, не осознаем. Так вот, результат реализации этих планов, наверное, требует обобщения, систематизации – это происходит на уровне аналитики и руководства, а на нашем уровне, на «земле» мы видим простые, конкретные вещи – новое оборудование, центры открытые, цифровой оборот документов начал налаживаться. Стало больше техники, это однозначно. Дефицит кадров сохраняется, но я хочу сказать, что кадры которые есть – они стали более подкованы, есть уже навыки работы на новом оборудовании. По раннему выявлению – мне сложно судить, тут нам ковид спутал картину.

МОДЕРАТОР: То есть в рамках реализации программ обучают персонал?

В.: Да, да. Без обучения – техника просто мебель.

ЗФ.: У нас сразу, от компании-производителя пришли и обучили на местах.

А.М.: Да, у нас так же.

К.: Да, у нас тоже.

МОДЕРАТОР: А обучение врачей, медицинского персонала по специальности? Повышение квалификации?

В.: Да, это тоже. Этот порядок отлажен.

А.: Да, регулярно. Тем более, что есть дистанционные технологии – мы обучаемся.

Н.: Возможностей очень много.

Т.: Регулярно, да. Эта система работает как часы.

Н.: И, в принципе, если человек хочет – может сам... Платно, бесплатно.

МОДЕРАТОР: Спасибо. А на Ваш взгляд, насколько стратегия планирования развития способствует совершенствованию онкологической помощи населению?

В.: Да, конечно. Если есть конкретные, понятные ориентиры, мы к ним и будем стремиться (смеется). Однозначно будет, но как работают эти программы, насколько они эффективны? Да, программа есть, мы про них слышали, в частности, что будет и дальше закупаться оборудование в рамках программы, но конкретные какие-то результаты, нас они, по всей видимости, сильно не касаются, потому что мы этих результатов не считаем, не знаем. То есть, я работаю, допустим, в стационаре мы видим достаточно большое количество запущенных опухолей. Но возможно остальные, ранние или предопухолевые, остаются на этапе неинвазивного лечения. Сказать, насколько эта программа эффективно работает мне сложно, допустим, оценить.

МОДЕРАТОР: А в целом, Вы почувствовали в своей работе какие-то изменения в связи с реализацией стратегического планирования? В своём опыте работы Вы сталкиваетесь с тем, что, например, обновлён парк вашего учреждения?

В.: Здесь я недавно, пока не смог оценить, осенью пришёл, буквально два месяца. До этого я работал в Томском НИИ онкологии, он относился к министерству образования и науки. В какой-то степени удавалось нам войти в эти программы министерства здравоохранения, и там технологический парк оборудования обновлялся существенно, регулярно. То есть что касается Томского НИИ онкологии, там оборудование было всегда на высоте, то есть любой, наше последнее приобретение, я электрохирургией тоже занимался, микроскоп Zeiss Pentero, который порядка 30 миллионов рублей. Приобрели также недавно. Здесь организовали отделение, но пока нет оборудования...

МОДЕРАТОР: Уже открыли отделение?

В.: Планируются какие-то закупки, но пока планируется и закупается – уже появляется более современное оборудование. А мы получили новое – а по факту – уже устаревшее. Но пока работаем на оборудовании, на котором работали, по всей видимости, в гражданскую войну.

МОДЕРАТОР: Вы участвуете в закупках?

В.: Я - нет. Заведующий отделением планирует, составляет все документы, запросы.

МОДЕРАТОР: Спасибо, В.. Н., я вижу, Вы хотели что-то добавить?

Н.: В целом, я согласен с мнением коллеги. Что касается этих программ, на словах всё красиво звучит, а на самом деле пути реализации этих целей очень сильно размыты и нет конкретики никакой, как можно прийти к тому или иному результату.

МОДЕРАТОР: В какой именно информации Вы нуждаетесь? Вам не хватает информации о конкретных задачах или о конкретных программах?

Н.: Грубо говоря, есть чёткие цели, но при этом как к целям прийти, как такового пути нет. Нужда конкретная дорожная карта.

МОДЕРАТОР: Карта?

Н.: Да, дорожная карта, потому что, мне кажется, это слишком глубокая проблема, нужно систему менять, потому что, грубо говоря, всё это начинается с низкого образования населения. Скажем так, неэффективная пропаганда здорового образа жизни, которого вообще в целом нет по стране. Поэтому ожидать достижения таких целей таких, мне кажется, на данный момент не приходится точно, потому что, правильно кто-то подметил, к сожалению, приходит очень большое количество пациентов, практически, наверное, 99%, которые уже все сроки по обследовании, по госпитализации, проведение адъювантной химиотерапии – всё уже давным-давно пропущено. Поэтому сроки не соблюдаются, по крайней мере в нашем стационаре, практически ни при одном пациенте. Низкая грамотность медицинская у населения, низкая готовность обращаться ко врачу пока не «припечет».

В.: Могу ещё добавить?

МОДЕРАТОР: Конечно.

В.: Мы не видим, в принципе, результатов по пациентам. Пациенты, которые приходят, они записаться даже на приём не могут.

МОДЕРАТОР: А почему? Очереди?

В.: Очереди, нехватка специалистов, болеющие врачи по месту жительства, либо больничный, либо в отпуске, либо их просто нет. В это всё и упирается. Пациенты сами не знают, к кому обращаться в ряде случаев, и врачи не могут направить по нужному профилю пациента.

МОДЕРАТОР: ЗФ.?

ЗФ.: Мало информации, например, терапевты нас не понимают, мы их не понимаем, хирурги тоже отправляют всяким. Мы уже как онкологического пациента принимаем, они, допустим, записываются к нам через 2 недели, через 2 недели у нас очередь, а на химиотерапию отправляют, там тоже запись через 2 недели. Ну это, конечно, время, это всё. Конечно, эффект падает. Но мы очень много, иногда 30 человек в день принимаем. Это тоже так всё.

МОДЕРАТОР: Это перегрузка врачей?

ЗФ.: Конечно, при таком количестве... потоке пациентов падает эффективность вообще. Мы стараемся быстро отпускать пациента, зашёл, то, что надо сделали, всё, отправили. Не знаю, состояние пациента. Инструменты есть, УЗИ-аппараты, это всё-всё есть, но специалистов не хватает. Вернее, может они и есть, специалисты, но в частных центрах работают. Вот если вопрос поднимать.

В.: Ещё помитиную немного.

МОДЕРАТОР: Да, конечно

В.: Всё очень сильно усложнено, огромное количество документации, в амбулаторном звене я так полагаю тоже. Пациент должен заполнить в стационаре 9 или 10 согласий, до этого было 22. А оборудования хватает, но нам некогда на нем работать.

А.: Стало чуть поменьше. И электронный документооборот помогает.

В.: Помогает, не спорю.

ЗФ.: Я тоже.. согласен.

З.: Да, улучшается. Но это все способствует тому, что создаются очереди – а для лечения онкологического больного очереди – это потеря времени, что зачастую имеет ключевое значение.

В.: Да, да, да. Если бы я увидел 22 согласия, я до этого просто не видел.

МОДЕРАТОР: А откуда такие цифры, это из Вашего опыта работы или?

В.: Это вот история болезни, которую я вёл. И другой момент, до этого я работал в МЕДСИ, это частная клиника, и долго пациентов там держать нельзя. А ряд пациентов, у меня профиль – опухоль головы и шеи, понятно, что я раскрою интригу. Я от пациентов требую наблюдение в стационаре гораздо большего, чем одни сутки. Мы отправляли пациента к хирургам для перевязок, они приходят в поликлинику, хирурги говорят: «Мы перевязывать не будем, идите туда. Кто вас оперировал». В итоге пациент приходит опять ко мне спустя 2 недели, разумеется, там всё развалилось, потому что сформировалась серома или не вовремя вытащили дренаж, просто швы разошлись, приходится делать какую-то реконструкцию, пластику, просто чтобы закрыть вот этот дефект, который сформировался. То есть преемственности нет как с этапом амбулаторная помощь – стационар, специализированная помощь, так и специализированная помощь – стационар.

МОДЕРАТОР: А., мы Вам не дали слова, но я вижу, что Вы хотели что-то сказать.

А.: Я – нет.

МОДЕРАТОР: А., Вы так активно включались. Скажите, вот уже несколько раз прозвучало, что пациент приходит уже в достаточно запущенной ситуации заболевания, это связано с кадрами? Есть нехватка кадров определённая?

А.: Это часто бывает. В определённый период еще и совпадает все сразу. Буквально две недели назад у нас так получилось, что один ушёл в отпуск, а второй заболел, у нас осталось два онколога, а получается кто делает эту работу? Это делают те онкологи, которые сейчас в поликлинике. Когда лист ожидания те же самые на первичном звене, анализы и так далее, опять же эти согласия. То же самое, что в поликлинике, что они есть в стационаре. У нас, конечно, чуть-чуть поменьше в 2 раза, но пациенты не попадают. А еще те, кто без записи идут, и они могут те же самые пять минут они могут занять у доктора, но доктор их не планировал взять. И еще получается вместо 10 пациентов, которые планировались, просто в поликлинике не знаю, а у них приходит 25. Пусть они даже придут тупо за направлением, я извиняюсь. И всё, ты понимаешь, а что делать? Бывают такие нюансы... Но если три года назад у нас был один онколог, то сейчас их 4, то есть мы немножко воспряли, штат у нас набран. Но, конечно, многим сложно с такой нагрузкой пациентской работать, в такой ситуации многие уходят, увольняются, текучка есть.

МОДЕРАТОР: Т., а для Вас это особенная ситуация, для вашего учреждения?

Т.: Когда пациент к нам попадает, мы стараемся по максимуму биопсия, обследования пройти, даже для нас, такого маленького учреждения получается очередь, ничего кроме как предложить платно, вне очереди не остаётся.

МОДЕРАТОР: Вы делаете платные услуги тоже?

Т.: да, у нас есть и частная клиника, и есть объёмы по ОМС, они государственные. Соответственно, когда у нас по ОМС всё забито, я провожу, можно сказать, такую философскую беседу: «Вот ваша жизнь, вот ваша болезнь. Если вы хотите быстро начать лечение, то нужно сделать вот это, вот это и вот это. Вот это можно сделать платно, это можно сделать вот так вот. То есть тут уже какой-то отбор получается, если уж так грубо говорить, но как есть.

А.: думаю, такая ситуация есть везде, у нас то же самое.

Т.: От пациентов многое зависит, кто-то вот прям прорывается, а кто-то сидит и ждёт очереди.

З.: И преемственность страдает. Пациент не передается как нужно, бывает, что из-за этих бумаг, чуть не так оформили или какую-то справку не критичную не успел взять – он не может вовремя попасть на консультацию. Конечно, это вызывает конфликты, пациент в состоянии болезни, нервничает.

МОДЕРАТОР: У Личко характерные особенности пациентов, у него есть в акцентуации характера разные восприятия болезней пациентами. Кто-то очень ипохондрически подходит, кто-то очень невротически. Есть и ипохондрики, которые даже при отсутствии заболевания будут обращаться. Скажите, Т., если человек, например, с разным возрастом бывает, с разного уровня дохода, как-то Вы лично стараетесь идти навстречу пациентам, у которых видите, что дохода не хватит?

Т.: Конечно, конечно. Я не знаю, как у других коллег, но я почему что к молодым особо стараюсь прям пойти договорить, просунуть, пожалуйста, вот всё, за последние 10 дней, ему назначают лечение. Не получается со всеми так. Когда у меня какая-то там своя беда и я устала, просто сил нет...

А.: Выше головы не прыгнешь и за всех тоже не попросишь.

Т.: Со всеми просто невозможно договориться, но бывает такое, да. Но это свои какие-то личные.

МОДЕРАТОР: Спасибо. З., для вашего лечебного учреждения характерны такие проблемы?

З.: Да, у нас нет платных услуг. У нас есть длинные очереди, если... процентов записывают, кстати вот коллеги в их учреждениях. И вот эта проблема получается она плавно переплывает к ним. Я с амбулаторным звеном мало знаком, мало отношения к ним имею, только к стационару и к хирургии тоже, единственная проблема пациента, с которой я встречаюсь, это когда есть пациент, есть схемы лечения, которые прописаны, нет препарата, закупленного больницей, того или иного. Соответственно, тут начинается его проблема, там скажем, он тихо перетекает в учреждения к коллегам или же пытается пробиться в другие учреждения, где он есть. Если также говорить о проблемах, с которыми я сталкиваюсь, это по КСГ, которым мы выставляем, у нас очень много схем, которое не выгодно для учреждения. В связи с этим препараты эти тяжело закупаются. Для пациентов это может быть...

МОДЕРАТОР: Единственный препарат?

З.: Да, бывает такое. Вот в частности во такие проблемы.

МОДЕРАТОР: Как Вы обходите эту ситуацию?

З.: Опять же, пытаемся пристроить, есть разные группы в чатах онкологов, пишем туда, соответственно.

МОДЕРАТОР: То есть такая коллегиальная поддержка?

З.: Да, у нас есть чат у всех, опять же, не у нас в Москве, по-моему, только по Московской области, где все сидят, если у них есть какие-то...

МОДЕРАТОР: А вот такой канал преемственности, как Вы считаете, он эффективен вообще?

А.: Да. Это хорошая поддержка, и мы оперативно решаем вопросы передачи пациента между учреждениями. Ищем консультантов тоже.

З.: Конечно. Это нам помогает.

В.: (кивает)

К.: Да, это хорошая история, нужная для нас.

МОДЕРАТОР: Это ведь недавно такая история как вот «Здравконтроль», например, да, тоже?

З.: Да, по-моему, в прошлом году, насколько я помню. Там всё по лекарственным препаратам, по лекарственному лечению тоже, не хирургия, а только как лечить, химиотерапия. Если есть необходимость, у нас вот консилиум, пытаются пристроить пациента. Или же, опять же, по каким-то своим личным контактам, так же с этим учреждением мы контактируем, если есть позвонить заведующему напрямую, спросить, возьмёт-не возьмёт.

МОДЕРАТОР: Скажите, Вы видите за последний год какие-то сдвиги: новую технику, расширение кадрового составляющего, что-то сдвинулось в лучшую сторону?

З.: Я бы сказал, что сейчас в связи с тем, что у нас события да, в мире, многие так же и фармкомпании, можно сказать, покидают. Соответственно, скоро начнутся дефициты. Так-то ещё есть те лекарственные препараты на складах, но, мне кажется, начнутся дефициты, если будет дальше продолжаться. По поводу оборудования, опять же, повторю, у меня больше лекарственная терапия, конечно, каждый год выходил препарат тот или иной, который должен был помочь, стать одним из вариантов для лечения той или иной локализации. Мне кажется, каждый год в плане химиотерапии наоборот неплохо.

МОДЕРАТОР: Улучшается?

З.: Да, да, лучше так сказать, в частности, вот этот период времени, который сейчас произошёл, а так да. Вот эти вот проблемы, которую озвучивают доктора, если я с ними не сталкиваюсь, я же их слышу, они есть, не избежишь нехватку кадров, наверное, нехватка оборудования. Соответственно, нехватка навыков у кадров, которые у тебя есть, требует отправлять на обучение тех или иных специалистов для повышения квалификации. Понятно, что это позволит потом ту или иную манипуляцию провести пациенту на месте и не гонять его куда-то, не тратить его время на стационар. Но как отпустить врача, когда поток пациентов огромный?

МОДЕРАТОР: Спасибо, мы сейчас вернёмся, мне очень понравился аспект. Меня очень волнует квалификация кадров, сейчас мы поговорим об этом. Хотела спросить у Ксении, характерны ли для вашего учреждения описанные проблемы? С чем Вы сталкиваетесь, и есть ли какие-то изменения?

К.: В плане очереди у нас такой проблемы нет, мы пациента ориентируем на ближайшие сроки. То есть зависит от них, они готовят анализы и сразу могут ехать на госпитализацию.

МОДЕРАТОР: В какой срок вы укладываетесь?

К.: Вы имеете ввиду? 5-7 дней. Опять-таки, если это пациенты, которые сдают всё в частной клинике, анализы на госпитализацию – пожалуйста, это выбор пациента, мы никогда на этом не настаиваем, можно сдать, подготовиться к госпитализации в государственной клинике. Они могут на следующий день приехать и при наличии препарата (это основная, наверное, проблема, в принципе, есть везде, кроме, Москвы). На счёт проблем с препаратами считаю, что стало лучше намного, по сравнению с тем, что было 5 лет назад по обеспеченности препаратами. Не думаю, что надолго это уйдёт из России, потому что это такой же рынок, что всё это может вернуться через какое-то время. Понятно, что, да, возможно будут проблемы, но я думаю, ненадолго. В целом такая позиция.

МОДЕРАТОР: А как, в целом, изменилась обеспеченность препаратами за последние годы?

К.: Положительно. Есть подвижки. Да.

З.: У нас все в порядке. Бывает точечные какие-то проблемы, но основных рабочих препаратов хватает. Но могут быть. Нестабильные поставки.

МОДЕРАТОР: В кадровой составляющей, есть ли какое-то укрепление, есть ли какие-то изменения, может быть наоборот?

К.: Я думаю, что нет, у нас в отделении проблемы с кадрами нет.

МОДЕРАТОР: Спасибо. А.М., присоединяйтесь к нашей дискуссии. Скажите, пожалуйста, исходя из опыта Вашей работы, с какими проблемами Вы сталкиваетесь на своём рабочем месте, хватает ли Вам техники, как у вас с кадровой составляющей, какие есть нюансы в организации Вашей работы, может быть?

А.М.: Проблема в работе – это, к сожалению, большой поток пациентов, не всегда успеваешь всё вовремя сделать. Мы стараемся изо всех сил. По техническому вопросу – отделение оснащено, то есть все обследования, постоянно внедряются новые, современные методы исследования, и могут проходить пациентом в условиях нашего учреждения. Многие исследования, которые мы не делали, стали делать. Помимо таких обследований как ПЭТ-КТ, сцинтиграфия, на эти обследования мы отправляем в соседние города.

МОДЕРАТОР: Чаще куда, в Балашиху?

А.М.: В Балашиху, Подольск и Химки.

МОДЕРАТОР: Химки – это новый центр. Который недавно открылся?

А.М.: Институт ядерной медицины. По кадрам, к сожалению, из-за большого потока и нехватки врачей получается такой диссонанс небольшой. Мы старательно работаем над этим.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Меня очень заинтересовал такой момент, о котором З. сказал, что необходимо повышать квалификацию кадров – это одно из условий повышения качества, повышения доступности и качества для пациентов. Насколько Вам доступно регулярное, своевременное и действительно нужное для вас повышение квалификации?

А.М.: На самом деле, так как я на этом месте работаю, нахожусь не так давно, поэтому точно дать ответ конкретно на этот вопрос я, к сожалению, не могу, в будущем надеюсь.

МОДЕРАТОР: Есть ли какие-нибудь стажировки или курсы повышения квалификации? Кто-нибудь из вас был на каких-то таких занятиях?

З.: В принципе, да. Мы всегда можно сказать бываем на конференциях, обычно это приходится на выходные дни, то есть субботу, воскресенье. Есть возможность побывать на мероприятии, услышать что-то новое, новые опции, которые используются в исследованиях, новые исследования, которые были завершены или в процессе завершения регистрации того или иного препарата. Опять же, я со своей колокольни говорю. Для нас это, конечно, обучение, в той или иной степени.

А.: Постоянно участвуем, слава ковиду – научил.

В.: (смеется, кивает)

К.: Да, сейчас достаточно просто это можно сделать. Стараемся принимать участие. Но не всегда бывают конференции по конкретному профилю, специальности. Но если знаешь язык – можно найти.

ЗФ.: Да.

С.: (кивает)

В.: Я участвую, коллеги участвуют. Цифровизация.

Н.: (кивает)

А.: (кивает)

О.: Да, мы также.

МОДЕРАТОР: В условия цифровизации, мы все знаем, почти пережили пандемию, это, конечно, дало нам инновационный толчок к цифровым технологиям.

В.: Цифровизация началась высокими темпами, и до сих пор идет.

Д.: Да, точно.

Н.: Но не без проблем.

А.М.: Да, особенно часто интернет падает.

ЗФ.: Ну, не без этого, конечно.

Все кивают: Конечно

МОДЕРАТОР: И многие конференции перешли на новый форма: либо гибридный, либо цифровой. Является ли это преимуществом для вашей работы в настоящий момент?

Все кивают: Конечно.

А.: Можем сидеть и делать свою работу бумажную, у нас её очень много. И можно участвовать в конференции, слушать что через телефон, что через компьютер, это всё в доступе. Положил отчет – сделал доклад или задал вопрос – и в свою работу внедряешь то, что узнаешь. Бывают такие интересные вещи.

МОДЕРАТОР: Сейчас, кстати, очень многие конференции, кстати цифровые тоже, дают баллы НМО, что тоже очень актуально для специалистов, для того чтобы своё портфолио пополнять.

В.: главное – надо ответить быстро.

А.: И там определённое количество часов, минут нужно провести.

МОДЕРАТОР: А как еще отразилась пандемия на системе онкологической помощи?

А.: Нас обеспечили оборудованием, хорошим.

А.М.: (кивает)

К.: Да, мы тоже получили.

Н.: И мы.

З.: Да все получили.

(общий смех)

З.: Замечу – мы получили оборудование в пандемию, но оно позволило нам повысить охват и качество помощи, и сейчас мы продолжаем его использовать – то есть, пандемия укрепила материальную базу отделения.

Т.: И добавлю – мы научились на нем работать.

ЗФ.: Пандемия дала нам опыт работы в таких условиях. Я почувствовал сначала, что стало меньше работы по специальности, но нас перекинули сразу, заболели у нас...

А.: Не знаю, я не почувствовала, но что пациентов стало больше – это я почувствовала.

Д.: Да, я тоже.

Н.: Наверное.

З.: Какое раннее выявление, мы в ковид тех, кто был не могли посмотреть.

В.: Не хватало врачей и сейчас не хватает, и нужно постоянно повышать квалификацию – ковил поставил новые задачи – как лечить сочетанные болезни с ковидом у наших пациентов.

Т.: К нам много шли.

ЗФ.: Сейчас идут те, кто в ковид не смог обратиться, и часто на поздних этапах уже. Да и без ковида обращались поздно, и сейчас приходят поздно, но говорят, что из-за ковида.

(В., А., Н, З. - кивают)

МОДЕРАТОР: Спасибо! Понятно, что квалификация кадрового состава – это одно из базовых условий для успеха в лечении. Однако для того, чтобы качественно лечить пациентов, безусловно нужно, чтобы пациент пришёл как можно раньше. Сегодня уже, к сожалению, прозвучало, что пациент приходит поздно. С чем Вы это можете связать? Что влияет на такое позднее обращение у пациентов: отсутствие медицинской грамотности (сегодня прозвучало), какие-то особенности менталитета? Может быть какие-то другие факторы? По Вашим наблюдениям?

А.: По моему наблюдению, что многие терапевты недостаточно онконасторожены: «А, у тебя обычная пневмония, иди лечись». Проходит полгода, извините, уже третья, четвертая стадия. «А зачем тебе на КТ? Иди на рентген» - на рентгене ничего не обнаруживается. Так же по гинекологии, миома, миома, миома, раз и (разводит руками). Девушка молодая, детородного возраста. Очень печально. Это неправильная диагностика на начальном этапе, когда идёт первое звено, терапия.

МОДЕРАТОР: Нехватка квалификации у врачей первичного звена?

А.: Да-да-да. Всё верно, я абсолютно согласна. Буквально сама с этим столкнулась 2-3 недели назад. И не просто так сейчас врачей, которые только-только выпустились, их аккредитуют в московских больницах. Именно в Москве, в Московской области это редко, это очень редко, а вот в Москве реально есть. И я думаю, что это не большой плюс, а реально огромный плюс, что они на начальном этапе уже сдают свою аккредитацию здесь на наличие своих знаний.

В.: Вот ещё такой важный момент, смотрите.

МОДЕРАТОР: Простите, В., Н. первым поднял руку. Но мы Вас обязательно выслушаем.

Н.: Я также соглашусь, что, во-первых, это или лёгкая безграмотность, или отсутствие у человека осторожности, у врачей по месту жительства. Даже самые банальные вещи, которые, казалось бы, могут, навести на мысль о каком-то опухолевом процессе. Даже пример приведу, неоднократно поступали к нам пациенты, которые лечились от хронической анемии год, полгода. И вот самые элементарные вещи: колоноскопия, например, или УЗИ брюшной полости - это как будто какое-то ноу-хау для докторов. Колоноскопия – банальный момент исследования. К сожалению, тоже очень многие моменты вот эти пропускаются.

МОДЕРАТОР: Нет именно знаний у врачей, что надо назначить колоноскопию или нет возможности, её не проводят вообще?

Н.: По-разному. Второй момент, то, что к сожалению, вот у нас здесь контингент Московской области лечится. У меня такое ощущение складывается, что эти пациенты сами себе не нужны. Потому что это, видимо, более-менее здравомыслящие люди, скорее всего на местах оседают. Мы, конечно, обсуждаем почему к нам такой контингент здесь обращается. А вот здесь люди как будто даже не понимать, с какой целью они обращаются: «Просто доктор сказал, вот вам сюда надо». И вот когда они дойдут, тогда дойдут. К сожалению, пока они доходят, это очень много времени уходит. Вот тут много причин.

МОДЕРАТОР: Может быть, не разъясняют на местах опасность заболеваний, риски, связанные с потерей времени?

Н.: Это тоже не исключено.

З.: У нас народ такой интересный, мы часто говорим и желаем друг другу здоровья, но сами им не интересуемся. Просто можно почитать о своем заболевании, у врача спросить, но если читают – то всякую дичь, вот и запущенность, отсутствие комплаентности.

МОДЕРАТОР: Характерные особенности пациентов, Вы говорите, равнодушие к себе? Или как это можно?

Н.: Например, до этого я работал в другом учреждении медицинском, пациент поступал, он обязательно, когда поступал в отделение, там его обязательно сопровождали родственники, была беседа с родственниками в том числе. Очень многие просили личный номер телефона, чтобы там отзванивались после операции, рассказали, как прошла операция. Беседы с родственниками. Но здесь за полтора года работы один человек подошёл, сказал: «Как можно Ваш личный номер телефона взять, чтобы родственники созвонились, спросили, как прошла операция».

А.: Что они всё-таки думают о нём, переживают.

Н.: Вот здесь за полтора года один случай, а там это через одного, повсеместно было. Поэтому, к сожалению, тут...

МОДЕРАТОР: Но это не наша патерналистская история, когда врач не хочет пугать пациента? Это именно просто вот особенности...

Н.: На самом деле, этика общения на местах...

МОДЕРАТОР: Страдает?

Н.: Страдает сильно. И, честно говоря, мне кажется, наоборот, иногда беседа на месте именно сопровождается тем, что пациенту зачитывают приговор, грубо говоря. И на этом вся история заканчивается, что пациенту больше не требуется никакое лечение.

Н.: Да, и таких случаев в нас тоже много.

МОДЕРАТОР: Спасибо, В., Вам слово.

В.: У меня тоже несколько примеров. У нас недавно лежал пациент, то есть я и про отсутствие какой-то грамотности, и в то же время отсутствие времени у врача просто. Первый пример, это пациент с образованием на шее. То есть изначально была опухоль ротоглотки, облучение, она ушла, но остались лимфатические узлы. По клиническим рекомендациям эти узлы нужно было хирургически добрать. Посмотрел – вроде небольшие. Отпустили пациента на 2 года, пациент понятия не имел, надо ему наблюдаться, не надо. Через 2 года он пришёл, потому что у него на шее распадающаяся опухоль, соответственно, спасти уже нельзя.

МОДЕРАТОР: Его ничего не настораживало?

В.: Его стало настораживать, когда там всё уже стало отгнивать. Он пошёл в институт челюстно-лицевой хирургии, там ему сказали: «Мы не онкологическое учреждение». Пошёл в другое учреждение, там химиотерапию ему проводили, ещё что-то. Потому что, по всей видимости, никто из врачей, кто его смотрел, просто не удосужился заглянуть в клинические рекомендации.

А.: А сам онколог лечащий разве не в курсе, что у него есть такой пациент?

В.: Отсюда вторая часть моего меморандума, записано 10 пациентов, приходит 35, ещё нулевые там... Врачу, особенно в амбулаторном звене задача – выжить. Вот просто выжить. И что-то думать, что-то читать... С таким количеством бумажек, требований, амбулаторных карт, которые возвращают на переделку страховые компании, страховые компании страховых компаний, журнал по учёту журналов. Это не шутка, я в армии служил, у нас был журнал по учёту журналов, это реально так. Подумать реально некогда, голова настолько забита. Вообще не понимаешь, что происходит. В итоге пациент прошёл какой-то тенью мимо тебя, ушёл и слава богу, и врач уже не задумывается, что с ним будет дальше. Просто это уже как бы в какой-то степени выгорание впоследствии, это приведёт к профессиональному выгоранию специалиста. Проблема тут комплексная такая. А кто-то да, думал, что пройдёт.

МОДЕРАТОР: К.?

К.: Короткий комментарий, нужно ещё помнить, что есть опухоли, которые характеризуются определённым течением, морфологическим строением, которое обуславливает их течение, более агрессивное. Да, были пациенты на приёме, даже родственники врачей, к

сожалению, это уже метастатическая стадия, без клинических проявлений. Мы знаем это персневидноклеточный рак желудка, мелкоклеточный рак лёгкого, чаще всего сопровождается какой-то клиникой. Но не обращал на это внимание. Поэтому иногда есть моменты, которые от нас, к сожалению, не зависят, это обуславливает течение заболевания. Но, безусловно, первичное звено, терапевты, хорошо бы если бы старались быть внимательнее к таким настораживающим вещам каким-то. Терапевты – это первая линия обороны от онкологических заболеваний, от их развития и запущенности.

В.: Тоже ещё один пример. Пациент с 2000 года, образование в области верхней челюсти. Ходил к ЛОРа́м врачам, стоматологам, челюстно-лицевым хирургам. Вот как раз про отсутствие времени. Ему даже полипы удалили в стационаре, и никто не заглянул под губу, где находится огромный свищевой ход на фоне распадающейся опухоли.

МОДЕРАТОР: А его не тревожило?

В.: Его тревожило.

МОДЕРАТОР: А почему, он не жаловался?

В.: не знаю, жаловался он или не жаловался, но когда он пришёл, его прислали к нам на биопсию для того, чтобы мы сделали пистолетную биопсию этой опухоли. Мы поднимаем губу, а там вот этот вот кратер, огромный. Соответственно, там не надо никакой пистолетной биопсии, просто надо отщипнуть ткань и отправить. У врачей в поликлинике просто не было ни времени, ни возможности успеть нормально осмотреть пациента, выслушать его жалобы без спешки. Эта опухоль наружной локализации.

МОДЕРАТОР: Спасибо Вам. Я вижу, что Вы согласны?

ЗФ.: Да, тоже самое, меланома бывает. Например, по брюшной области образование есть в области лимфоузла. В стационаре биопсию сделали, меланому нашли, метастазы нашли. А никто не раздевал, никто не смотрел. При осмотре на коже есть первичный очаг. Это даже не смотрят. Образование есть на брюшной области. Брали биопсию, а на спине основную опухоль первичную никто.

МОДЕРАТОР: А пациент сам не говорил об этом?

А.: Возможно это страх, с которым мы сталкиваемся. Многие врачи говорят о том, что люди приходят уже на этапе распада, потому что боятся признаться себе прежде всего в том, что это серьёзно, в том, что это действительно случилось. Это такая психологическая защита: если я этого не признаю, значит этого не существует. Какие-то особенности мышления, защитные такие вещи. То есть, может быть, не хотят говорить врачам, думают, что действительно рассосётся, эту ерунду мы вылечим, потому что это не страшно, а там, где страшно, промолчим. Может, такой фактор.

В.: Однозначно.

ЗФ.: Не знаю, своё дело сделал, иди по месту жительства в поликлинику, там разберутся.

В.: Однозначно есть, и многие пациенты приходят уже потому, что боли становятся просто уже невыносимыми. Учитывая то, что они всё-таки решили прийти на фоне боли, они уже прошли 7 кругов ада, потому что не могут попасть к специалисту и приходят уже с определёнными претензиями. Ведётся разговор, иногда бывает, что достаточно жёсткий, и жалобы пишут, и так далее. Поэтому такой момент есть, и исключать его нельзя. Что с этим делать не понятно, потому что это элементарная безграмотность населения из разряда: «Думал, что пройдёт». Я здесь показывал фотографию. Вот здесь, в принципе, никаких сомнений нет, что это меланома, симптом бело-голубой вуали. Пациентку прооперировали по поводу базалиомы, все нормально. У неё радикальность иссечения, очень близко сейчас. Сейчас она поступила для повторной резекции. Здесь вот безграмотность специалистов, потому что не увидеть явных симптомов – это косяк.

МОДЕРАТОР: Может быть, не хватает знаний об этих заболеваниях?

В.: Не хватает. Тем более есть локализации, которые другие специалисты боятся. Вот кожные, опухоли головы, шеи.

МОДЕРАТОР: То есть такая онкологическая настороженность врачей?

В.: Наверное, она есть. В принципе, распознать те же самые кожные раки, не всегда видно с первого раза, здесь нужно обучение, и обучение такое достаточно системное, то есть врачи должны постоянно вот этих пациентов видеть, чтобы вот эта настороженность была. Приходит пациент, который весь в родинках, ну кто его будет смотреть, особенно если его эти родинки не беспокоят? Физически невозможно. Тем не менее, те знания, они должны даваться ещё на базе ординатуры, потому что эти опухоли наружной локализации, и просмотреть их – это очень серьёзная ошибка. Потом пациенты приходят вот в таком состоянии (показывает на телефоне фотографию), не распознали. Когда уже нужно удалять - практически пол-лица.

Д.: Нехватает образования, знаний у амбулаторного ... по онкологии

Т.: Да, надо их обучать, им давать, прежде всего, о ранних признаках.

З.: (кивает)

МОДЕРАТОР: То есть, насколько я правильно поняла, для того, чтобы у нас было такое поступательное развитие, и ранее выявление пациентов с онкологическими заболеваниями, прежде всего необходимо образовывать специалистов первичного звена, то есть дать какой-то блок по онкологическим заболеваниям?

В.: Только в комплексе, не только. Если образовывать первичное звено, но будут провалы на этапе специализированной медицинской помощи, кроме заторов и очередей, это, наверное, ни к чему хорошему не приведёт. Но однозначно, первичное звено надо образовывать, надо давать какой-то блок по онкологии, надо усиливать, надо мотивировать финансово в первую очередь. Формировать онконастороженность. Иначе никакого раннего выявления не будет. Потому что, когда я разговариваю с коллегами, которые работают где-то в районных поликлиниках, честно говоря, пока молодой и хочется покорить весь мир, наверное, это интересно. Но выгорают люди очень быстро.

МОДЕРАТОР: Тем более специализация у Вас сложная....

В.: Да, много примеров, много знакомых уходят. Особенно уходят из таких тяжёлых специальностей, как онкология, как неврология, те, кто работал с тяжеленными инсультными больными, паллиативные доктора уходят.

МОДЕРАТОР: Спасибо, В.. Д., скажите, пожалуйста, исходя из Вашего опыта, Вы наверняка сталкивались с запущенными стадиями, есть ли у Вас по этому поводу какие-то наблюдения?

Д.: Не поняла, если честно.

МОДЕРАТОР: С чем связано позднее обращение пациентов?

Д.: Ну, уже в общем всё сказали, страх больше всего, даже на первичном звене запущенность. Не посмотрели, у всех же ограниченное время, эти 15 минут, и всё нужно в программу занести, бумажки оформить, согласие подписать. С какой жалобой пришёл, с той и помогли, а посмотреть дальше человека, какие-то сопутствующие заболевания, наши сопутствующие патологии – уже времени просто физически не хватает. Если это первичное звено, обследование, сколько колоноскопия, сколько у нас гастритов лечат без ФГДС. Просто месяц пролечили, вроде боли прошли, всё, и до новых болей.

МОДЕРАТОР: Мы много говорим о поведении пациента, что важно их как-то образовывать, просвещать по вопросу онкологических заболеваний. А какие меры нужны, какие-то меры по просвещению населения по вопросам диагностики онкологии, для того чтобы их как-то мотивировать к более раннему обращению за помощью?

Д.: Нужны, но, если честно, даже не могу представить, как это всё сделать.

МОДЕРАТОР: В каком формате?

Д.: Да, да.

З.: Диспансеризация.

А.: Диспансеризация, дни открытых дверей проводят.

МОДЕРАТОР: У вас есть такие?

А.: Да.

МОДЕРАТОР: Как часто и как много обращается населения?

А.: При днях открытых дверей?

МОДЕРАТОР: Да.

А.: Я точно не смогу Вам сказать, но у нас в отделении есть такие дни, по выходным или среди недели, у кого как получается. На них приходят много достаточно народа. Сначала врач рассказывает о заболевании, потом можно получить консультацию, осмотр.

МОДЕРАТОР: Как Вы информируете о том, что в такой-то день состоится? Понятно, что Вы работаете в больнице, видите пациента, который уже болеет. А как привлечь тех, кто ещё не обратился? Есть ли какие-то каналы связи?

З.: Рассылка по колл-центру.

МОДЕРАТОР: Рассылка по колл-центру? То есть все, кто прикреплен?

З.: Ну да.

В.: Договора с учреждениями, есть опыт такой и по Томску, когда Томский онкодиспансер, это отдельное учреждение было, но наши доктора там работали. И когда были такие вот дни открытых дверей и договора с этими учреждениями, заводами, приходили просто сотрудники, и насколько я знаю, что очень много, по крайней мере вот именно наружных локализаций было ими отправлено по профилю напрямую. Здесь в Подмоскowie такой опыт тоже есть, завод «Зенит», я сам несколько раз туда ездил в формате выездной мобильной диспансеризации работников предприятия. Находили меланомы, находили базальноклеточные раки... то есть в принципе, это облегчает путь пациенту на прием ко врачу, на обследование - не затрудняет в какой-то степени работу доктору, потому что мы уезжаем, мы работаем в стационаре, но никто не отменял того, что точно так же на нас висит. Поэтому, с одной стороны, это здорово, с другой стороны, какая-то регуляция должна быть немножко другая.

З.: Такой опыт у нас есть ещё в области.

МОДЕРАТОР: Расскажите об этом подробнее, пожалуйста.

З.: Я просто знаю врачей, которые....

Н.: Понятно.

З.: У нас есть сейчас, по-моему, первый опыт выезда первичного звена на завод в Химках, они (*администрация завода – прим.*) тоже организовали день, собрали врачей, мы привезли туда своё оборудование для полноценной диспансеризации. Специалисты осмотрели практически весь штатный состав, взяли у них анализы, собрали всё, что нужно, обследовали, проконсультировали, направили по необходимости (*к узким специалистам - прим.*).

МОДЕРАТОР: Диспансеризация на выезде.

З.: Да (кивает). Я не знаю, правда, пока результатов.

МОДЕРАТОР: Расскажите, а как именно была организована такая выездная диспансеризация?

З.: Администрация решила организовать, договорилась, затем проинформировали работников предприятия, завода там ... Пускай 250 человек... может там получается...да, 250 с чем-то. Они не записывались никуда, их разом все врачи посмотрели.

В.: Кстати, не все придут.

МОДЕРАТОР: А почему, как Вы думаете?

А.: Им не надо.

В.: Кому-то не надо, кто-то считает, что «со мной такого не случится».

З.: Они же на работу придут?

В.: На работу придут.

З.: Вот, на работу пришли, а их поймали на диспансеризацию.

В.: Если начальник в приказном порядке отправит, и то, как-то вывести на разговор не всех получается. Администрация завода если будет заинтересована в таком мероприятии – будет стимулировать сотрудников.

З.: У нас тоже получается, одна пациентка, которая пришла на диспансеризацию на этом заводе, она уже моя пациентка, она уже лечится, прооперирована, пришла сдать кровь со всеми вместе, так сказать. Сигнали всех, вот и она пришла.

МОДЕРАТОР: Спасибо. А., Вы хотели что-то добавить?

А.: Вот я не знаю про забор крови, если честно, первый раз слышу такое, а в плане у нас идёт выездная группа, узкие специалисты. И вот сегодня непосредственно как раз онколог наш и выезжал. Там должен был быть сбор как раз пациентов, которые хотели бы попасть к этому специалисту. Не обязательно, что именно с этой патологией онкологической, а вообще со всеми. И вот как раз и смотрел. В плане было 120 человек он сказал. Сколько придёт? Это очень круто, мне кажется, что выезжают, потому что сами пациенты, жители районов некоторых... они не могут добраться именно до центра. А тут мы охватим целую сеть населенных пунктов - деревень, сел, еще каких-то ...

З.: да, я тоже думаю... учитывая их значимость для населения, и особенности нашего огромного региона... А это только кажется, что у нас цивилизация – за МКАДом начинается другая жизнь, есть поселки в которые несколько часов ехать, необходимо такие бригады регулярно обеспечивать.

МОДЕРАТОР: Вот это очень важный момент, возвращаюсь немножко к пациенту. Влияют ли сложности доезда, то есть транспортная логистика на обращаемость?

А.: Конечно. Либо ты едешь на такси полчаса, либо ты с перевалочным пунктом едешь на автобусе. Естественно, лучше, конечно, ко мне приедут и с радостью меня посмотрят. Это, конечно, тоже один из плюсов.

В.: Кстати, тоже добавлю, что по ОГШ конкретно все пациенты были сосредоточены в Балашихе, и добираться с западных районов целая трагедия была. Здесь в Москве многие пациенты отмечают, что им удобнее, центр города. И в принципе да, со всей области примерно одинаковое расстояние.

МОДЕРАТОР: Да, вот ещё два года назад, пока Химки не включились в этот процесс, отправляли в Балашиху или ещё дальше, в Клин, там была комиссия. То есть вот эта вот логистика Московской области, она очень большая. А насколько вообще доступность врача, территориальная, для пациента откладывает его визит до поздних этапов? То есть влияет ли вот этот фактор на позднее обращение?

А.: Не факт, даже вот как мы идём на работу: лучше я выйду без 15, чем я приду за полчаса. Это тоже не факт.

В.: От многих факторов. Если болит, он придёт, от пациента самого зависит. Если не болит, можно отложить, есть какие-то дела: вот в отпуск съезжу, вот кота не с кем оставить.

МОДЕРАТОР: Влияет ли на это город-село, принадлежность место проживания человека?

В.: Влияет. И тут, наверное, особенность менталитета ещё, что сельские, особенно пожилые жители, есть такая уверенность, что невозможно записаться к врачу, вот есть такая уверенность: «Ну зачем мы поедem, зачем мы будем себя мучить?» Вот изначально уже.

А.: Или просто не могут, потому что они не знают, как это: «Я приду по факту и там уже возьму талончик».

В.: Да, то есть люди в принципе не понимают, как можно попасть к врачу, такое тоже есть.

МОДЕРАТОР: Это зависит от возраста?

В.: Это зависит от возраста и, опять же, от локации. Это для сельским жителям сложнее в этом плане.

МОДЕРАТОР: К., из Ваших наблюдений, влияет ли возраст на ранее обращение?

К.: Я бы не сказала бы, что есть какая-то прямая зависимость. Есть очень активные пациенты такого почтенного возраста, которые даже в 80 лет сами добираются, потому что нужно соблюдать определённый межкурсовой период. А есть люди молодого возраста, которые ленятся отчасти. Не особо вижу зависимость от возраста, по-разному.

МОДЕРАТОР: Какие факторы влияют, на Ваш взгляд?

К.: Во-первых, да, транспортная логистика сильно влияет. Пациенту сложно приехать, сдать контрольные анализы крови и так далее.

З.: Занятость специалиста тоже. Работает, надо взять больничный, а больничный плохо оплачивается: «Схожу потом, наверное».

К.: Влияет ещё, наверное, поддержка родственников очень сильно, потому что, когда есть возможность, что родственники привезут, помогут в чём-то, если это пожилые пациенты сами не справляются своими силами. Наверное, тоже это.

МОДЕРАТОР: Это влияет, наличие социального окружения, близкого?

К.: Да.

МОДЕРАТОР: Только на этапе диагностики?

К.: На все влияет.

МОДЕРАТОР: Лечение, реабилитация?

К.: На всё.

МОДЕРАТОР: Почему я задала этот вопрос, потому что есть многих статей, европейских, вот я читала, особенно скандинавы. Они вот очень чётко связывают наличие социального окружения, одиночество и перспективы выздоровления. У них прям доказА.я вот эта триада, которая влияет на прогноз. У нас таких исследований нет по разным причинам, видела какие-то точечные, но вот прямо чётко прослеживается система... Мне кажется, у нас просто сложнее, потому что нас больше.

К.: На практике, видимо, да.

МОДЕРАТОР: Менталитет разный.

З.: У тех же пациентов тоже есть такие же группы, которые уже проходят лечение, они так же сидят, общаются.

МОДЕРАТОР: То есть чаты, Вы имеете ввиду?

З.: Да, да. Правда я не знаю, какие они.

МОДЕРАТОР: А вот группы поддержки, форумы, насколько я знаю, специализированные пациентов?

З.: Да, тоже так же только что слышал тех же пациентов.

МОДЕРАТОР: А с позиции врача, хорошо ли вот такое взаимное просвещение пациентов?

З.: Естественно.

МОДЕРАТОР: Или они приходят к Вам и спорят с Вашим диагнозом, потому что им на форуме сказали лучше, более оптимистично и более приемлемо для них?

З.: Нет, не прибегут прям спорить, нет, конечно. А для него же это да, лучше. Которые даже находятся на динамическом наблюдении как минимум будут знать всю важность, серьёзность. Ему сказали прийти через три месяца на обследование, что поможет избежать запущенности.

МОДЕРАТОР: Спасибо. А вот ещё сразу, в ту же кабинку. Влияет ли уровень дохода на обращаемость? Понятно, что логистика и уровень дохода тоже имеет связь, кто-то даже издалека возьмёт такси и поедет. Если у человека хороший уровень дохода, есть ли шанс, что он на более раннем этапе?

З.: Я понял вопрос. Можно вернуться назад, когда А. Александровна рассказывала, что, конечно, влияет, потому что, если нет чего-то по ОМС, возможности нет, нет записи, конечно, есть всегда платные услуги, всё зависит от пациента. Если он доход и возможность, он сделает, если нет, будет ждать, пока сделают ему бесплатно. Соответственно, не сегодня, а через недели полторы, две. И прямая зависимость.

В.: Ещё такая тень на здравоохранение, недавно была пациентка, я её тоже веду. Рак щитовидной железы, она долго не обращалась, потому что думала, что для того, чтобы прооперироваться, ей нужно заплатить. Она в принципе, да, у неё есть полис. Она говорит: «Ну как же, везде же платить надо». Такое сейчас редко уже, но такие тёмные люди бывают тоже.

К.: Такое бывает. И потом мы сталкиваемся с тем, что нужно привлекать очень много специалистов в разных областях, чтобы вылечить пациента – особенно, когда затронуты разные системы или сочетанные.

МОДЕРАТОР: К., Вы затронули важный вопрос. В рамках реализуемых сегодня федеральных и региональных проектов и программ по борьбе с онкологическими заболеваниями оказывается поддержка развитию сети референс-центров. Слышали ли вы вообще о деятельности референс-центров?

В.: Да.

К.: Конечно.

ЗФ.: Нет.

МОДЕРАТОР: А что именно Вы слышали?

В.: Это ряд учреждений, которые работают между собой по единой сети. У нас, насколько я знаю, референс-центр по патологии, морфологи работают. И все сложные ситуации присылаются сюда. Аналогичный референс-центр по патологии был у нас в Томске, точно так же. Есть по рентгенологии и компьютерной диагностике точно так же.

МОДЕРАТОР: Их деятельность как Вы можете оценить в плане стратегического развития онкологической помощи? Помогают ли они, способствуют?

В.: Да, (*референс-центры – прим.*) помогают нам сейчас и это направление надо развивать в дальнейшем, потому что специалисты знают, куда они могут отправить сложные случаи, какое есть уникальное оборудование для диагностики, для морфологии, в частности, и главное – идет улучшение, ускорение постановки диагноза, дообследования, и, соответственно, можно говорить о совершенствовании онкологической помощи в целом.

МОДЕРАТОР: То есть улучшается... оптимизация работы центров?

В.: Да-да-да, в принципе, врачу не надо даже думать - что-то не получается, не знает, не умеет – направляет в референс.

МОДЕРАТОР: К., Вы активно кивали...

К.: Да, конечно, конечно, я согласна. У нас как раз есть специалисты, которые занимаются конкретно нозологией, но которые лучше в центре хотят посмотреть морфологические особенности, какие-то другие особенности, проконсультироваться конкретно по той же нозологии. Поэтому референс-центры - да, нужны и востребованы. В целом, лично знакома.

МОДЕРАТОР: Вы обращались, отправляли пациента?

К.: Пациент, да, конечно, никогда против вообще не имею, это второе мнение. Потому что это - здоровье пациента. При этом я не чувствую себя как-то неуютно, отправляя пациента в референс-центр. Нет, я абсолютно рада, что у нас есть такая возможность получить помощь коллег, почему бы ей не воспользоваться? Мы не всегда, нечасто ей пользуемся. Но пользуемся, бывает такое.

З.: Телемедицина, да?

МОДЕРАТОР: Не совсем.

З.: А ты её можешь назвать так же?

К.: Нет.

МОДЕРАТОР: Телемедицина – это, скорее, консультация по видеосвязи с пациентом.

В.: Референс-центр – это такой, например, травмоцентр третьего уровня, где выполняются всё по травматологической помощи.

МОДЕРАТОР: В одном месте.

В.: Да. Самые специализированные методы есть. Так же и здесь, референс-центр, соответственно, тут есть иммуногистохимия, цитогенетика и все вот такие сложные исследования.

МОДЕРАТОР: К телемедицине мы чуть позже вернёмся, это очень хороший, кстати, комментарий. Н., скажите, Вы сталкивались с необходимостью обращения в референс-центр?

Н.: Нет.

МОДЕРАТОР: Нет, не было опыта (кивает). А.М.?

А.М.: Нет.

МОДЕРАТОР: Т.?

Т.: Да, отправляем.

МОДЕРАТОР: А.?

А.: Да, пара человек у нас было.

МОДЕРАТОР: ЗФ.?

ЗФ.: Не знаю.

А.: Обычно пациенты уже приходят с этими данными, а мы уже как-то...

З.: Вы от них узнали про этот центр?

МОДЕРАТОР: А откуда, из какого источника Вы узнали про этот центр?

А.: Я не знала, что именно так называется, но я знаю, что есть такие. Заведующая сказала, что создан такой центр и можно обращаться со сложными случаями.

ЗФ.: А они где работают, дадите нам тоже информацию?

МОДЕРАТОР: В.?

В.: Руководство.

МОДЕРАТОР: З., Вы слышали про референс-центры?

З.: Нет.

МОДЕРАТОР: К.?

К.: Руководство. Например, по конкретному пациенту... Если спорная ситуация, то отправляем в конкретное место, где с этим вопросом могут точно помочь.

МОДЕРАТОР: Знаете ли Вы в рамках какого федерального, регионального проекта были созданы референс-центры?

Н.: Нет.

ЗФ.: Нет, не знаю.

Т.: Знаю, что работает и туда можно отправлять.

К.: Вот, кстати, да... Борьба с онкологическими заболеваниями, правильно?

МОДЕРАТОР: (улыбается) Да. Мы с этого сегодня начали наш разговор...

А.: Не задумывались, что они были созданы в рамках этих программ и проекта. Просто приняли к сведению, что он есть, и можно направлять пациентов.

МОДЕРАТОР: Насколько, на Ваш взгляд, Вы нуждаетесь в информации о такого рода программах стратегического развития в онкологии?

А.: Конечно, нуждаемся. Сейчас многие врачи не знают, как и куда можно направить пациента для дообследования, но, если врач информирован о мероприятиях, о результатах государственных программ – маршрутизация выстраивается лучше, сроки установления диагноза меньше, лечение – раньше, и система в целом работает, планы выполняются, достигаются.

В.: Знал, просто мы в рутине, «на земле», не задумываемся, некогда. Но надо более внимательно изучить эти программы, Вы правы.

(общий смех)

МОДЕРАТОР: З., Вы хотели добавить по поводу телемедицины...

З.: Да! Одним из таких развивающихся направлений сейчас у нас телемедицина. И я хотел сказать, что она решает многие сложности в плане времени – и пациенту, и врачу. И, конечно, это надо развивать.

В.: Согласен.

К.: Да, мы уже все привыкли в ковид к видеосвязи, и пациенты, кстати, тоже.

МОДЕРАТОР: Хорошо, спасибо. С какими проблемами на этапе диагностики и установления диагноза пациентам Вы сталкиваетесь чаще всего? И какие из них являются наиболее значимыми? Мы уже слышали, что нехватка техники, нехватка кадров, ограниченность времени, особенности менталитета пациента. А вот у пациента какие проблемы возникают на этапе обращения? Нехватка времени?

В.: Нехватка времени, нехватка кадров, точно так же, проблема записаться, во-вторых, это очереди. Допустим, я сейчас не могу записать пациента на радиографию уже до конца года. Аналогично с МРТ. Сломаны два компьютерных томографа, при том, что это областное учреждение. Очередь на месяцы! Я так полагаю, что в районных учреждениях ситуация ещё сложнее. Кроме того, не знаю, конечно, как ситуация с оборудованием, то есть, допустим, посмотреть желудок в различных режимах. Это для того чтобы патологический кровоток увидеть. Не везде такое оборудование есть, а если оно есть, то умеют ли специалисты этим пользоваться? И в итоге может такое получиться, что «Айфоном» забивают гвозди, грубо говоря. Посмотрели, сделали гастроскопию, вроде как у пациента гастрит поверхностный. А у него может быть инфильтративная форма перстневидного рака желудка, ему там жить осталось пару

месяцев, грубо говоря, но специалист не может это увидеть. Или на снимках очевидные мелкие очаги пропустить, не умеют читать снимки. Поэтому, точно так же комплексная проблема у пациентов: первое – найти специалиста, который отправит действительно по нужному профилю, записаться, чтобы было это обследование, вопрос времени в том числе.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Коллеги, кто-то может добавить что-то ещё, какое-то ещё мнение? Да, Н..

Н.: Мне кажется, с точки зрения онкологии, бывает такое, что специалисты на местах тоже боятся как-то интерпретировать данные, которые они увидели, то ли из-за отсутствия какого-то клинического опыта, то ли ещё по каким-то проблемам. Очень много случаев, когда делают компьютерную томографию на месте и описывают, вот эту картинку, что увидели. И пациент, когда у другое учреждение поступает, почему всегда эти диски пересматривают? Потому что очень много вещей просто не хватает клинического опыта понять и увидеть. На самом деле, там и стеноз распространённое заболевание, в том числе при динамическом... объединении очень сложно оценить все эти вещи. А про УЗИ вообще молчу, потому что компьютерная томография у нас страдает, МРТ бывает страдает, а специалисты УЗИ иногда печень не могут посмотреть.

В.: Вот интересный тоже момент такой. Особенно, наверное, тяжело с этим врачам первичного звена. К нам пациенты приходят с заключениями КТ, МРТ. Вот зачем мы направляли на эти исследования? Чтобы верифицировать процесс, на КТ с контрастированием уже можем сказать: это злокачественная опухоль или доброкачественная. Но вот заключение буквально в три строчки, и нельзя исключить злокачественный процесс, нельзя исключить метастазы.

МОДЕРАТОР: Лукавые метастазы?

В.: Да-да-да. То есть вроде как может быть, а вроде, как и нет. Вопрос, а зачем вы тогда делали эти обследования? Поэтому вот такая проблема тоже – это квалификация специалистов. Ну и в какой-то степени тоже желание рисковать.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

Н.: Действительно, со временем бывает локализация опухолей, которые имеют принципиальное отношение с точки зрения лечения по отношению к сосудам. Даже опухоли поджелудочной железы, там принципиальный момент как опухоль взаимоотношается к сосудистому росту. И не то что там взаимоотношения не описывают, сосуды никакие не описывают. Вот это приходится переделывать или же диски пересматривать. К сожалению, бывает такое, что КТ сделано, есть заключение, диска не было. Следовательно, смысла никакого в этом исследовании нет, потому что приходится переделывать. Или диск двухмесячной давности.

МОДЕРАТОР: Скажите, а какие, на Ваш взгляд, необходимы меры для того, чтобы способствовать развитию качества онкологического лечения? Что необходимо внедрить, чего не хватает сейчас, что необходимо, какие меры предпринять для того, чтобы уменьшить вот такого рода проблемы? Немножко на эту тему давайте порассуждаем.

Н.: Мне кажется, в первую очередь – это больше материальная какая-то составляющая, почему? Потому что человек с большим опытом работы, он всё-таки себе начинает давать отчёт чему он посвятил свою жизнь спустя какой-то момент происходит эмоциональное выгорание. И он всё-таки или переходит в какое-то другое учреждение, или же по-разному, в общем. И вообще так получается, что в определённом месте приходят всё новые-новые-новые сотрудники без какого-то клинического опыта. И это цепочка постоянная, что пришли, что-то научились, постоянно дефицит именно кадров именно с большим клиническим опытом – он мне кажется повсеместно. Кадры – это большой вопрос. Если бы были только хорошие зарплатные места, то у людей не было бы никакого резона уходить с этих мест, и они бы знали, за что они там работают, присутствуют. Поэтому зачастую вся эта проблема – отсутствие клинического опыта в том числе.

МОДЕРАТОР: То есть удержать можно зарплатами, на Ваш взгляд?

Н.: В том числе.

В.: Не только.

МОДЕРАТОР: А ещё что?

В.: Я про зарплаты просто скажу, на моём, собственно, примере. У меня был период, когда я подавался в постдокторантуру США. Мне на собеседовании сказали, что зарплата минимальная, я не помню уже, около 45 что ли тысяч долларов в год. Но, говорит: «Вы отработаете год, Вы приходите нулевым специалистом по сути». Я не знаком с методами лабораторной диагностики и так далее. «Мы Вас обучаем, через год мы понимаем, что Вас надо удерживать, иначе Вы уйдёте просто в другую лабораторию, поэтому мы Вам дадим зарплату до 50 тысяч долларов в год». Цифры я сейчас не помню, примерно. Что у нас в стране? Мы приходим на зарплату в 30 тысяч рублей, через 2 года появляется семья, надо кормить ребёнка. Семеро по лавкам, а ты с котом делишь пачку «Вискаса», грубо говоря. Ты приходишь к начальнику и говоришь, что что-то здесь не так. Он говорит: «Не нравится – увольняйтесь». Разумеется, доктор увольняется. Вот первый момент, из-за которого уходят врачи – конечно, финансовая составляющая. Если говорить о профессиональном выгорании, то в списке причин это самая первая. Второй момент – профессиональный рост. Мне как специалисту хочется осваивать какие-то новые технологии, операции, хочется съездить на учёбу, хочется съездить на стажировку. А ты целый год безвылазно сидишь, пишешь истории болезни, иногда ходишь в операционную, а то и в операционную ходить не хочется, потому что тебе там вернули 15 историй из клинического отдела, и тебе их надо переделать. Не остаётся времени на себя, не остаётся времени на семью, не остаётся времени просто прийти домой и открыть книгу, сил нет, чтобы посмотреть что-то там, видео на Ютубе, пока оно ещё доступно в наше время. Поэтому второй момент, мне кажется, не менее важный, чем финансовый, это возможность именно профессионального роста. Чтобы у тебя была возможность обучаться, осваивать новые, в хирургии операции.

МОДЕРАТОР: Быть в струе всегда?

В.: Да-да-да, вот именно, чтобы быть в топе, как говорится. Наверное, каждый специалист хочет быть каким-то значимым, а не просто рабом у заведующего отделением.

МОДЕРАТОР: Какие меры, вот с позиции государства, нужно предпринять? ЗФ.?

ЗФ.: У нас нет времени, чтобы читать книги. Раньше мы четыре дня работали, в пятницу занимались методическими делами. Если время есть, что-то не понятно, то про это читали, узнавали. Сейчас времени нет, сейчас тупо работаем и работаем. Всё вот так. Конечно, уже думаешь – перспектив нет, надо уходить туда, где сможешь развиваться.

МОДЕРАТОР: Что нужно сделать для того чтобы удержать кадры?

ЗФ.: Раньше как-то по-другому было, в прошлом году. Трудно было. Сейчас заведующую поменяли, как-то уже коллектив, дружно работаем сейчас, маленькие проблемы вместе решаем. Вот не записать, не можем записать – к заведующей подойдём, позвонит, с кем-то договаривается, и отправляем туда. Иначе я медсестру отправляю, заведующую, а потом я сам схожу – уже час времени ушёл, нету у меня уже. И уже пациенты в очереди стоят. На час опаздываю. Вот такие надо решать вопросы.

МОДЕРАТОР: Нужен ли Вам какой-то специалист, помогающий, так скажем, не онколог, но который возьмёт на себя решение вот этих?

ЗФ.: Медсестра же есть.

МОДЕРАТОР: Хорошо, кроме медсестры нужен ли ещё какой-то специалист, который будет, например, отвечать за связи с общественностью или за маршрутизацию пациентов, и за логику, нужен ли какой-то другой?

В.: Да, пример есть. Извините, что перебую, очень здорово поставлено. Они в принципе работают на западный манер по многим параметрам. И там есть, я не помню, как называется этот отдел, но пациента встречают, его проводят оформлять историю болезни, проводят на анализы. То есть медицинский персонал в принципе этим не занимается, даже медсёстры. У медсестёр своя работа, не менее сложная. Поэтому хотелось бы. Было бы здорово, если бы в нашей службе появился такой специалист. Но что касается МОНИКИ, у нас в онкологии в КДЦ том же самом на всю онкологию 2 медсестры, понятно, что не каждый специалист может позволить себе работать не в одиночку. И ещё, пока не забыл, другой момент для врача – безопасность. Кто из присутствующих был в следственном комитете? Я был, мне не понравилось.

К.: Я тоже была.

МОДЕРАТОР: А в связи с чем?

В.: Уголовное дело было.

МОДЕРАТОР: С чем было связано его заведение?

В.: Это не врачебная ошибка, это, в моём случае, по крайней мере, желание родственников закрыть кредиты погибшего отца.

А.: Денежный эквивалент был для них самое главное.

В.: Да, но это минус 4 года жизни.

З.: Посадили?

В.: Сюда.

МОДЕРАТОР: Скажите, а насколько это частая история, с обращением пациентов в суд?

В.: Очень часто.

Т.: У нас сейчас проверка идёт в клинике, подала жалобу пациентка, которая полгода назад меня схватила в коридоре, там у неё была неоадьювантная химиотерапия, и вот она меня так трясла: «Почему мне провели химиотерапию, теперь у меня проблемы, выплачивайте, суд, вред здоровью!» Я там вся в поту, за компьютер, что я там делала, почему, точно ли я всё правильно провела. Смотрю, всё нормально ... Оказывается, была история после – у неё было такое искривление позвоночника, и ей проводили удаление молочных желёз, а ей в частном центре вставляли импланты, которые нельзя с такой патологией, но она настояла и у неё имплант улетел в спину. А она подала жалобу, чтобы мы ей выплатили деньги, что последствия химиотерапии... потому что новую пластическую операцию не покрывает по ОМС. Но я там сидела вся уже синяя, зелёная, и я понимала, что вообще ну никак мы не защищены. Мы, получается, все можем легко сесть за то, что мы делаем свою работу, за то, что провели ее правильно, за то, что не провели. В общем, это я прям сейчас почувствовала на этой проверке.

З.: За имплант обидно, наверное?

В.: Ну вот тут точно обидно, потому что пластический хирург должен был объяснить, что при искривлении...

Т.: Ну да, но неадекватных же пациентов тоже много, они все должны, мне кажется, проходить через психолога, психиатра.

А.: Либо я понял, либо не понял, но вы виноваты.

Т.: Типа того.

МОДЕРАТОР: К., Вы сказали, что тоже столкнулись с такой ситуацией, с чем она была связана?

К.: Ну это была такая ситуация, я проходила просто как свидетель. Был недоволен отец пациентки, не согласен с тактикой лечения, но там всё было правильно. У пациентки был ещё психиатрический диагноз ещё, в общем отягощённый в этом плане анамнез. Поэтому всё было достаточно благополучно. Но сам факт, что вас вызывают, вы должны давать показания – неприятно.

А.: Очень неприятно, стресс.

МОДЕРАТОР: Работает ли кто-то с врачами в вопросах снятия стресса?

А.: У нас есть.

МОДЕРАТОР: Вообще эта область считается одной из самых стрессовых, наравне с пожарными, например. Скажите, вот А. сказала, что у них есть такой специалист, помогающий специалист, психолог, скорее всего или социальный работник?

А.: Психолог.

МОДЕРАТОР: Скажите, кто ещё обращался, слышал о таких специалистах? Есть ли у вас возможность к ним обратиться на рабочих местах?

Т.: Да, у нас есть консультирующий, правда там первая консультация бесплатная.

А.: Она про врачей.

Т.: Про врачей?

В.: Для врачей.

Т.: А, я подумала, что для пациентов.

МОДЕРАТОР: Нужна такая помощь вот вашим врачам?

Т.: Обязательно нужна такая помощь врачам, я сама занимаюсь с психологом, по-другому не могу, поняла, что всё, край.

В.: Я тоже сессию взял.

Т.: Чтобы была здоровой.

МОДЕРАТОР: Д.?

Д.: У нас нет.

А.: Может, Вы просто не знаете?

Д.: Я бы знала.

В.: Обязательно нужно. В тех же Соединённых Штатах у психологов есть супервизоры. Ну там в принципе культура такая, что «не рассказывай свои секреты никому кроме священника, психолога и адвоката». В онкологии особенно это нужно. Сколько пациентов приходит, хорошо, если нам в какой-то степени удаётся забрало закрыть и не думать об этом. Но всё равно кто-то, скажем так, так или иначе это воздействуют на психику: умирающие пациенты, тяжёлые операции, осложнения.

МОДЕРАТОР: Конфликты?

В.: Конфликты особенно. Что касается хирургов, тут, когда ты понимаешь, что каких-то осложнений можно было бы избежать, если бы ты что-то сделал по-другому. Не всегда удаётся самостоятельно разобраться, что не твоя вина. Особенно если руководство ещё... не в каждом медицинском учреждении руководство как-то бережёт своих сотрудников, то есть я знаю много случаев, когда врач попадает в такую неприятную ситуацию, его просто выставляют и говорят: «Сам залез, сам и трепыхайся». И тратится доктор на адвоката, тратится доктор на психолога и так далее.

МОДЕРАТОР: Нужен ли юрист? Извините, что перебиваю. Сразу?

В.: Нужен. И нужен со специализацией на решение медицинских вопросов.

Р.: И не только. Юрист в нашей ситуации должен решать конфликты между врачом и пациентом, споры.. досудебное решение этих вопросов. Ну и ... Не знаю... Хорошо, если бы юрист был с врачом на всех судебных разбирательствах, поддерживал.

МОДЕРАТОР: Обращались ли Вы к своему юристу?

В.: Да, я работал с Российским обществом хирургов. Вот когда они, получается, основались, года через два объявили о том, что у них открывается юридический отдел, потому что очень много стало жалоб. И сейчас я сколько знаю, пластические хирурги тоже свои юридические отделы организуют. Что касается РОХ, общества хирургов, то они работают, в принципе помогают даже специалистам других профилей. Юрист нужен – обращался, психолог нужен – обращаемся.

МОДЕРАТОР: ЗФ., Вы сказали, что у Вас есть юристы?

ЗФ.: У нас есть, мы обращались, тоже есть... помогают, они же деньги берут, правильно? Пускай работают.

МОДЕРАТОР: А психологи?

ЗФ.: Я за себя, я сам психолог для себя. Если уволят – то уйду. Всё, я не боюсь никого, но жалоб особо нет, работаем, все довольны.

МОДЕРАТОР: Спасибо. К., у Вас есть юрист?

К.: Да, мне кажется, в каждой медицинской организации есть юрист, я так думала раньше, сейчас сомневаюсь. Да, есть, но не обращалась. И вот так не на слуху, что кто-то из моих коллег из этой медицинской организации. Что касается клинического психолога, я работала в учреждении, где был специалист, он работал как с пациентами, так и сотрудниками – это очень большая поддержка, на самом деле. И врачи эффективнее работают, трудоспособность выше даже в условиях стресса, и пациенты получают эмоциональную разрядку. Здесь у нас нет медицинского психолога, как-то справляемся своими силами, благодаря, наверное...(пауза)

МОДЕРАТОР: Навыкам, которые сформировались?

К.: Да, навыкам преодоления стресса, нажитым в работе и атмосфере в коллективе.

МОДЕРАТОР: Согласна с Вами, вот эта атмосфера в коллективе – это тоже очень важно. З., к Вам такой же вопрос...

З.: Юристы есть, нужен, не обращался пока. А вот по поводу психолога, наверное, нужен, не знаю пока.

МОДЕРАТОР: Вы готовы лично обратиться к психологу?

З.: Да нет, зачем он мне нужен? Я сам справляюсь.

МОДЕРАТОР: Мы сталкиваемся с такими интересными моментами, именно российской выборке, когда у нас многие онкологи и врачи других специальностей, они просто не совсем готовы обращаться. То есть, есть некий барьер у врача. То есть, врачи признают наличие психологических проблем, но при этом не готовы обращаться. С чем это может быть связано на Ваш взгляд?

К.: Как Вы считаете, это всё-таки, наверное, вопрос культуры и воспитания, да? Врача в том числе. И общей культуры, которая сложилась. Наша культура вообще российская, она вообще такая избегающая, мы не любим признавать проблемы, и не любим обращаться за их решением. Но сейчас растёт новое поколение, они немножко по-другому мыслят. И у них уже есть своё представление о том, что необходимо, они воспринимают психолога не как проверку своей нормальности, а как человека помогающей профессии. Это совсем разные вещи, да? Но мы изначально, вот это наследие наших советских времён, мы всё-таки несём боязнь ненормальности, боязнь обращения к специалисту, который отвечает за признание нас, так скажем, адекватным человеком или наличие каких-то психологических проблем мы тоже тщательно камуфлируем.

В.: Извините, не только. Ну привет из 90-х – это однозначно: «Я сильный, я смелый, я всё смогу». Но вот я заканчивал Сибирский медицинский университет в Томске. Как у нас проходила психология? Ничего не могу сказать, я не помню этого. Вообще про психологию я узнал уже гораздо позже уже, что-то самостоятельно начал копать, потому что те же тренинги по работе с пациентами, как быстро изменить сложную беседу, как быстро погасить конфликтную какую-то ситуацию. По сути то, что давалось, по крайней мере нам, в университете касательно психологии – это ни одного практического навыка. Просто какие-то эфемерные знания, которые надо было рассказать, сдать, но практически это никакой помощи не принесло. То есть даже такой момент. Я столкнулся с посттравматическим стрессовым расстройством у себя там после определённых событий, в том числе и вот это уголовное дело, которое было. Я не знал элементарного, что спустя полгода после стрессового события развивается вот это посттравматическое стрессовое расстройство. Оно не просто может не проходить годами, оно меняет поведение, меняет мировоззрение, меняет психику. И выправиться... Вроде с тобой всё нормально, а с другой стороны что-то происходит, ты не можешь понять, что происходит, всё вокруг рушится, может ты виноват, может не ты виноват. В последствии оказывается, что это как раз банальный ПТСР, который можно было погасить, как-то нивелировать на более ранних этапах, если бы мы просто знали, что такое может быть. Это об уровне образования в медицинских университетах.

МОДЕРАТОР: На Ваш взгляд, нужно изначально закладывать такие знания о навыках самопомощи, в вузе?

В.: Да, потому что даже с психологами, когда разговариваешь, они такие: «А что вам психологию не дают?». Когда ты рассказываешь, что давали по психологии, то говорит: «Странно, а у нас даже дисциплина есть, именно медицинская психология. И все алгоритмы. Беседа с пациентом – это стандартная процедура, которая заложена в определённый алгоритм, чтобы хотя бы правильно выявить жалобы, потому что пациент может прийти с одним, вроде как он озвучил одну жалобу, но беспокоит его совершенно другое. И как раз в этом «совершенно другом» причина. С пациентом доктор, ну тот же пример с язвой в полости рта. Вроде как шишка, доктор не поговорил с пациентом, возможно, и не знал, что у него есть выделения из вот этой полости рта. Потому, что пациент сказал: «Ну вот шишка меня беспокоит». А тем не менее, если правильно построен разговор – та же психология как для врача, так и для пациента – это безопасность врача и пациента.

МОДЕРАТОР: Спасибо, В., за такой детальный ответ. Н., скажите, насколько Вы готовы обратиться к психологу за помощью?

Н.: Мне кажется, я не готов.

МОДЕРАТОР: А почему?

Н.: Нет, проблемы есть у всех, я скажу только, у меня нет проблем, которые мешают мне жить на сегодняшний день, поэтому на данном этапе жизни, мне кажется, я не нуждаюсь.

МОДЕРАТОР: Коллеги, а нужен ли в целом психолог для онколога?

Н.: Я думаю, в целом, конечно да.

МОДЕРАТОР: Давайте спросим ещё у других участников. А.М., насколько Вы готовы обращаться, и нужен ли психолог для онкологической службы?

А.М.: Нужен или нет... (пауза) Я считаю, что нужен, а конкретно для себя я в принципе, могу прийти домой и излить душу, рассказать, что за день произошло, допустим, супругу.

МОДЕРАТОР: То есть по сути функции психолога – бонусный набор?

А.М.: Да, или могу сама у себя в голове проработать, это ещё проще. Я понимаю, что в любой другой профессии и специальности кроме как этой для себя ничего другого не вижу, я всё равно буду это продолжать, поэтому на данном этапе обращаться к специалисту я не готова. А вот ещё возвращаясь немножко, по поводу юридической службы - я думаю, что у нас есть, но я не обращалась.

МОДЕРАТОР: Спасибо, Д., скажите, есть ли у Вас?

Д.: Я тоже сама справляюсь, если я уже сейчас пойду к психологу, то что же тогда дальше будет?

А.: Поначалу только самопомощи хватает, а потом – все, либо сгоришь, либо идешь и ищешь.

З.: Таблетки

ЗФ.: Афобазол.

Д.: Мне, кстати, таблетки тоже помогают.

МОДЕРАТОР: Откуда у Вас эти навык самопомощи, Вас этому научили в институте или Вы просто в процессе жизни?

Д.: В принципе, когда я училась, я понимала, на кого я учусь, понимала, какие пациенты будут идти.

З.: У них ординатура была просто такая. Закалили.

МОДЕРАТОР: А вообще надо ли готовить специалиста особенностям взаимодействия с пациентом? Нужно ли уделять этому больше внимания, на Ваш взгляд? Достаточно ли этих навыков на данный момент формируют в институте?

Д.: Вот я абсолютно согласна с В., что действительно, это один из ключевых навыков для того, чтобы правильно и своевременно собрать анамнез и выстраивать такие доверительные отношения с пациентом. От этого действительно очень многое зависит, это вот моё личное мнение.

МОДЕРАТОР: Как Вы считаете, насколько большой этот блок должен быть? Он должен идти красной нитью через все курсы или это отдельный спецкурс должен быть?

Д.: Наверное, без разницы как получить знания, на всех курсах или последнем.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Т., вот скажите, пожалуйста, как Вы считаете?

Т.: Да, я считаю, что обязательно нужно заниматься с психологом. У меня была такая история, что я смеялась над теми, кто ходит к психологу, потом меня сдерживал финансовые факторы, что я им буду ещё платить деньги.

В.: Пусть все твои тревоги в лес унесут единороги. С вас пять тысяч.

Т.: Да. Я думала: «Неужели это людям настолько нужно, что они готовы платить?» Я решила просто попробовать, начала с личных, семейных проблем. Попробовала и поняла, что на самом деле всё не так плохо. И я вообще не представляю, мне кажется, люди, которые не ходят к психологу, с ними что-то не так, мне кажется, они не понимают.

З.: А это работа виновата?

Т.: В смысле?

З.: Что Вы обращались к психологу или это из детства?

Т.: Нет, это всё идёт из детства, воспитание, родители, учёба, пациенты.

З.: (обращаясь к В.) У Вас работа?

В.: Тоже. Изначально да, заставила обратиться. Даже, наверное, не работа, а её последствия.

З.: (В.) Вы женаты?

В.: Уже нет.

В.: (Обращаясь к Т.) Вы замужем?

Т.: Замужем.

В.: Эх... (неразборчиво).

А.: У нас юристы есть, я дружу с юристом, дружу со всей администрацией своего округа, я давно работаю, сначала инфекционистом, сейчас онкологом. Разные ситуации бывают, и ты понимаешь, что я могу как к другу прийти: «Понимаешь...» «Да ладно, всё будет нормально, пойдём сейчас в следственный комитет, я с тобой схожу». И мне спокойнее за счёт того, что всё-таки юристы сопровождают моих сотрудников в следственный комитет. И вот у меня был стресс там, просто ужасный, первый раз пошла туда. У меня смерть пациента была, но не онкологического. В плане психолога, я занималась с психологом, сейчас не нужен психолог, но тоже после смерти, но другого пациента, ВИЧ-инфицированного молодого мальчика. И это для меня было стрессовой ситуацией, что я же его всё-таки лечила, а так получилось, что он умер. И мне вот наконец это дошло, ты понимаешь, что ты всё сделала, ну ты же понимаешь, что ты это сделала, и понимаешь, что без психолога не вывезешь. И семейные проблемы тоже. Юристы должны быть, психологи тоже должны быть, не важно, семья это или работа. Всё-таки муж – это муж, выслушает – да, хорошо, но если это сотрудник, который тоже может понять с другой стороны, то это тоже неплохо, потому что он может тебе донести ту информацию, которую муж может промолчать и не сказать.

МОДЕРАТОР: Тактично?

А.: Да.

МОДЕРАТОР: Спасибо. ЗФ., Вы уже отвечали на этот вопрос, я хочу немножко спросить про другое. Насколько вообще важна обратная связь от пациента в отношении качества Вашего лечения? Условно говоря, Вы лечите пациента, и он уходит на какой-то момент. Насколько важна устойчивая обратная связь с пациентом? Он Вам пишет там через месяц о своём состоянии? Или просто без объявления потребности просто обращается к Вам? Если выстроить эту связь, может быть будет лучше идти лечение? Как Вы считаете? Необходимо ли поддерживать эту связь бесконечную связь врача и пациента? Нужна ли она? Я понимаю, что это очень ресурсно.

ЗФ.: Знаете, пациент просит номер.

А.: Каждый раз.

ЗФ.: Каждый раз просит. Вот почему я номер не даю, я до трех работаю, вот после трех я ничего не помню. Всё, я на работе оставляю все проблемы, не надо. После трех я своё дело делаю. У нас практика есть, пациента мы уже полностью пролечили, всё-всё-всё, уже комплексно. Через три месяца мы скажем на контрольное обследование, получишь в полгода, потом в год. Я думаю, это практика нормальная. Если номер дадите – будут после обеда, ночью звонить.

А.: В 4 утра будут.

ЗФ.: По телефону, во-первых, вы нормально не сможете ответить, историю не помните, что пациент получает, ладно химию, что там получает? В отделении этопозида нету, значит я откуда знаю? Вот такие вопросы много задают они.

МОДЕРАТОР: Я поняла, у Вас позиция, что работа на работе, дома домашнее.

ЗФ.: Да, конечно.

МОДЕРАТОР: А можете ли Вы вообще в целом разделить работу и дом? Это, кстати, уникальная ситуация, у Вас хватает силы воли, чтобы чётко разделить свою жизнь, это очень хорошо. Я могу Вам только позавидовать, честно скажу.

ЗФ.: Вообще 5 лет назад я приехал откуда-то, настроен был, я в больнице буду работать. Потом время, надо было быть психологом самому себе. А сейчас все хорошо.

З.: Деньги есть?

ЗФ.: Деньги есть.

(общий смех)

ЗФ.: Когда я учился, да, я думал - на деньги не буду рассчитывать, отучился фармацию закончил, чтобы потом аптеку открыть или что-то сделать. Я от других особо не ждал. Вот это время я получил. Конечно, аптеку не открыл, свой бизнес открыл. Дело делаю, вот это контролирую. Поэтому я после трех ничего не помню.

МОДЕРАТОР: Всё, поняла. Коллеги, а вы можете разделить работу и жизнь?

З.: Я – да.

МОДЕРАТОР: Слушайте, у нас мужчины прям такие морально устойчивые оказались.

З.: Да, вообще, закрываю дверь и иду.

А.: Детьми просто не занимаются.

З.: Закрываешь дверь и идёшь. Хотя номера не у всех, конечно, но у кучи пациентов есть, пишут, звонят. Я прошу писать, чтобы они не звонили, сейчас есть соцсети. Написали, я когда могу отвечу, могу ответить не сразу, спустя 2-3 часа, но отвечу.

МОДЕРАТОР: Важна вот эта обратная связь с пациентами?

З.: Да, да. Есть множество моментов, которые можно, конечно, решить. Опять же, есть и минусы, конечно. Не звонки, конечно, которые поступают в 4 утра, которые по другим, и наглеть, конечно, начинают, разные люди есть. Не знаю, от множества факторов зависит.

МОДЕРАТОР: Как Вы считаете, вот рабочий канал обратной связи, устойчивой.

З.: Кол-центр?

МОДЕРАТОР: Не обязательно, может быть, какой-то общий телефон.

А.: Рабочий телефон у нас тоже есть.

МОДЕРАТОР: Да, рабочий для такого рода связи, чтобы не на личный телефон врача, а общий рабочий телефон? «Сообщение для Иван Ивановича». Нужно оптимизировать.

З.: Который где должен быть, постоянно с собой?

А.: На работе.

МОДЕРАТОР: На работе.

З.: Ну и что, в 4 вышел.

А.М.: А когда на эти смс или звонки отвечать, если ты сидишь и работаешь нон-стоп?

А.: А это с пациентом обговаривается изначально, что в такое-то время я всё-таки могу отвечать?

З.: У меня так бы не получилось бы. Мне всё-таки комфортнее, когда у меня вот он есть с собой. Я отвечу-отвечу. Не надо пробивать, я зайду, посмотрю на сообщения. Иногда ж прям вообще бредятину пишут.

В.: Вопрос без вопроса.

З.: Да-да-да. Посмотрел и закрыл его обратно. Так же как дверь на работе.

МОДЕРАТОР: Конечно, мы все хотим чувствовать себя комфортно и на работе, и дома. Я хочу спросить – а какие меры по совершенствованию онкологической службы необходимо реализовать, чтобы в ней могли чувствовать себя комфортно как пациент, так и врач?

З.: Надо подумать..

МОДЕРАТОР: Подумайте, какие меры по совершенствованию онкологической службы необходимо реализовать в настоящий момент? Какие меры в стратегическом планировании необходимо учитывать? Буквально я хочу пройти по каждому, если можно. К.?

К.: Я думаю, что необходимо укрепление взаимодействия администрации и врачей, потому что врачи видят всю кухню медицинского учреждения, наверное, да, установленная связь должна быть между администрацией и врачами обычного отделения. По одному будем говорить или как?

З.: К., я бы добавил к этому не только администрацию, но и, наверное, минздравовских работников.

К.: Ну это я согласна, здесь да. Да, наверное, важно выстроить систему взаимодействия на всех уровнях специалистов для того, чтобы и дальше онкологическая служба развивалась. Изменения вообще-то идут в правильную сторону, сейчас наша система онкологии, впитав, если можно так сказать, лучшие советские практики, наработанные... я могу и так сказать, да? Ну и встает на мировые рельсы цифровизации. И это

неизбежное направление развития, с этим как палки в колеса паровозу – а мы должны соответствовать развивающимся технологиям, использовать их.

З.: Потому что множество приказов, которые нам спускают сверху, мы их должны исполнить, но они (сотрудники Минздрава – прим.) не видят, как Вы сказали, эту кухню изнутри, у них другое понимание. Множество моментов они знают, но, когда они приходят с проверкой, все говорят: «У нас всё хорошо».

МОДЕРАТОР: То есть нужно, как и сказала К., выстроить такую систему взаимодействия, интегрированную систему взаимодействия между всеми уровнями оказания онкологической помощи?

З.: Да-да-да.

К.: Просто короткое замечание, у нас есть, допустим, рекомендации Минздрава, по которым мы лечим. Мы знаем, что они обновляются раз в три года, по-моему. У нас есть организация RUSSCO, которая это делает каждый год. Но потом приходят жалобы, что врач лечил по рекомендациям RUSSCO, но они не утверждены еще, их нет в Минздраве, и начинаются всякие юридические дела. Для оптимальной работы системы нужно сократить интервал времени, в котором сейчас внедряются рекомендации по лечению – весь мир лечит по RUSSCO.

З.: Также мы должны к этому отнести территориальные фонды, потому что у них порой своё видение откровенно.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

В.: Территориальный фонд, да, Михаил Иванович Давидов, академик, в своё время очень жёстко критиковал территориальные фонды. Ушёл очень плохо. Я, конечно, упомянул, возможно, тоже уйду очень плохо. Поэтому да, территориальный фонд – это на самом деле проблема не только перераспределения финансов, которые регулярно отбирают. Вот такого как в МОНИКИ, я так подозреваю, что это по всей Московской области, я не видел нигде, когда за историю болезни 200 тысяч. 200 тысяч снимается просто за пометки в истории. Это вообще невероятно, почему так выстроена работа, нигде такого не видел. В Томске были ситуации, когда руководство поспорило с территориальным фондом, в итоге Томский НИИ онкологии несколько лет подряд вообще не работал по ОМС. Пациенты начали жаловаться, ОМС потом очень жёстко прижали: «Ребята, вы что творите?» То есть там были ДМС, были платные услуги. Дальше по финансам. У нас в армии был потрясающий начмед, майор, который называл руководство, командиров космонавтами. Потому что они там в космосе, они не понимают, что происходит внизу. Они живут своими приказами, они живут своими зарплатами. Они не понимают, вот в Томске разброс: у директора института зарплата 11 миллионов в год, у меня около 400 тысяч в год. Ну цифры несопоставимы. Почему-то люди, которые вышли в руководство, они не понимают, что доктору точно так же нужно кормить семью. Доктору точно так же хочется свою квартиру в ипотеку, не говоря уж про машины и так далее. Поэтому хотелось бы, если самое невероятное – поменять мозги прежде всего руководителям, потому что есть же примеры: вот вы год отработали – через год вам зарплату подняли, потому что вы более ценный специалист, нежели пришли. Почему-то, опять же, привет из 90-х, всегда доминирует правило «Не нравится – увольняйтесь».

МОДЕРАТОР: То есть наладить какие-то каналы коммуникации между руководством, администрацией и работниками, так скажем, на земле?

В.: Да, да. Я, наверное, пессимист, я не вижу, как это можно сделать. Очень многое зависит от руководителя, от главного врача, от заведующего. При всём при том я очень мало знаю вот именно таких руководителей. Я их всегда вспоминаю с благодарностью. Очень сложно такого работодателя найти, который действительно понимает, чем занимаются его врачи. Поэтому в основе, наверное, всего – финансирование, должна быть достойная зарплата доктора, если мы говорим о будущем и развитии. Качество медицинской помощи связано с оплатой труда, нагрузкой и временем. Работа юриста, по своему опыту, юрист в медицинских учреждениях государственных 50% совершенно бестолковые, нелепые. Я знаю ситуацию, когда больница влетела на уголовное дело просто потому, что юрист неправильно, не то что неправильно составил запрос, он мог не пропустить ряд вопросов на судебно-медицинскую экспертизу. Он

имел на это право, но он этом не знал. В итоге больница влетела на несколько миллионов, и несколько лет, опять же, уголовное преследование врача. Поэтому очень, очень многое надо менять, на самом деле. Как это поменять? Ну вот не представляю. Очень тугая система, и касательно Московской области, здесь всё гораздо хуже, даже чем в регионах.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Н..

Н.: Я после дежурства, немного потерялся в вопросе, можно ещё раз повторить?

МОДЕРАТОР: Конечно. Какие меры, на Ваш взгляд, необходимо учитывать при стратегическом планировании развития системы онкологической помощи? Какие меры будут способствовать совершенствованию онкологической помощи населению?

Н.: На самом деле на местах, я просто работаю в частной клинике ещё, там первичного пациента по ДМС начало его лечения, от момента госпитализации может пройти 3-5 дней. То есть это от полного комплекса всей диагностики до взятия гистологического исследования, проведения онкологического консилиума и выхода уже на какое-то специфическое лечение. Это 3-5 дней, если не нужна ему гистохимия. Поэтому, по-моему, все эти механизмы на местах отработаны, но ввиду того, что в госучреждениях есть просто колоссальные системные ошибки, которые за рамками нашего понимания, потому что это должны решать не штатные доктора, а министерство в том числе образования, здравоохранения и руководство клиники. На мой взгляд, это просто никому не нужно, просто всех устраивает. Как это всё поменять, к сожалению, мне кажется сложно.

МОДЕРАТОР: А какие меры, на Ваш взгляд, могут быть...

Н.: *(перебивает)* Тут нужно просто выстраивать логистику.

МОДЕРАТОР: Логистику?

Н.: И кадровую, и пациентскую, потому что по рекомендациям у нас онкологическое, начало, скажем так, противоопухолевое лечение должно быть, по Московским рекомендациям в течение недели. Надо выстроить систему взаимодействия, что и даст нам маршрутизацию в эти сроки.

ЗФ., А., А.М. кивают.

МОДЕРАТОР: Недели?

Н.: 5 дней. Но тут даже просто даже для того, чтобы банально провести онкологический консилиум, просто банально провести онкологический консилиум в стенах нашего учреждения, пациенты, которые после операции, это может проходить даже и месяц, и более. Даже вот тогда, когда онкологическое лечение прошло, мы ждём гистохимию, потом, к сожалению, нам приходится самостоятельно искать время для того, чтобы прийти проконсультировать сначала на внутреннем онкологическом консилиуме, прежде чем выслать. А много онкологических консилиумов. Поэтому проходит достаточно длительное время, даже иногда бывает то, что уже и по сути адьювант проводить бесполезно, потому что все сроки пройдены. Мне кажется. Что это просто системная ошибка. Колоссальное отсутствие времени, просто банальное, у докторов, потому что по 12-14, а две недели назад было 16 пациентов. Они все хирургические. На самом деле просто уложить в голове всех – это не реально. Работаешь на автомате как-то параллельно ещё какими-то делами заниматься – просто невозможно.

В.: Да, бумаги тонны. Вопрос риторический «Зачем пациенту, который ложится в областное учреждение 2 направления?» Тоже вопрос, на каждую консультацию пациент должен взять направление. Он взял направление с божьей помощью, всем богам молился, ему дали это направление, он пришёл ко мне на приём. Я ему написал обследование, чтобы он опять пришёл ко мне на приём. Он опять должен прийти к врачу по месту жительства.

З.: Не должен же, он поэтому же направлению консультации?

В.: Нет, должен. Взять ещё раз направление, мы не имеем права принимать без него, онкология, хирургия.

З.: Что-то, наверное, у Вас, специализированное?

В.: Может быть. Не понятно.

З.: Вы сказали ещё про эти согласия. У меня одно согласие.

В.: Класс.

З.: Вот одно согласие и ещё какое-то, он в истории болезни заполняет. Больше ничего заполнять не надо.

В.: Вот опять-таки в рамках Московской области, насколько разнятся эти приказы. От 1 до 22.

Т.: У всех учреждений свои.

З.: (Т.) Согласий сколько у вас?

Т.: Не знаю, честно говоря.

З.: Ну, в истории болезни?

А.: У нас 4.

ЗФ.: Мы один раз в год...

З.: (Т.) Да, у вас по-другому.

Т.: Да, у нас по-другому, подписывают, а потом в историю.

ЗФ.: На химиотерапию отправили, они историю болезни, это же деньги всё, надо дать направление.

В.: Вот, неужели без направления нельзя этот поток контролировать, что пациент приехал на приём, зачем ему опять по месту жительства стоять в очередях, создавать вот эти очереди, чтобы попасть ко мне на приём, при том, что он уже у меня был, и я жду результат его обследования?

МОДЕРАТОР: Спасибо, В., очень важное замечание. А.М., скажите, как Вы себе представляете, какие меры нужны для совершенствования онкологической помощи? Для стратегического планирования?

А.М.: Я соглашусь со всеми мнениями коллег, если в общем говорить, то это улучшение качества оказания онкологической помощи, во всех планах, это кадровое обеспечение, техническое, увеличение времени на пациента, больше дать времени врачу на его работу, а не делать ее в цейтноте.

МОДЕРАТОР: Спасибо, Д., что нужно включить, чего не хватает?

Д.: Я даже не знаю, что сказать. Добрее – это, наверное, банально, поэтому опять же вернуться к тому, чтобы убрать все эти бумаги. Не историю оформлять так умело. Предыдущая заведующая любила говорить и любит, что историю мы оформляем для прокуратуры, не для пациента, не для врача, а для прокуратуры. Поэтому мы все увлечены оформлением истории, переделкой её, но не пациентами. Ожидаю, что документооборот станет электронным и безукоризненным

В.: Как бы ты не писал историю, в прокуратуре работают грамотные люди, они всегда найдут.

Д.: Да, между строчек за что прицепиться.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Т., Ваше представление?

Т.: Честно, мне кажется, коллеги всё озвучили. Тут я вижу решение проблемы – у нас есть регистратор, он пишет историю болезни. Это вообще идеальный сотрудник.

З.: Да, я слышал про такое.

Т.: Мне кажется, это везде появляется уже. Во многих центрах есть уже регистратор, который пишет историю болезни. Надеюсь, что скоро у нас будет регистратор, который будет заполнять историю болезни до приема и после него. То есть я пишу первичку, какие-то замечания регистратору. Что нужно учесть, а он всё, вот этот «скелет» заполняет, формирует выписки, проведенные мероприятия, ставит на контроль посещения пациента, выполнение моих назначений и обследований. А у меня есть время на приём и эффективную, доверительную коммуникацию с пациентом. Согласна про то, что с руководством. Например, у нас руководство село на приём и сразу увидело все проблемы, которые есть. То, что какие бываю пациенты, направления, то, что если мы даём в Блохина направление, то это нужно будет согласовать со всеми просто, чуть ли не с богом самим. В целом я считаю, что все проблемы они решаемы, на самом деле. Вот то, что коллеги озвучили, я поняла, что у нас всё неплохо. И регистратор есть.

В.: Для этого космонавты должны вернуться на землю.

Т.: Да, для этого нужно, чтобы кто-то спустился, да и начал приём тоже у этих пациентов. Мне нечего добавить.

МОДЕРАТОР: Спасибо, спасибо. А.?

А.: У меня регистратор есть. У нас проблема немножко другая, у нас нет препаратов, закончился, к сожалению, большой поток народу пошёл. Мы отправляем в Химки, мы отправляем в Подольск, мы отправляем в Домодедово.

З.: В Химки отправляете?

А.: В Химки. Рядом мы не отправляем. В общем, нас берут везде, мы рады, мы готовы и Вам ответить, что мы возьмём.

З.: У вас же препаратов нет.

А.: У нас не всех препаратов нет. Ради бога. Циклофосфамид есть, ради бога.

ЗФ.: Этопозида нет нигде?

А.: Этопозида нет, к сожалению.

ЗФ.: Нигде нет?

А.: Нигде, у меня пациенты сами ищут. Оснащение препаратами у нас нормальное, вот сейчас я столкнулась с этой ситуацией, к концу года обычно такое есть, просто поток народа увеличился, к сожалению. Пациенты, запущенные случаи, к сожалению. Хотелось бы, чтобы на начальном этапе молоденьких докторов, которые только-только вылупились, зелёные ещё, чтобы как-то...

МОДЕРАТОР: Адаптировали к профессии?

А.: Адаптировали, чтобы они учились больше. Мы-то тоже много чего не знаем, привыкли к своей рутине. Тоже хочется и отдохнуть, и почитать какую-то школу, посидеть в Ютубе, но и каких-то внутри. Вот как сейчас мы собрались, услышали, что у кого, какие-то проблемы. Может быть внутри это обсудить.

З.: Обсудите.

А.: Ну если Вы так сделаете... Коллегиальности хотелось бы больше всего

Д.: Слаженное взаимодействие и четкие алгоритмы маршрутизации пациентов – это и есть условие этого, ну...совершенствования деятельности системы здравоохранения в целом, и онкологии в частности. Не знаю, я ... там... Надо обеспечить это устойчивое взаимодействие, и контролировать сроки прохождения пациентами определенных точек, основных каких-то важных. Будет и выявление, и выживаемость.

З.: Да, да.

ЗФ.: Да, конечно, я забыл про это всё.

МОДЕРАТОР: Спасибо. На самом деле методический день – такое прекрасное изобретение, тоже время нужно. Или как-то разобрать какие-то методические моменты в рамках случаев отдельных. ЗФ.?

ЗФ.: Знаете, проблемы везде есть, но потихонечку решаются каждый день. Я с чем сравнил, в прошлом году было что-то, в этом году уже лучше, каждый день что-то меняется. В системе в этом году из-за ситуации в стране интернет плохо работает, но это вообще не пропадает, да.

Т.: Сайт у нас Минздрава не открывается.

ЗФ.: Да, Минздрав не открывается, а консилиум вообще нет, без консилиума никуда.

А.: Что за интернет, не пойму?

ЗФ.: Да вот пишут, читаешь, что интернет нету.

А.: Когда, вот именно сейчас, наверное.

ЗФ.: Бывает, каждый день что-то.

МОДЕРАТОР: Хотела отметить, что у нас основной наш круг как раз сконцентрировал свои предложения и проблемы на человеческом факторе, а ведь Вы впервые из всего нашего круга отметили техническую проблему – интернета нет. Может быть нужна ещё какая-то техника дополнительно, улучшить какие-то каналы?

ЗФ.: Да, есть вот, например, вчера медсестра у меня 10 минут писала направления на анализы, а сегодня уже 5 минут. Завтра уже за 3 минуты напишет, быстрее работает. Что надо

делать? Мне положено 18 пациентов принимать, вот до 2-х работа, после 2-х до 3-х часов платный приём надо вести или что-то надо делать в стационаре, поликлинике. Не все же сельское население, у кого-то деньги, у кого-то что-то есть. Пришли, врач работает – значит хороший врач, надо попасть к нему. Вот, 500 рублей – это не мешает никому. Пациент должен знать: «Ладно, я приду к нему, всё это сделаю, уйду». Например, я куда-то иду, поменяю. До вечера у меня 3-4 часа времени есть. Вот это время я в другое место пойду – больше денег заработаю.

З.: Бизнес?

ЗФ.: Бизнес, да. Можно ж? Правильно? Вот пациенты, ну ладно, пенсионеры дома сидит, но работающие, они каждый день приходят... Умиляют.

А.: Я тебе расскажу секрет: пенсионеры тоже работают вообще-то.

ЗФ.: Вот, работают, они отпрашиваются, что-то. Если мы систему доступной сделаем только?

МОДЕРАТОР: Выбрать какие-то часы, которые позволят получать услуги в нерабочее время? Консультации онколога в вечерние или как-то платно?

ЗФ.: Как-то платно нужно сделать. Вот это надумаем. Если...

МОДЕРАТОР: Это имеет место быть. Это тоже, кстати, как вариант доступности для первичной консультации. Почему нет?

ЗФ.: Почему нет? Да.

А.: А у вас только в одно время онколог принимает? У нас с 8 до двух, с двух до восьми. И ты хотел принять в 10 вечера?

ЗФ.: Нет, например, я до двух работаю, с двух до трех часов платный приём. Что я я хочу? Вот я, например, в день 30 пациентов принимаю. Кто-то со мной рядом сидит и 18 пациентов принимает. Ей все равно, а у меня пациенты сидят в очереди. Как-то вот это надо посчитать. В Европе врач принимает 10 пациентов – деньги получил. Не принимал – значит это плохой врач, не получает. Вот так нужно сделать, когда уже развито будет.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Внедрить какой-то ещё европейский опыт, может быть адаптировать под нас? Спасибо. Скажите, коллеги, нужна ли в вашем представлении какая-то модернизация технологического фактора, какие-то инновации?

Т.: Вот Вы сказали, я просто вспомнила, что у нас каждый год внедряется новая медицинская операционная система. И каждый раз это борьба просто. У нас получается по Московской области и Москве «Мирамедикс»?

А.: «Емиас».

Т.: Вот, у Вас «Емиас» у всех?

В.: Нет, у нас «Эверест».

К.: «Эверест».

Т.: У вас «Эверест» вообще. То есть мы все сидим у себя в кабинетах и не можем даже посмотреть информацию по пациентам. Это вообще огромная проблема такая, потому что там такие анамнезы (разводит руками), пациент принёс то, что принёс. И надо всё собирать. Да вообще приходят без документов В.: «Я пришёл» и всё.

З.: Можно на Айфон фоткать «Эверест».

Т.: Хотя так. Единая медицинская операционная система, до сих пор в России такой нет нормальной, в чём я работаю, это «Элемент» сейчас, «Инфоклиника» была, ещё что-то, «МедIALOG» был помню в МЕДСИ, последнее UMS был, самый классный вот этот вот UMS был. До сих пор придумать ничего не могут, это очень обидно. За коммуникацией электронными обменами данных будущее и, главное, скорость принятия решения в онкологии. В этом направлении ожидаю развитие системы онкологической помощи. Думаю, что уже скоро будет, должна быть единая медицинская операционная система, будет ещё интеграция ещё с лабораторно-информационной системой, мы очень в этом отношении отстаем и в ряде вопросов это камень преткновения.

Д.: Должна быть.

З.: кивает

А.М.: Хорошо бы.

А.: кивает

МОДЕРАТОР: То есть единая система, которая позволит подключаться врачам ко всему анамнезу пациентов, даже который собран в других клиниках?

В.: Вы знаете, хотя бы компьютеры бы нам купили. Я знаю докторов, вот здесь в центре Москвы, у нас не то, что нет компьютеров нормальных, у нас старых компьютеров не хватает просто чтобы написать историю болезни. Я уже не говорю про систему «Эверест», пусть бог накажет того, кто её создал. Действительно, ничего не посмотреть, набираешь от руки, система виснет, сервера, по всей видимости, или старые, или дико перегружены. Работать очень сложно, просто потому, что не хватает электроники. Вот электронный документооборот, про который все говорят, но при этом мы всё равно пишем бумажные истории болезни. И вот, допустим, наша система «Эверест» - она не облегчает работу. Там очень сложно выудить оттуда какие-то анализы, чтобы впечатать. Тем более пациенты, которые поступают... Допустим, из районной больницы приезжают: на клочке от бумажки оторванном написаны анализы. Ну его просто не прочитаешь. Ну XXI век, не могут распечатать анализы.

МОДЕРАТОР: Даже элементарно прислать по почте.

В.: Здрасти приехали, мы говорим высоких технологиях, поэтому на заводе «Мерседес» мы собираем «Жигули» «копейку».

МОДЕРАТОР: Спасибо. Да?

ЗФ.: У нас в прошлом году новая заведующая из Блохина, он что пришёл, что сделал? Для терапевтов 8 талонов каждый день даёт. Именно для терапевтов открыты эти окошки, не для нас, мы сами не сможем, только терапевта они заполняют, отправляют туда.

МОДЕРАТОР: Это талоны именно для терапевта?

ЗФ.: Да, если терапевт хочет нам отправлять, то для терапевта откроется талон.

МОДЕРАТОР: Вы этот талон не можете выдать?

ЗФ.: Нет, мы ничего не сможем.

МОДЕРАТОР: Даже если эти талоны там не используются?

ЗФ.: Нет, только терапевт, хирурги могут туда записать, а вот мы никого нового записать не можем. Дали бы нам хотя бы два талона в день, мы бы отправляли.

К.: Мы тоже через... можем его записать к нашему онкологу в поликлинике.

ЗФ.: А, есть такая проблема?

К.: Это большая проблема, мы не можем к своим записывать.

ЗФ.: Мы...

К.: Мы не можем его к своим записывать.

ЗФ.: Мы ждём, есть ждём.

В.: У нас два специалиста принимают, на 2 недели вперёд запись. Его смотришь, каждый день открываешь, остаётся два-три места на последний день уже.

МОДЕРАТОР: Я понимаю, что, исходя из реалии эти мест отдаются людям, у которых уже выявлено заболевание, которые требуют лечения.

В.: Не всегда.

МОДЕРАТОР: В ситуации, если приходит пациент, например, на диспансеризацию и у него выявляется какое-то заболевание, которое требует более внимательного рассмотрения, изучения, консультации, имеет ли он преимущество при ожидании приема врача-онколога, например, его пропускают вне очереди?

К.: (В.) В МОНИКИ диспансеризацию не проводят?

В.: Нет.

К.: Мы говорим, что ориентированы на более раннее выявление. Логично, чтобы этих людей, которые пришли на диспансеризацию, у них ранний этап, быстрее его проверить, вот его ранее выявление и пошло.

Т.: Его принимаем не мы, получается.

К.: Терапевт, скорее всего. Да, потому что терапевт отправляет к онкологу, если есть подозрения.

МОДЕРАТОР: Исходя из вашего опыта, как часто к Вам обращались пациенты, у которых были выявлены злокачественные новообразования в рамках диспансерного обследования, осмотра?

ЗФ.: Молочные железы.

А.: Бывает.

В.: Никого не было.

З.: Были, бывает такое. На диспансеризации выявили – направили к нам, прооперировали, провели химиотерапию.

Т.: Единичные.

К.: Нет.

Д.: Не могу сказать, я не спрашивала обычно, как это произошло – только самостоятельно обнаружили или на обследовании у врача. А было ли это профилактическим обследованием или нет – не спрашивала.

А.М.: Не знаю.

Н.: Да, были, но их мало, очень мало. Это говорит об отношении населения к профилактике в целом.

МОДЕРАТОР: В 2021 году профилактические медицинские осмотры прошло около 1,2 млн жителей Московской области (21% от взрослого населения), в том числе 842 713 человек прошли диспансеризацию. В результате диспансеризации впервые выявлено 1211 случаев злокачественных онкологических заболеваний (1,6 случая на 1000 обследованных). Исходя из Вашего опыта работы, оцените, пожалуйста, роль диспансеризации в раннем выявлении ЗНО?

Т.: Она основная.

К.: Да.

ЗФ.: Думаю, что если бы народ не формально относился, а понимал, что это возможность быстро пройти скрининг самых ... выявить реальные факторы риска здоровью и развития онкологических заболеваний в разном возрасте. У нас население оно же пока не болит – значит нет проблем.

В.: Это, так скажем, ключевой момент. Если диспансеризация, во-первых, организована как надо и вся маршрутизация выстроена в системе для пациента – от «выявить» до «вылечить», а, во-вторых, население понимает, для чего она нужна – это и есть выполнение задачи диспансеризации. А пока маршрутизация не выстроена, пациенты будут ходить, возвращаться, опять приходить за разъяснениями ко врачу – и врачи будут перегружены.

З.: Диспансеризация – самый эффективный инструмент раннего выявления ЗНО. Диспансеризация должна *(давление голосом)* работать как такой инструмент. Ну и других заболеваний, конечно. Но да, так и должна.

Д.: Я согласна с В. *(удалено в целях анонимизации)* и З. *(удалено в целях анонимизации)*.

А.М.: *(кивает)*

А.: Считаю, что диспансеризация – важное мероприятие для выявления онкопатологий. Только далеко не все врачи это так считают – не говоря уже о пациентах.

Н.: Все так.

МОДЕРАТОР: А с чем связана такая ситуация? Почему население так относится к диспансеризации?

Т.: Не знает, что может пройти ее. Лень. Нежелание «зря тратить время». Невозможность уйти с работы для многих.

З.: *(кивает В.)* Далеко ехать многим, иногда это 3-4 часа добираться из района, и если ничего не беспокоит – не поедут. И потом далеко не все контролируют уже имеющиеся заболевания – не говоря уже о том, чтобы обследоваться на предмет потенциальных угроз здоровью.

А.: Многие пациенты просто не знают, что есть диспансеризация, скрининговые обследования, и в целом, какие именно обследования они могут пройти по диспансеризации.

В.: Или столько работы, что не до глупостей типа здоровья. Или здорового образа жизни.

МОДЕРАТОР: Да, ведение здорового образа жизни является первичной профилактикой онкопатологий.

В.: (кивает)

З.: Знаем.

МОДЕРАТОР: На Ваш взгляд, насколько россияне сейчас готовы вести здоровый образ жизни?

В.: Ну, отдельные граждане...

З.: Готовы некоторые.

А.: (пожимает плечами)

Т.: В целом многие ведут, особенно девушки – ну там правильное питание, скульптура тела и прочее. Но это не про ЗОЖ, а скорее про внешний вид. Но хотя бы так приобщаются.

ЗФ.: Да, это есть.

А.М.: Или когда заболевают, тоже начинают придерживаться ЗОЖ.

Д.: Да.

Н.: В целом, мы видим пациентов, у которых есть стимул для ЗОЖ. А в целом – не вижу особой готовности. Кроме отдельных категорий любителей ЗОЖ – но они всегда, эта доля населения всегда была. И раньше мне кажется даже поболее. Не было фаст-фуда, индустрия развлечений была не такая, алкопятницы эти....

А.: Да, пациенты переключаются на ЗОЖ, часто такое вижу.

МОДЕРАТОР: Третичная профилактика.

А.: Что?

МОДЕРАТОР: Третичная профилактика – как раз профилактика рецидива, метастазирования, других онкологических заболеваний. И здоровый образ жизни, регулярная диспансеризация позволяет как раз ее реализовать.

А.: Да, поняла.

МОДЕРАТОР: Насколько в целом, на Ваш взгляд, важна система диспансеризации для третичной профилактики онкологических заболеваний?

А.: Думаю, очень важна. Не случайно мы ставим на диспансерное наблюдение в течение пяти лет.

А.М.: Третичная (*диспансеризация – прим.*) является основой контроля рецидивов, и наши пациенты это прекрасно понимают. Пройдя тяжелое, длительное лечение, многие понимают, что регулярные обследования это условие их дальнейшей жизни. Не будут проходить – не смогут отследить изменения.

В.: (кивает)

З.: Для врача это такой... элемент контроля качества, наверное. Насколько качественно пролечили, не упустили ли что-то на этапе лечения. Это важно для пациента, но и для нас это тоже система контроля. Не всегда, конечно, мы можем считать, что нам что-то подконтрольно в человеческом организме...

Т.: Если мы говорим о диспансеризации для перенесших онкологическое заболевание – она обязательно нужна, и нужно расширять спектр обследований для этой группы пациентов.

ЗФ.: Я тоже так думаю.

Д.: Согласна.

Н.: Вот, кстати, эта категория пациентов мотивирована на диспансеризацию.

К.: Да-да.

Д.: Да.

ЗФ.: Про контроль нашей работы – наверное, я тоже соглашусь. Осталось донести до остальных, что лучше сходить до заболевания, чем бегать потом.

МОДЕРАТОР: Вы имеете в виду, мотивировать тех, у кого нет онкологического диагноза, условно здоровых граждан на диспансеризацию?

ЗФ.: Да, те, кто переболел мотивированы и обследуются.

МОДЕРАТОР: А какие меры, на Ваш взгляд, будут эффективными для повышения привлекательности диспансеризации для россиян?

ЗФ.: Рассказывать, информировать, как изменится их жизнь, качество, я имею в виду, если вовремя не прийти профилактически. А качество, Вы понимаете, страдает.

Д.: Не то слово.

Т.: Как на сигаретах картинки?

ЗФ.: Нет, но можно показать статистику – снижение работоспособности, сколько инвалидности, средний срок лечения...

З.: Это может, кстати, сработать на молодых – рассказывать, статистикой подкрепить. Твой выбор – прийти раз в год на диспансеризацию, сделать чек-ап или потерять годы на лечение, потерять качество жизни, возможно придется отказаться от работы, увлечений, рождения детей и так далее...

Н.: Возможно, зайти с другого края? Информировать о преимуществах здорового образа жизни, увеличение продолжительности здоровой жизни, повышении ее качества... как минимизировать имеющиеся факторы риска, например.

А.: И мы говорили сегодня, что нужно четко разъяснять, какие предусмотрены скрининговые обследования по возрасту, что входит в диспансеризацию по возрасту – это важно. Пациент понимает, ага, я могу прийти и сразу пройти кучу нужных обследований, и не надо ждать, брать талон, направление на УЗИ, маммографию и прочее...

А.М.: Да, это тоже.

МОДЕРАТОР: Поняла. А насколько перспективно это направление развивать в рамках стратегического планирования, достижения целевых показателей стратегического планирования развития системы онкологической помощи?

А.: Диспансеризацию?

МОДЕРАТОР: Да.

А.: На 99%, это прям 99%. И проводить не формально.

ЗФ.: Флюорография - это не формальность, если правильно ее оценить.

К.: И скрининг рака шейки матки.

Т.: (Ксении) Скрининг, но не диспансеризация по скринингу. Что мы там берём, анализы, флюорографию делаем...

А.: Флюорографии недостаточно. Нужно КТ делать.

Т.: КТ? *(смеется)* На КТ никто не направляет как правило, маммографию редко кто назначит вообще. Кал на скрытую кровь, колоноскопию - никто об этом не говорит вообще. А это входит в диспансеризацию по определенным возрастам.

А.: Гастроскопия.

Т.: То есть, в основном, сейчас, как в советской системе диспансеризации, которая ни к чему не приводит вообще. То же образование врачей повышать надо, я считаю.

В.: Да, повышать квалификацию первичного звена, мотивировать их более внимательно относиться к результатам диспансеризации и своевременно направлять на скрининги пациентов – тем более, что терапевты знают «любимые» болячки своих пациентов...

МОДЕРАТОР: Вы считаете, что надо повышать уровень информированности врачей о том, что входит в диспансерный лист?

Т.: Да, надо повышать уровень информированности врачей о том, что входит в диспансерный лист и заинтересованность в результатах. Я думаю, что это, опять же, больше связано с Минздравом, чтобы ОМС опять же покрывало это всё.

З.: Да *(кивает)*, многие врачи не доверяют результатам диспансерного обследования – все понимают, что их делают, скорее, формально.

А.: Многие врачи и сами не знают, что входит в диспансеризацию. Да, увеличить их информированность.

Н., З.: *(кивают)*

Т.: Входило в список обязательных программ. То есть терапевт видит, что он может сделать, он даёт направление. Он же не может дать на ВПЧ бесплатно, если это не входит в программу, даже если он позарез нужен. Я хочу сказать, что диспансеризация должна включать большую линейку обследований, но с учетом индивидуальных потребностей. Сейчас в «бегунок»

по диспансеризации входит очень ограниченное количество обследований. Сейчас, например, ВПЧ не входит – и, если женщине нужен именно этот анализ, а он не входит в диспансеризацию, она и не пойдет. И это частая история – нет обследований, которые нужны.

МОДЕРАТОР: А насколько, на Ваш взгляд, сами пациенты информированы о том, какой перечень медицинских услуг могут получить в рамках диспансеризации?

Т.: Так они не могу получить его.

А.: Не все.

Т.: Нет этого или я не права?

А.: Права.

З.: Я просто не могу сказать конкретно, что там делают, но я могу сказать, что...

Т.: На ВПЧ точно не сдают?

З.: Да, но КТ делают.

А.: КТ не всем.

З.: Всем вообще поголовно.

А.: Не всем.

З.: Постойте, я говорю про свой завод, которым сделали, там всем сделали КТ, потому что они запрягали очень много людей, чтобы потом эту всю информацию ещё выгружать оттуда. В плане ещё каких-то дополнительных исследований, не могу точно сказать, но безусловно это необходимая опция.

МОДЕРАТОР: Скажите, а как Вы представляете себе медицину будущего? Какая она должна быть? Что такое медицина будущего?

З.: Это летающая скорая помощь.

В.: Врач в приоритете.

МОДЕРАТОР: А что именно Вы имеете в виду?

Н.: Мне кажется, медицина будущего всё-таки за частными центрами, которые ее поглотят, и будут действительно не для всего населения, части населения в оказании квалифицированной медицинской помощи.

З.: А другой части что делать?

МОДЕРАТОР: Не будет ли здесь социальной несправедливости и коммерциализации?

Н.: Сто процентов будет. Но что поделаться?

З.: Выживут сильнейшие либо богатейшие?

В.: Врач в приоритете, я имел ввиду, его роль, его авторитет при принятии решений. А также то, что доктор занимается своими обязанностями, акцент не на главном враче, освободить его от какой-то вот этой параллельной работы, которая отнимает 80-90 процентов времени. По сути так и получается, что 20 процентов рабочего времени на более такую полезную работу. Мы компьютерную томографию посмотреть с отделения не можем, нам нужно идти договариваться с врачами КТ-отделения. А это может занять и час, и полтора, когда я на компьютере могу в идеале сам открыть и посмотреть, что меня интересует, те же самые сосуды, вовлечены они, не вовлечены. Вот именно это... врач будет выполнять свою работу, а все необходимые данные будут сразу ему поступать, ему не надо будет их поиском заниматься, бумажной работы не будет, и он только будет работать и получать нормальную зарплату. Это и освободит врача, дать нормальные условия работы, нормальный заработок, чтобы не приходилось думать: «Блин, мне же ещё там в частную клинику ехать, потому что я не проживу на свои 30 тысяч».

МОДЕРАТОР: Спасибо, А., как Вы считаете, медицина будущего, она какая?

А.М.: Доступная.

МОДЕРАТОР: Всем?

А.М.: Да.

МОДЕРАТОР: К.?

К.: Она очень технологизированная и цифровая. Возможно, нанолечения, полная обеспеченность и самые быстрые данные, обследование по капле крови.

МОДЕРАТОР: Даша.

Д.: Я не знаю.

МОДЕРАТОР: Медицина будет в будущем?

Д.: Не знаю.

МОДЕРАТОР: Спасибо, Т.?

Т.: Я бы, например, нам заказала бы такую укомплектованность учреждений, чтобы не приходилось отправлять пациента куда ни попадя. Вот он пришёл ко мне: молочная железа, лёгкое. Куда надо залезть, чтобы мы залезли тут у нас в учреждении, взяли биопсию, там же бы была лаборатория, чтобы мы сделали это исследование. Чтобы вот конкретно врач один вёл этого пациента.

МОДЕРАТОР: Мультифункциональность такая?

Т.: Коммуницировал с другими, чтобы это не было другое учреждение. То же самое, что сейчас вышел, что лучевая и химия должны быть в одном учреждении. Мне кажется, что это классно, но при этом всё равно нету того, что хирург любой да, торакальный нужен отдельно, абдоминальный нужен отдельно, эндоскопист нужен отдельно. Вот это всё должно быть в одном месте. И это, мне кажется по ОМС может быть, и частную можно сделать. Это уже второй вопрос.

В.: Можно поспорю немножко? Но это невозможно по многим причинам, допустим, опухоль головы шеи. Одно дело, когда сконцентрировано всё в одном учреждении, когда пациенты приезжают, и это колоссальный опыт врачей, прежде всего. Щитовидная железа. Если хирург оперирует меньше 50 щитовидных желёз в год, он просто опасен, потому что это работа с возвратными гортанными нервами, работа с парашитовидными железами. 50 – это прям минимум, минимум.

Т.: Сложно, сложно, я не говорю.

В.: Если разбросать пациентов по всем учреждениям, для пациентов это удобно, но это не значит, что для них это будет безопасно. Ну и кроме того, одно дело содержать ту же самую гистологическую лабораторию – безумно дорогие краски вот эти, дорогая аппаратура, нарезать стёкла, иммуногистохимия, не каждая районная больница это потянет.

Т.: Не, но вопрос как звучит? Медицина будущего. Медицина будущего – это когда в каждом учреждении есть эта лаборатория, ей можно доверять, а не как мы сделали, а потом говорим: «А теперь иди-ка в 62 больницу, сделайте платно, чтобы наверняка». Хотелось бы, чтобы везде было всё-таки качественно и укомплектовано.

В.: Здесь, наверное, просто логистику, на мой взгляд, надо построить. А вообще, нас ждет телемедицина, новые молекулы, я имею в виду, препараты для профилактики опухолевых процессов, робототехника, суперкомфорт для пациента в лечение и восстановлении после лечения (разумеется на раннем этапе) и сохранение качества жизни благодаря новым технологиям.

МОДЕРАТОР: Спасибо. А..

А.: Не помню, кто-нибудь говорил про доступность? Чтобы пришёл пациент, всё ему сделали, он поставил диагноз, вот было бы где. Мне кажется, это прям сказка. Пришёл к терапевту, так, терапевт заподозрил, значит к онкологу, если не к онкологу, значит к гинекологу. И всё это желательно как в частном центре (кивает Николаю).

ЗФ.: Зашёл и оттуда вышел здоровым. И сервис, как в частном центре.

А.: Хотелось бы. И тут же химия, и лучевая, и всё прям?

ЗФ.: Это уже есть, мы к этому идём, через 10 лет, уже себя комфортно чувствуем, хорошо, всё доступно будет.

МОДЕРАТОР: А в настоящее время Вы можете сказать, что чувствуете влияние на свою работу стратегического планирования? Результат реализации огромных федеральных, региональных программ по борьбе с онкологическими заболеваниями. Почувствовали ли Вы на своих местах роль это программы для совершенствования оказываемой онкологической помощи? В данный момент?

З.: Да. Вот была у нас модернизация, а теперь мы пришли плавно к стратегическому планированию, к мерам, которые позволяют бороться.

МОДЕРАТОР: А в чём именно?

В.: МРТ стало доступным. Я помню, что, когда учился в университете в городе было три компьютерных томографа и один МРТ. Сейчас на каждом шагу и в частных центрах, и в государственных стационарах во всех, наверное, есть компьютерные томографы.

МОДЕРАТОР: З., а Вы почувствовали?

З.: Закупка препаратов, в первую очередь.

МОДЕРАТОР: Обеспеченность стала лучше?

З.: Да. Стали более широкого спектра закупать - соответственно мы можем пролечить большее количество людей.

МОДЕРАТОР: К.?

К.: Я думаю, что лучше стало с выявляемостью на ранних стадиях, всё-таки не всё так плохо с поздней стадией. Мне кажется, лучше.

МОДЕРАТОР: Стало лучше?

В.: Да, диагностика стала лучше, и больше ловим на ранней стадии.

ЗФ.: Мы к этому и идём, просто коронавирус помешал.

К.: Больше на ранней стадии.

ЗФ.: Уже к этому идём, через какое-то время уже всё доступно будет, всё будет хорошо.

В.: По препаратам, да. Меланомы запущенные стадии удалось улучшить (*выживаемость – прим.*) до трех лет, а когда-то, несколько лет назад была 2-3 месяца выживаемость.

МОДЕРАТОР: Н., на Ваш взгляд?

Н.: Скажем так, работаю в хороших медицинских учреждениях, поэтому я на это не особо обращаю внимание, все методы исследования в целом доступны. Тут такой вопрос в сроках получения вот этих самых услуг.

МОДЕРАТОР: Сокращаются они?

Н.: Не знаю, у меня нет ответа.

МОДЕРАТОР: Нет наблюдений, спасибо. А.М.?

А.М.: Ну да, я тоже так считаю, лучше стало. И раннее выявление, и лечение более успешное. Всё, что сказали коллеги, я полностью согласна.

МОДЕРАТОР: Спасибо, Д..

Д.: Техническое обеспечение улучшилось, да.

З.: (кивает) По всем этим пунктам – да.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Т.?

Т.: Честно скажу, нет. Не могу сказать, что что-то почувствовала, препараты всегда были, сроки такие же, обычно пациенты поступали из других учреждений. У нас сейчас онколог первичного звена есть один. Она, может быть, стала чуточку меньше гипердиагностикой заниматься и отправлять раньше на лечение. Может быть на этом этапе только.

МОДЕРАТОР: Только в этом?

Т.: И еще, что укоротили сроки вот диагностики. То есть если она раньше ждала какое-нибудь КТ, чтобы убедиться полностью при первой стадии рака молочной железы, то сейчас уже на УЗИ она понимает, что ждать не надо, быстрее-быстрее уже начать лечение.

МОДЕРАТОР: Спасибо. А.?

А.: Да, ощутила в хорошую сторону, что на раннем этапе диагностика хорошая. А в плане препаратов не могу сказать, к сожалению.

МОДЕРАТОР: А в кадровой составляющей?

А.: Всё хорошо.

МОДЕРАТОР: Я помню, у Вас есть регистратор.

А.: Да, у меня есть регистратор, ЕМИАС работает слишком медленно, конечно, интернет где-то там (показывает на потолок), сеть где-то там.

МОДЕРАТОР: ЗФ.?

ЗФ.: Начальство уже работает над ошибками, молочная железа однозначно, у нас уже сроки диагностики и, главное, перехода от диагностики к лечению уменьшились. Лёгкого, каждая локализация... этого нет. Вот рак лёгкого мелкоклочный мы не успеваем диагностировать, специфического препарата не найдём, пациент умирает, в головной мозг

пойдут метастазы. По каждой нозологии свои проблемы есть, но немножко уже легче, чем в прошлые года, в этом году лучше.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Коллеги. На самом деле, я исчерпала список всех вопросов, и мы проговорили дольше. Я не могу с вами расстаться так, простите, я задержала, но было действительно очень насыщено, очень интересно. Я надеюсь, что какая-то информация. Которая здесь прозвучала, будет полезна и вам. То есть вы сейчас друг с другом, может быть, обменяетесь контактами, будете близко взаимодействовать. А я благодарю вас за ваше время, за ваше знание, за ваши силы, за ваше вот такое стремление поделиться и поразмышлять над какими-то вопросами, о которых, может быть, иногда и не хочется об этом думать, честно говоря. Я действительно благодарна вам сегодня за то, что вы пришли посетить наше исследование. Я на этом завершаю, благодарю вас ещё раз. Все: Спасибо.

МОДЕРАТОР: Уважаемые коллеги, сегодня мы здесь собрались по очень приятному поводу, наше исследование проводится вот в такой комфортной компании. Меня зовут Надежда, я буду модератором фокус-группового исследования. И мой ассистент, тоже Надежда, нас легко запомнить. Она не будет участвовать в дискуссии, но будет мне помогать. Наша встреча будет записана на видео, однако нигде это видео не будет показано, нигде не будет упоминаться ваша должность, ваша принадлежность к любому из медицинских учреждений, ваша должность, ваша фамилия не будет озвучена нигде. Любое ваше высказывание будет процитировано максимально точно, близко к контексту, только для этого мы и записываем. И максимум, что мы можем упомянуть – это вашу специальность – онкология – и сколько лет стажа. Этот тот максимум, который мы упоминаем при исследовании. Соответственно сейчас я предлагаю обращаться друг к другу по имени, мы сделали бейджики, и, если кто-то друг друга не знает, вы можете подглядывать, для этого надо максимально удобно разместить бейдж. Наша сегодняшняя встреча посвящена стратегическому планированию здравоохранения в сфере онкологии, не простая, конечно, тема, и я вот сейчас хотела попросить вас рассказать буквально одним, двумя словами о себе, как вас зовут, сколько лет вы работаете и, возможно, из какого вы учреждения, если захотите упомянуть. Давайте начнём с В.

В.: Добрый день, зовут меня В. *(удалено в целях анонимизации)*, в онкологии 19 лет, работаю в МОНИКИ.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

С.: Добрый день, меня зовут С. *(удалено в целях анонимизации)*. В онкологической службе больше 16 лет, работаю в Одинцовской больнице.

МОДЕРАТОР: Спасибо, О.

О.А.: О. *(удалено в целях анонимизации)*, в онкологии с 2003 года, получается 19 лет суммарно. Работаю в Одинцовской областной больнице.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

Н.: Н., онколог, стаж 11 лет, работаю в Красногорской больнице.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

О.: О. *(удалено в целях анонимизации)*, тоже онколог с 89-го года стаж.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

Д.В.: Д. *(удалено в целях анонимизации)*, врач-онколог, стаж 14 лет, Раменская ЦРБ.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

В.Н.: Добрый день, В. *(удалено в целях анонимизации)*, стаж с 2005 года, врач-онколог Московский областной онкодиспансер.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

Р.: Р.

А.: Добрый день, А. *(удалено в целях анонимизации)*. Стаж 22 года в разных учреждениях.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

Д.: Здравствуйте, Д. *(удалено в целях анонимизации)*, стаж работы с 92-го года, сейчас Домодедовская городская центральная больница, ЦАОП.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Система стратегического планирования очень важна для управления в сфере здравоохранения. Это система, которая может помочь реализовать государственную политику, государственные меры по достижению ключевых показателей укрепления и сохранения здоровья населения, а также борьбе с конкретными заболеваниями. В настоящее время в России реализуется ряд федеральных и региональных проектов и программ, направленных борьбу с онкологическими заболеваниями. Знакомы ли Вы с федеральным проектом «Борьба с онкологическими заболеваниями»?

В.: Да, конечно.

О.: Да, разумеется, знаю.

Н.: (кивает)

Д.В.: Знаком.

Д.: Да.

Р.: Конечно.

О.А.: Да, знакома.

А.: *(кивает)*

В.Н.: *(кивает)*

С.: *(кивает)*

МОДЕРАТОР: Знаете ли Вы конкретное содержание комплекса мер указанного проекта?

В.: Этот проект предусматривает ряд мер, включающих совершенствование профилактической работы с населением, ранее выявление ЗНО, повышение эффективности диагностики, лечения и реабилитации, обеспечение пациентов ВМП, создание новых онкологических центров по стране.

О.: Референс-центров, кстати.

В.: Да *(кивает)*.

Н.: Все так, плюс мы обеспечение всего этого и мы уже в этом немножко варимся. Техника новая, обеспечение техникой.

(все кивают)

МОДЕРАТОР: Скажите, а для вашей работы какие наиболее значимые мероприятия этого проекта Вы могли бы отметить?

В.: Все вышесказанное, это системное должно быть... реализация.

Д.В.: Раннее выявление, наврное. Развитие ... предоставление ВМП, обеспечение.

Р.: Я еще добавлю, что в проекте, насколько я знаю, есть такой момент – повышение информированности населения о скринингах, и к решению этой задачи привлекается СМИ, соцсети, и прочие информационные ресурсы. Этот момент очень важен, поскольку пока народ не узнает, что скрининги есть и они доступны – сколько бы мы не модернизировали и не развивали (систему онкологической помощи – прим.) – все будет не востребовано.

О.А.: Коллеги все сказали, добавить нечего. Работает, используем в работе постоянно паспорт проекта.

С.: А я добавлю – в рамках этого проекта поддерживается развитие телемедицины. Мы все знаем, как это было в ковид – и что это хороший инструмент. У нас районы бывают очень отдаленные, и если мы пациента отпускаем на время между химиотерапией, например, домой – оптимально его сопровождать посредством телемедицины. Конечно, у каждого врача есть чатик с пациентом, но официальная консультация с видео для нас лучше.

Д.В.: Кстати, повышение квалификации – там и первичное звено, и онкологическая служба... предусмотрено.

Д.: Да. Надеемся на результат и уменьшение дефицита кадров.

О.А.: Мы работаем с телемедициной.

А.: *(кивает)*

В.Н.: *(кивает)*

МОДЕРАТОР: Спасибо! *(кивает)*

Д.: Проверку прошли?

(Общий смех)

МОДЕРАТОР: Продолжим! *(смеется)* Оцените, пожалуйста, насколько Вы информированы о государственной программе Московской области «Здравоохранение Подмосковья на 2023-27 годы»?

Д.: Практически полностью! *(улыбается)*

А.: Это какая – новая?

Д.: Да, предыдущую досрочно завершили.

А.: Недавно только читал. Тезисно - до 75 лет повышение ОПЖ, сокращение смертности до 12,8 или 12,6... не помню точно, укрепление кадров, повышение качества медпомощи. Я молодец?

(общий смех)

В.: Все правильно. В целом, главное, что вспомнили о профилактике, и идем в этом направлении.

О.А.: *(кивает)* Вот, коллеги, я согласна, что у нас идет развитие, просто мы часто не замечаем.

МОДЕРАТОР: О.А., а насколько Вы информированы о содержании этой программы.

О.А.: Я как А. *(удалено в целях анонимизации)* досконально не помню, но я очень хорошо знакома, мы работаем с этими документами и программами. Работаем, поскольку получаем финансирование, оборудование.

С.: Я примерно также.

В.Н.: И я.

Р.: *(кивает)*

Н.: В целом, знаком.

О.: *(кивает)*

МОДЕРАТОР: Спасибо! У нас в Московской области также реализуется программа государственная региональная «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов. Знакомы ли Вы с этим документом?

В.: Я информирована. Я бы поправила Вас, это не областная программа, она федеральная, как раз-таки.

МОДЕРАТОР: Да, есть федеральная, мы ее обсуждали чуть ранее. А я бы хотела уточнить, насколько Вы информированы о региональной?

В.: А, поняла *(кивает)*. Мы владеем информацией, что такая программа идёт, и она с 19 по 24 год.

МОДЕРАТОР: Да, с 19 по 24 год. Спасибо. О.А., а Вы информированы об этой программе?

О.А.: Конечно, думаю, все присутствующие в теме.

С.: Конечно!

Д.В.: Да, знаем и работаем.

О.: Да.

А.: Да, в целом.

Д.: *(кивает)*

МОДЕРАТОР: Как Вы считаете, насколько эта программа и стратегическое планирование в целом повлияло на Вашу работу? Почувствовали ли Вы изменения непосредственно в практике Вашей работы?

В.: Думаю, да. Могу ответить? Результат планирования, результат реализации, безусловно, отражается на практическом здравоохранении... на онкологической помощи, новых ресурсах для пациента, на нашей непосредственной работе. Это во многом проявляется.

МОДЕРАТОР: Да, конечно.

В.: Во-первых, под эти программы, под планирование выделяются деньги, и соответственно, часть идет на оборудование, и также на препараты, по-моему, тоже взаимосвязь есть. Тонкостей не знаю, не могу всё-таки детально осветить, но по финансированию это плюс.

МОДЕРАТОР: А вот непосредственно в своей работе Вы почувствовали...

В.: По крайней мере, наше учреждение получает, мы делаем заявку, получаем по этой программе оборудование, конкретно по этой программе.

МОДЕРАТОР: Что-то изменилось или Вы так же раньше получали?

В.: Нет, это отдельная *(статья – прим.)*.

МОДЕРАТОР: Стало лучше материальное обеспечение?

В.: Да, это дополнительная возможность получения дополнительного хорошего оборудования.

МОДЕРАТОР: Спасибо. С.?

С.: На самом деле, в рамках этой программы за последние годы значительные изменения произошли, полная перестройка онкологической службы, в данном случае развитие ЦАОП, это значимый плюс качества оказания помощи именно профильным пациентам. Раньше это было общее поликлиническое звено, которое занималось в том числе онкологическими больными. Это

были кабинеты или какие-то отделения, которые были созданы на базе общего поликлинического звена. Сейчас ситуация изменилась в лучшую сторону, в стратегическом плане. Существуют прям целые поликлинические подразделения, которые занимаются непосредственно регистрацией пациентов, ведением пациентов, соответственно направлением по профилям, соответственно статистической обработкой данных в рамках своей компетенции, конечно. Поэтому абсолютно, то, что изменения положительные. Плюс они дополнительно финансируются, то есть у них есть оборудование определённое. И, скажем так, стационары, которые непосредственно выделены под оказание этой помощи, они имеют возможность получать высокотехнологическое оборудование, и это значительно повышает уровень оказания медицинской помощи и уровень хирургической помощи в целом.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Скажите, есть ли влияние на кадровую составляющую?

С.: Здесь как-то говорить сложно, потому что те онкологи, которые трудились на этом поприще, они в общем-то и продолжают трудиться, только структура видоизменилась в лучшую сторону. Конечно, привлекаются новые кадры, и для этого всё делается как со стороны министерства, так и местных администраций тоже, но дефицит есть.

МОДЕРАТОР: Спасибо. О.А.?

О.А.: Скажу, конечно. Помимо того, что организационно-методическая работа изменилась, структура онкологической службы, появились какие-то положительные моменты с точки зрения возможностей оснащения организаций. У нас ещё происходит перестройка работы врачей, в частности в амбулаторно-поликлиническом звене, со старых общепринятых написных историй болезни, писчая работа заменяется на работу с компьютером. Происходит информатизация, проникновение не только в процесс приёма пациентов, взаимоотношение сейчас врача и пациента, из последнего, у нас появляется телемедицина. Она уже приобретает не только такие пробные шаги с точки зрения организации, общения между врачами разных организаций, разных уровней, но и взаимоотношение лечащих врачей с пациентами. Впервые опробована эта работа в терапевтическом звене, сейчас это начинает затрагивать и онкологическое звено. Но какие-то процессы мы пытаемся, какие-то встречи с пациентами пытаемся проводить в формате телемедицинской коммуникации, хотя некоторые пациенты все еще не готовы ее использовать. Второе – мы практически ушли, пока на подстраховке, уходим от бумажного документооборота, в частности истории болезни, амбулаторные карты, у нас сейчас в электронном виде, мы-таки распечатываем, потому что, к сожалению интернет не совершенен, но тем не менее. Помимо всего прочего сейчас внедряются системы электронного документооборота в лабораторной диагностике, когда врач на месте создаёт некий электронный документ, улетающий в лабораторию, процедурный кабинет. Дальше это всё привязывается к уникальному штрих-коду соответственно. В лаборатории абсолютно обезличено обрабатывается и в обратном направлении посредством телекоммуникации возвращается уже электронное заключение, которое может уже быть или распечатано, а может врачом быть использовано в электронном виде. То есть все понимают, что бумага сейчас стала таким предметом дефицита. И поэтому это тоже определённые удобства вносит в нашу работу. Что ещё. В первую очередь, информационные технологии, мы им сопротивлялись, вот с 20-го года начали это в Одинцовской больнице. На сегодняшний день, помимо всего прочего, если раньше у нас врачебный онкологический консилиум, что является одним из неотъемлемых звеньев в принятии решения по стратегии лечения пациента. Если раньше пациенту было необходимо куда-то ехать, существовал определённый... на онкологический консилиум, человеку надо было где-то сидеть. Сегодня это всё виртуально происходит. Лечащий врач загружает определённую документацию, информацию. Соответственно некий консилиум обрабатывает эту информацию в течение n-ного количества дней лечащий врач обратно получает определённое решение, что в общем для пациента тоже удобно, не надо никуда ездить. В принципе первичное сопротивление на сегодняшний день уже превращается в согласие и понимание того, что это, в общем-то достаточно удобно.

МОДЕРАТОР: Любое новшество должно пройти этап сопротивления?

О.А.: Ну вот, наверное, я об этом захотела рассказать.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Я одну такую вещь услышала. Скажите, есть ли у вас какие-то сложности в обмене информации? Я понимаю, что мы сейчас всё больше цифровизируемся, у нас информатизация здравоохранения идёт семимильными шагами. Но есть ли возможность у врача получить доступ к электронной карте пациента, если пациент обращается в другую клинику, не в вашу? Общая система есть?

О.А.: Общая система есть, чего лукавить, ОНКОЛИНК, которая объединяет те самые онкологические консилиумы, но в целом, что заложено в эту программу? Мы все можем войти в эту программу, все могут увидеть, открытая информация для всех, пожалуй, если мне необходимо увидеть люберецкого пациента и какой у него консилиум был, я его увижу у себя в Одинцово. Но, скажем так, интеграции этой системы онкологических консилиумов с общей базой ЕМИАС, информационной системой областной медицинской в части амбулаторно-поликлинического звена нет. Так же как даже нет пока интеграции внутри больниц, информационной больницы стационара и поликлинической службы. Насколько я правильно понимаю, сейчас эта работа ведётся, в перспективе, наверное, мы тоже сможем видеть друг друга.

МОДЕРАТОР: Вы нуждаетесь в такой связи, в такой интеграции?

О.А.: Ну как Вам сказать, чисто технически, при наличии кода и доступа и туда, и туда, я получаю исчерпывающую информацию. С точки зрения лечащих врачей, я не вижу, что мои врачи, вот конкретно мои врачи, в этом нуждаются. Наверное, нужда какая-то есть.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Н., слово Вам. Вы почувствовали в своей работе какие-то изменения в связи с реализацией стратегического планирования?

Н.: Ну, конечно, потому что вливание дополнительных средств – оно позитивно влияет. Когда, может быть, некоторые районы области испытывают дефицит в кадрах, и от этого страдает доступность, допустим, приёма в амбулаторном звене. Тогда местная администрация больницы вместе с этими средствами назначает конкурентную заработную плату, могут трудоустраивать узких специалистов, всё это влияет, да. И переходим на электронный документооборот, это тоже. Техникой, компьютерами обеспечены все. Только интернет хромает.

(общий смех)

О.: Да, и мы.

Д.В., Д., В. (кивают).

МОДЕРАТОР: А в лекарственном обеспечении, в техническом, технологическом?

Н.: Естественно, если приобретается дополнительная единица, которая для инструментального исследования уменьшает сроки диагностики, то есть регистрация более раннего выявления. Вижу и то, что есть препараты, если только редкого какого-нибудь нет.

МОДЕРАТОР: Спасибо. О.?

О.: Хотел бы добавить, тут уже вырисовывается картина. Мне очень нравится, что всё-таки наше сообщество оно как бы не закрыто. Почему? Потому что какие-то сложные случаи, телемедицина, референс-центр, мы выходим на онкоцентр, на Герцена, решаем такие проблемы, как, например, сложно решить, тоже наши коллеги выходят и помогают. То есть несомненно, что эта система, она, конечно, помогает нам. Что касается консилиумов, тоже. Потому что мы же с коллегами обмениваемся этой информацией, они подтверждают наше решение, мы как-то спорим. Если какой-то вопрос, то это, конечно, большой плюс для пациента. Потому что до этого всего мы были вроде как локальные больше. А один человек, он может всё-таки ошибиться. Тем более, когда мобильные, мы все знаем, как важно истинный ответ и быстро получить, начать лечение. И это действительно большой плюс.

МОДЕРАТОР: Скажите, Вы лично когда-нибудь обращались в референс-центры?

О.: Конечно, конечно.

МОДЕРАТОР: А по каким вопросам, вот какие могут быть случаи?

О.: Наш референс-центр помогает, по-моему, всему Подмоскovie решать очень сложные вопросы, там специалисты очень хорошие, которые действительно блестяще нам помогают. Это одно из самых важнейших решений для развития системы онкологической (помощи – прим.). Поэтому это большой плюс. А без вложенных денег, финансирования не было бы референс-центров. Конечно, большой плюс.

МОДЕРАТОР: Спасибо, О.. Д.В.?

Д.В.: Тоже присоединюсь к словам, тем, что были сказаны. По работе, конечно, отмечаются положительные сдвиги в плане работы. Хочется добавить именно по поводу референс-центров, что их открытие в целом нам крайне помогло, потому что у нас были ситуации проблемных в плане представления материалов на пересмотр. Даже приходилось иногда заключать аутсорсинговые договоры с частными лабораториями, для того чтобы получить какое-либо второе мнение. Но благодаря вот этим реформам, нам удалось, так скажем, отойти от этих действий. Мы стали спокойно работать именно в рамках по ОМП в плане работы с учреждениями головными. И не испытывать в этом никаких проблемы.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Валентин.

В.Н.: Наверное, все онкологи, когда шла первая программа такая глобальная федеральная, по инсультам инфарктам ждали, когда же запустят программу по онкологии. И на самом деле, то, что хотели получить, мы сейчас потихонечку начинаем получать. Основное, что я вижу, сдвиг идёт, такой, кроме тех, про которые уже говорили, это сдвиг, прежде всего, для пациента, качество и обеспечение медицинской помощи выше, сама служба стала работать по-другому, лучше, эффективнее. Потому что пациенты начинают получать потихонечку зелёный коридор. Потому что это не те пациенты, которые могут в плановом порядке ждать месяц-два-три госпитализации. Они получают этот зелёный коридор именно как с точки зрения амбулаторно-поликлинического звена, так и диагностики, а в диагностике тоже есть положительный сдвиг - начиная там от банальных анализов и заканчивая сложными инструментальными и генетическими исследованиями, которые в настоящий момент у нас в том числе представлены. И всё это ускоряет, естественно, процесс дообследования, стадирования и начала лечения.

МОДЕРАТОР: На каком этапе сейчас, на какой стадии чаще всего обращаются пациенты? Вот чаще всего в Вашей практике Вы сталкиваетесь?

Д.В.: Здесь же собраны различные специалисты.

МОДЕРАТОР: Да.

Д.В. : К сожалению, пока что программа не сдвинула именно в положительную сторону, а даже несколько в отрицательную. Потому что выявлять стали больше случаев, в активном поиске, скажем так, этих пациентов. Пациенты от этого легче, к сожалению, не стали. То есть должно пройти какое-то время чтобы перевалить эту точку.

МОДЕРАТОР: С чем это связываете? Надо больше работать с населением, информировать о том, что необходимо обращаться или надо укреплять какое-то направление? диспансеризацию, например?

С.: Мало того, что пациенты мало образованы по вопросам здоровья, мало информированы, а даже если информированы, то пока не болит – не видит. Но этот вопрос идёт, совершенно верно, из амбулаторного звена. Выявление при, скажем так, своевременном обращении идёт именно оттуда. А дальше уже должна срабатывать маршрутизация по профилю заболевания. Но это, скажем так, многофакторный процесс, не только онкологии, это в целом весь амбулаторный этап, который, в общем-то, должен взаимодействовать качественнее.

В.: Первичным звеном.

МОДЕРАТОР: Не хватает связи между амбулаторным звеном и стационаром? Не хватает вот этой маршрутизации?

С.: Достаточно. Вопрос в том, что обращаемость населения, она, к сожалению, бывает порой в тот период времени, когда мы ничем не можем помочь. То есть локализованных форм, хирургическая больше часть. Всё остальное – это комбинации, и нам приходится как-то выходить, лавировать между этими ситуациями, включать первые линии, на которой выступают специалисты по лекарственной терапии, а потом уже мы подключаемся. Но запущенность, она в общем-то, в первую очередь, из-за неинформированности, низкой обращаемости, и, соответственно, каких-то дефектов обследования до того, как он попал к онкологу. Потому что, пациент должен попадать к онкологу по результатам обследования у терапевта, обращение должно было это выявить.

О.: Абсолютно согласен.

Д.В.: Я тоже.

Д.: Я тоже.

Р.: Да-да-да!

В.Н.: кивает

МОДЕРАТОР: Скажите, а влияет ли уровень, так скажем, подготовки, уровень квалификации врачей первичного звена на раннее выявление онкологических заболеваний?

С.: Конечно.

МОДЕРАТОР: Нужно ли работать в этом направлении, нужно ли повышать грамотность врачей первичного звена, которые, в общем-то не имеют к онкологии прямого отношения? Нужно ли их как-то информировать по онкологическим вопросам? Укреплять вот эту составляющую, онкологическую настороженность?

В.: Ключевой этап. Вообще, 2 точки приложения – это сама информированность населения и более активное увлечение, диспансеризацию продляли и первичное звено, потому что выявление – это только на амбулаторном звене, на терапевтах. Потому что онкологи – это уже следующее звено. А самом деле, давайте не будем всё валить на пациентов, говорить, что вот не обращались и так далее? Посмотрите реально, пойдите к терапевту или ещё что-то. Много радости Вы испытаете? Я думаю, нет. Это связано с нежеланием контактировать с той структурой, которая есть. Насколько это доступно, удобно, а главное – как тебя встретят. Опыт разный у пациентов, есть и такой, что они больше идти ко врачу не хотят. И плюс достаточно формальное чисто отношение наших терапевтов, хирургов и так далее. Вроде в рутину какую-то превратилось и людям не очень интересно. Хотя если взять допустим, есть премии для медработников, которые должны выплачиваться за раннее выявление и так далее. Здесь зависит от людей, но однозначно, первичное звено – это то, куда надо метить.

МОДЕРАТОР: Куда надо метить? Мишень.

С.: Ещё тут фактор человеческий играет. Сейчас же, если не ошибаюсь, это 12 минут?

МОДЕРАТОР: 12.

С.: 12 минут на приём. Вот Вы представьте, 12 минут, Вы должны поговорить, донести медицинскую документацию, посмотреть свой шаблон, плюс у Вас есть ещё ряд документов, которые Вы должны изучить, на основании них Вы должны что-то там заподозрить, если заподозрите. Вам уже стучат в дверь: «Доктор». И так далее. Процесс тоже такой, достаточно крупный, узкий график, в котором надо. Скажем так, это вина не какого-то одного терапевта, это вот систематический такой изъян.

МОДЕРАТОР: Совокупность.

С.: Да данный момент возникают систематические вопросы, которыми надо заниматься.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Я хочу вернуться к Алексею. Скажите, Вы почувствовали в своей работе какие-то изменения в связи с реализацией стратегического планирования?

А.: По поводу изменений. Изменения чувствуются, это в более системном подходе. Если раньше в каждом учреждении фактически функционировала своя онкологическая служба, то в настоящее время система стала более интегрированной с различными учреждениями, и повысился уровень такой коммуникации. Причём это такая системная работа, она в общем-то переведена в плоскость даже документооборота, если угодно. Поэтому определённые сложности при первичном введении системы, естественно, возникают, когда новая система начинает работать. Но такие профессиональные связи между специалистами в разных учреждениях, они довольно тесные. Вот это всё интеграцию значительно облегчает. Также вот пару слов по поводу первичного звена. Тут важно разделять, наверное, раннюю диагностику и скрининг – это разные понятия. И, опять же, достичь, наверное, каких-то улучшений касательно онкологических тоже получается если только есть государственные программы скрининга, потому что ранняя диагностика – это уже практически пациент с диагнозом. А скрининг – это там, где мы целенаправленно ищем в целевой популяции, то есть фактически среди большого количества здоровых людей и целенаправленно те группы риска. И в них ещё людей без онкологического первичного диагноза. И если это не системная работа, то даже это не столько от первичного звена зависит, сколько от такого системного подхода вообще по проблематике. То есть мы должны

знать, что у людей с определёнными диагнозами существует больше рисков раков различных видов. Так и происходит, целенаправленно осуществляются такие мероприятия.

Д.: Да. Стало больше техники, которая позволяет на более раннем этапе выявить и пролечить. Общие есть изменения, переструктурируется служба, выстраиваются ... такие сети общения между учреждениями, это помогает врачам, и помогает пациентам.

Р.: Согласен, изменения идут, мы их чувствуем. Но и аппетиты растут – хочется еще лучше, еще круче.

А.: Опыт тех же самых азиатских коллег показывает, что только так это работает, пациент уже с диагнозом – это фактически уже поздно.

МОДЕРАТОР: Спасибо, А.. Приведу немного статистики: в 2021 году профилактические медицинские осмотры прошло около 1,2 млн жителей Московской области (21% от взрослого населения), в том числе 842 713 человек прошли диспансеризацию. В результате диспансеризации впервые выявлено 1211 случаев злокачественных онкологических заболеваний (1,6 случая на 1000 обследованных). Исходя из Вашего опыта работы, оцените, пожалуйста, роль диспансеризации в раннем выявлении ЗНО?

А.: Я уже много сказал, но добавлю. Мировой опыт показывает, что профилактика онкологических заболеваний начинается с работы с населением, мотивации населения на регулярное обследование у врача. Вторая составляющая – это внедрение скрининговых программ, программ диспансеризации. Далеко не у всех стран есть технологическая мощность, кадровые ресурсы и деньги для их реализации – но именно это направление позволяет обеспечить даже не раннее выявление (я уже сказал, что это ситуация выявления, по сути, диагноза), а как раз склонности к этому, риска развития онкопатологии у конкретного пациента – и, соответственно, избежать ее.

В.Н.: Абсолютно согласен.

О.: Да *(кивает)*.

Н.: Да, главное, чтобы это понимали пациенты.

С.: *(поворачивается)* И врачи, Н. *(удалено в целях анонимизации)*.

Н.: Да, и врачи.

МОДЕРАТОР: Р., как Вы считаете?

Р.: Я считаю, что диспансеризация нужна и важна для выявления нарушений здоровья и факторов риска, конечно – главное, чтобы население было готово проходить *(диспансеризацию – прим.)*.

О.А.: Согласна, мы, как врачи-онкологи, понимаем необходимость диспансеризации, но важно донести это до населения.

В.: Да.

О.: *(кивает)*.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Скажите, вот к Вам обращались пациенты, у которых были выявлены злокачественные новообразования в рамках диспансерного обследования? После диспансеризации? У Вас есть такой опыт, наблюдения о количестве таких обращений?

А.: Вы знаете, мы в общем-то мониторим ситуацию по стадийности, с какой стадией пациенты обращаются. Фактически вот эти пациенты с ранним раком, они единичны, к сожалению. Внедрение таких, опять же более тесная коммуникация с нашей эндоскопической службой дает нам, наблюдаем положительную динамику, потому что у нас в этом году фактически вырос показатель по количеству пациентов с ранними формами рака. Опять же, это с чем связано, это связано с тем, что мы ведём работу с нашей эндоскопической службой по оказанию помощи пациенту в том числе с доброкачественными заболеваниями. И тогда у тех пациентов, которые к нам приходят исходно с доброкачественными образованиями, у них мы выявляем ранние формы рака. То есть это приводит к увеличению вот этого показателя. Это аналог той же самой поисковой работы у пациентов с факторами риска.

МОДЕРАТОР: То есть по сути это выстраивание более тесное взаимодействия внутри учреждения на уровне профессионалов?

А.: Да, но работать это должно не так, работать это должно системно на уровне как раз на тех самых скрининговых программах для пациентов с факторами риска, и дальнейшему их сопровождению, маршрутизации – что на данный момент не отложено.

В.: Я могу добавить?

МОДЕРАТОР: Да, конечно.

В.: Как раз в продолжении того, что А. сказал, если касается нашего региона как раз есть несколько таких проектов на уровне министерства здравоохранения, как раз по целевых, так скажем, группам. Например, есть программа даже «Онко»... выезжает к потенциально здоровым пациентам, и скрининг делают на рак толстого кишечника и так далее. Достаточно большую группу охватывает. Минимальные инвазивные, не инвазивные процедуры. Отбирают кал на скрытую кровь, потом уже на эндоскопию, там уже выявляют. Тоже самое, на уровне Минздрава нашего регионального сделано по поводу рака молочной железы. Там сделано доступнее. Запись попадания и так далее. Для маммографии сделали самозапись, чтобы выявить ту патологию, которая достаточно часто, самую распространённую практически, это рак молочной железы. То есть информатизация, стенды по дорогам, большим шоссе, в учреждениях социальных и так далее. В соцсетях, на сайтах, везде есть информация для пациентов по таким болезненным точкам, по заболеваниям для более раннего обращения. Это позволяет надеяться на лучшее. В принципе, сложно сказать по результатам. Может быть, только О.А., как у вас там в Одинцово в плане самозаписи?

О.А.: У нас, регулярно не патрулируем.

В.: В плане маммографии и так далее, ваш поток тоже возрос, что-то видите по ранним ракам?

О.А.: У меня с маммографией с 20-го, а может быть, раньше года идёт такой совершенно обособленный, общественный проект, социально-общественный, когда из частных медицинских центров, когда мне присылают пациентов, в конкретный день с такими-то подозрениями. И я целый день посвящаю этим женщинам. Вот это работа да, это работает. С точки зрения скрининга? Ну на сегодняшний день так объективности ради, когда для того, чтобы достичь каких-то показателей загоняют к онкологам женщин в том числе, которые подлежат просто динамическому наблюдению у гинеколога как минимум. Да, наверное, какое-то количество есть ранних выявлений. Если говорить о выявляемости патологии прям онкологической, ещё и на ранних стадиях, я не могу сказать, что очень прям сильно помогли эти программы диспансерные, но какое-то количество есть – а значит потенциально это спасенная жизнь, предотвращенное тяжелое развитие заболевания.

МОДЕРАТОР: Сталкивались ли Вы с таким явлением, как стигматизация? Потому что у нас в России это очень распространённое явление, о котором мало говорим, на самом деле, когда пациент не признаёт наличие онкологического заболевания из страха, что на него навесят некий ярлык? Он не хочет призвать, что у него, скрывает, стесняется, боится обратиться и получить такой диагноз.

О.А.: Есть такие пациенты безусловно, они всегда были, есть и будут. Чаще всего это, обращаясь, всё-таки к социальному статусу, это чаще всего люди с очень низким образовательным уровнем, проживающими где-то в деревнях и скорее всего, даже не потому, что ярлык навесят, а просто из страха. Постольку поскольку для каждого человека онкологическое заболевание, к сожалению, как стереотип сложился является практически знаком равно «я умираю». Наверное, из этих соображений пытаются каким-то образом отодвинуть эту проблему, ждут, когда рассосётся у них что-то, что-то пройдёт, теряют время. К врачам стараются не обращаться. И здесь, как раз-таки происходит генерализация процесса, мы упускаем пациента. В целом я бы могла сказать, что те работающие слои населения, которые постоянно стимулируются работодателями на предмет того, чтобы обследовались, наоборот они стараются возможно в более ранние сроки обратиться к врачу, практически сразу же, как только какое-то подозрение возникает. И мы в общем-то дали карт-бланш этим пациентам, они прибегают сразу в подразделение к доступному врачу, и терапевты настроены в общем-то на то, чтобы быстрее к онкологам направить. И мы, в общем-то стараемся не отказывать у себя в отделении быстро

стараемся обследовать. Есть один момент, который мы, наверное, в общем-то косвенно обошли. Да, очень много программ. Та программа высокотехнологичной медицинской помощи на этапе, когда уже всё случилось, когда уже диагноз установлен. Да, есть программы раннего выявления, и есть некий промежуточный этап, когда пациент с подозрением должен оказаться в онкологическом подразделении есть достойно в соответствии с клиническими рекомендациями обследован. Вот здесь возникает как раз проблема, потому что, к сожалению, диагностического оборудования, и той самой пресловутой доступности и скорости у нас, в общем-то, пока не хватает. К сожалению, не хватает количества МРТ-аппаратов, это, мне кажется, головная боль всей Московской области. Не очень хватает... Я имею в виду, аппаратура есть, но есть и очереди. Конечно, не такие, как это было всегда на компьютерную томографию. Ультразвуковая диагностика более-менее доступна стала, но, к сожалению, не всегда хватает достаточное количество этих аппаратов на то количество прирастающих пациентов, в том числе на ранних стадиях. Стало больше техники, но и число пациентов наших увеличивается. Поэтому, наверное, конечно, диагностическое звено в этом смысле страдает, и оно в общем-то требует какой-то поддержки и внимания.

МОДЕРАТОР: Спасибо. Д., я краем глаза видела, что Вы хотели сказать, когда мы вели разговор про стигму, что это касается не только малообразованных людей.

Д.: Открытие ЦАОПов привело к тому, что онкологическая помощь, она в районах структурировалась более-менее, начинает работать. Но я немножко о другом тоже. Первичное звено, да, мы, вернее, онкологи, мы сталкиваемся с тем, что мы уже получаем результат. Результат с учётом той обстановки, которая была два года назад, мы сейчас получаем запущенные стадии, потому что люди боялись ходить по поликлиникам. Второе, конечно, что первичное звено вроде бы должно работать, оно пытается работать, но само население, О.А. правильно сказала, у них понятие, что рак – это всё, больше альтернативы нет. Поэтому страх обратиться и получить этот диагноз – он, конечно, превалирует. Необходимо, я думаю, больше работать с населением средствами массовой информации о диспансеризации. Рассказывать том, что в настоящий момент твое здоровье в таком состоянии, и если не делать действительно так (проходить диспансеризацию – прим.), это будет развитие болезни, это будет запущенная стадия и уже совсем другое лечение, сложное. Для того, чтобы люди вообще старались вовремя обращаться. Второй вопрос, я всё равно считаю, что население должно быть заинтересовано, и заинтересован работодатель, и со стороны государства именно на это обследование, на эти скрининги и так далее, потому что как было при том же ковиде? Вспомните, один момент: на работу не примут, не пройдут, если у вас нет справки о прививке. Работодатель может сделать обязательным прохождение диспансеризации – сейчас отдельные организации так делают, а можно было бы многим. Всё Домодедово было в поликлинике, все пошли. Должны быть какие-то ключевые точки, которые сильно простимулируют человека пройти этот медицинский осмотр. Я считаю так.

МОДЕРАТОР: Обязательная диспансеризация?

Д.: Да.

О.А.: Почему нет? Хотя бы.

Р.: Скрининги у нас есть - нужно просто повысить контроль, чтобы пациенты определенной группы не «забывали» их проходить ...Льготная выписка рецептов – пожалуйста, вот вам один из вариантов льготных, либо пока человек не прошёл определённое скрининговое исследование у терапевта, то ему не выписывают льготное лекарство. Уверяю, что это огромный будет стимул по крайней мере, и у возрастной группы однозначно пациентов, ну и молодёжи, потому что сейчас есть довольно-таки дорогостоящие препараты, если они требуются.

Р.: Почему нет, если люди, допустим, страдают какими-то заболеваниями, получают льготы?

О.А.: Всё равно уже болеющие, мы готовим о тех, кто приходит, вспомните, категория, приходят с запущенной опухолью и говорит: «Да я 20 лет не ходил к врачам, у меня карточки даже нет в поликлинике».

Р.: С этой группой надо работать с точки зрения популяризации в средствах массовой информации и профилактики. Вообще даже не то, чтобы популяризировать диспансеризацию, надо начинать с пропаганды здорового образа жизни. В целом сейчас это ведётся, но, понимаете, какая штука, надо улучшать доступность врача. Доступность именно в первичном звене, потому что всех невозможно к онкологу загнать, просто потому что какое-то решение. Как О.А. сказала, осмотр фактически здоровых женщин просто перегружает звено онкологическое.

О.А.: Да.

Р.: Но и эффективность вот этого, с моей точки зрения, не очень высокая, потому что мы тоже попробовали это направление – абсолютно, полностью перегрузили врачей-онкологов. И они банально не могут работать, потому что их перегружают абсолютно ненужные пациенты. Которые приходят просто показаться, спросить. Я считаю, что при определённых заболеваниях, при определённой классификаторе по системе BI-RADS нечего этим людям вообще делать у онколога. И с другой стороны необходимо, я объясню, почему они идут к онкологу. Видимо сейчас более-менее онкологическая служба по сравнению с другими именно Московской области более структурирована, скажем так. Но проблема другая, как Валентин Евгеньевич сказал, надо улучшать доступность именно первичного звена, эффективность их работы - а это можно сделать через привлечение специалистов ... выплатами, например, стимулирующего характера, какие-то выплаты...

МОДЕРАТОР: Первичное звено?

Р.: Именно первичное звено, потому что сейчас не то что огромный, гигантский дефицит кадров.

МОДЕРАТОР: А как сделать диспансеризацию привлекательной для населения и постараться не перегрузить первичное звено? Есть ли такая возможность, на Ваш взгляд?

Р.: Нужно думать.

В.Н.: Возможно, нужно сделать некие «наборные» листы диспансеризации – то есть, исходя из карты пациента, сформировать некий лист обследований, который нужен конкретному пациенту и исключить менее важные или в целом ненужные обследования для него. Сейчас же есть все эти... цифровизация, может скоро дойдем и до такой... индивидуального подхода.

Р.: Хорошая идея.

С.: Малореализуемая сегодня, правда.
(общий смех)

Р.: Я Вам могу сказать, что в общем-то первичное звено в большей степени сейчас держится на пенсионерах. Программа, которая предлагается для окончивших медицинские вузы, уверяю, что кадровый состав в поликлинике до 30 лет меняется раз в год практически на 75%. То есть люди приходят целенаправленно для того, чтобы не пройдя ординатуру получить сертификат специалиста. В общем-то их задача, я могу Вам сказать, что есть доктора молодые, которые приходят и тут же садятся на больничный. Но формально у них, как говорится, срок идёт.

О.А.: Ещё про декреты скажите.

Р.: Нет, декреты здесь ни при чём. Как ни смешно это кажется, именно слово «срок», даже «стажем» назвать нельзя. Они как отбывают, понимаете да? Как в колонию-поселение их загнали, на территорию. Это правда. С одной стороны – это смешно, с другой стороны – это правда. Ещё раз говорю, есть люди, которые приходят и тут же уходят на больничный, потом выходят через месяц, два раза посидели – опять ушли на больничный. И вот этот срок, когда у них год заканчивается, они приходят уже с заявлением. То есть таких специалистов тоже...

С.: Им, наверное, инвалидность надо сразу дать?

Р.: Инвалидность дать в 25 им не дадут, но действительно такая проблема. И возвращаясь к первичному звену, надо максимально точно насыщать, я не знаю какими плюшками их приманивать, потому что, когда мы сейчас видим кадровый состав, у нас в средней возрастной группе полный провал. Либо это пенсионеры в прямом смысле слова, которые каждый месяц говорят, что «Я уйду», потому что работать становится невозможно. Это в том числе и развитие информационных технологий, безусловно очень сложно.

МОДЕРАТОР: А почему? С чем это связано?

Р.: Им даётся сложно в возрасте 65-ти, 70-ти лет, а это как правило эти врачи, они говорят: «Я уйду, пенсия у меня есть». Всё, пожалуйста. И, в принципе, кадровая проблема в том числе специалистов рентген-диагностики. В целом имеющийся МРТ-аппарат, допустим, у нас, можно пустить в 3 смены. А у нас некому работать на нём, пожалуйста.

О.А.: Да, цифровизация...

Н.: Да и молодым непросто.

А.: Старшему поколению – особенно.

МОДЕРАТОР: Дефицит кадров? Проблема в этом?

Р.: Делись куда-то по разным причинам.

О.А.: Или не пришли, или ушли к нам.

МОДЕРАТОР: Ушли в частную медицину?

Р.: Во-первых, частная медицина, неудовлетворённость заработной платой – основная проблема, потому что мы как государственной учреждение мы не можем конкурентную зарплату предложить. Ввиду того, что... в близлежащих городах Подмосковья кадры – это вообще огромная проблема. В связи с развитием МЦД, тут 30 минут до Москвы, а зарплата не на 5, не на 10, не на 20 тысяч, в разы различается, понимаете? То есть если в одном подмосковном городе можно получать 50-60 тысяч рублей, то проехав 30 минут на МЦД можно получить 200.

МОДЕРАТОР: 30 минут?

Р.: Или еще вариант. Вот тоже я Вам могу сказать, пол Щербинки принадлежит Подмосковью и ровно по дороге через светофор под Щербинки принадлежит Москве. Поликлиника, которая стоит... У нас просто зам по ОПП, она не знает просто что с этой поликлиникой делать. Абсолютно невозможно найти туда врачей, потому что ровно через 300 метров через дорогу стоит поликлиника, которая подчиняется Москве. Там зарплаты, ещё раз говорю, ровно в 3-4 раза больше. Я даже точно могу сказать, как минимум, врач-терапевт, который ходит по домам, получает в московской поликлинике 200 тысяч.

О.А.: Да ладно, это ковидные Вы сюда «присобачили», это не то.

Р.: Хорошо, сколько у Вас сейчас врач-терапевт получает?

О.А.: У нас мало.

Р.: Сколько же «немного»?

О.А.: У нас терапевт за прошлый месяц получила 15 тысяч.

Р.: 15 тысяч. А тут 200 тысяч, понимаете? Что обсуждать? Ну, хорошо, я могу Вам сказать, у нас врач-терапевт 80 тысяч рублей – это вот...

О.А.: Зарплата?

Р.: Это 32 тысячи — вот это... Это, знаете, как стахановец, в забой утром ушёл и к ночи вышел.

О.А.: Конечно, понимаю, что Вы мне рассказываете, скажите это врачам из других...

Р.: А здесь 200 тысяч рублей. И я Вам уверяю, что 300 метров – преодолимая дистанция.

Д.: И не только из-за зарплаты. Молодые, амбициозные идут работать на VOLUSON E10, Da Vinci или на Версане, осваивать новые технологии, опыт нарабатывать. Ну и зарплата, конечно. Плюс контингент в частном секторе отличается, для молодежи это важно.

С.: Ковид помог, тут не спорю – но цифровизация идет непоследовательно, лоскутами – аппараты цифровые закупили, а единую сеть сделать сложно, по полдня бывает сидим без интернета. Наверное, надо понимать, что цифровизация – прежде всего, это оперативная связь и обмен данными. Да, цифровизация у нас страдает. И мы, конечно, от нее страдаем (смеется).

А.: Я добавлю. Цифровизуемся, да. Но вот такой момент – молодые приходят уже в теме всех новых технологий, а вот наше старшее поколение – оно не может, не успевает, им сложно освоить цифровую премудрость. Молодежь же пришла, на них сгрузили всю цифровую историю – и они ушли, и остаются наши возрастные коллеги, которые тяжело решают вопросы с интернет, расшарить – они не понимают, зависло – боятся. Не забывайте, регион большой. Поближе к Москве с этим проще, но отъезд за Мытищи – поля и отсутствие интернета вообще.

О.А., Р., В., Д.В. кивают.

Н.: Да, согласен. Кадры – это больной вопрос. Как их удержать в районе, когда рядом Москва. Вот и получается, регион столичный, а врачей нет. Или есть, но на новом оборудовании работать не умеют.

О.: Я еще хотел сказать. Я согласен с коллегами. Но! Все так, но еще я хочу сказать, что ковид сильно ударил именно по онкологии. Я столкнулся со случаями... с таким резким прогрессированием, плюс стало больше тех, кто «сидел» в ковид дома и лечился лопухом. А сейчас они начали обращаться – и там – третья-четвертая-распад. Это опять к ранней выявляемости, телемедицине и цифровизации.

Р.: Да, есть такое.

Д.В.: (кивает)

МОДЕРАТОР: А с чем это связано, на Ваш взгляд, такое отношение к телемедицине?

О.: Нет цифровой работы с населением, нет рутинной телемедицины – вернее, наш пациент и не знает, и не хочет ее. Хотя даже простое описание симптомов и получение направления на определенные исследования позволило бы выявить раньше. Но если телемедицина, то для многих это «не по-настоящему».

О.А.: Да.

В.Н.: (кивает)

О.А.: Согласна, все наши усилия разбиваются о неграмотность пациента, нежелание идти ко врачу – что это, страх или лень не знаю. Но нужно воспитывать население однозначно. Должно быть понимание, что врач не всесилен. Тогда, кстати, и жалоб будет меньше. Я пришел с запущенной формой, и меня не вылечили – врачи виноваты.

С.: Возвращаясь к выявляемости, тот работодатель, который вынуждает своего сотрудника проходить это – вот там самые лучшие показатели. Коммерческие организации, которые не могут себе позволить больничные листы большому количеству своих трудящихся, дни же считаются. Есть жесткое правило, где, не пройдя диспансеризацию, вам не дают допуск на работу, значит вы не получаете заработную плату. Всё просто: человек вынужден идти на эту диспансеризацию. Пока он её не пройдет, он на работу не выйдет.

Р.: Полностью согласен, возложить эту обязанность надо на работодателя. Если у работодателя есть непрошедшие медосмотр сотрудники, которые допущены до работы – то увеличивать какие-то пенсионные взносы, штрафы платить. Не знаю, можно это продумать, этот механизм.

О.А.: Неоплаченные больничные, кстати, очень хорошо работают.

Р.: Штрафы, давайте говорить, да штрафы.

Р.: Смотрите, какая ситуация интересная получается. группу возрастную мы берём льготным лекарственным обеспечением, которая, как говорят коллеги, ходят постоянно к врачу. Вы не прошли диспансеризацию – не получили льготный препарат. Государственные деньги, государство тратит на эти препараты, а почему вам даётся бесплатный препарат, а вы в свою очередь не хотите ничего сделать для государства. Вот такая банальная вещь, но она и рабочая. А как раз с молодым возрастом идеально С. предложил. Да, возложить ответственность на работодателей.

МОДЕРАТОР: А, на Ваш взгляд, готов сам среднестатистический пациент идти на диспансеризацию? Как в целом пациент относится к этому мероприятию?

Д.: Может и готов, да не может – работодатель не всегда отпускает, времени это мероприятие займет много, да еще и не понятно, сделают ли ему то, что нужно или то, что есть.

О.А.: (кивает)

А.: Готовность низкая у населения по моим наблюдениям – особенно у тех, кто чувствует себя здоровым. Это не так может быть, но у нас такие установки – не болит, значит здоров, и нечего по врачам ходить.

ВАЛЕНТИНА: улыбается

О.: Да, забота о своем здоровье часто воспринимается как такая история, для слабых духом. Да и в целом наше население пока есть полис ОМС о цене лечения и ценности профилактики не думает.

О.А.: Особенно мужчины так думают. Да и в целом профилактически не загонишь, пока, как известно, жареный петух не клюнет...

С.: Согласен. Да и работа у нас сейчас такая, бесконечная – не уйдешь лишний раз.

А.: Да-да.

МОДЕРАТОР: Скажите, Р., Вы упомянули про возраст, а какой пациент, молодой, среднего или старшего возраста, на Ваш взгляд, готов идти на диспансеризацию?

Р.: Вот моральная готовность. Потому что сейчас мы сталкиваемся с тем. Что как раз молодёжь у нас более осознана, они понимают, что здоровье – это ресурс, платный ресурс, в который надо вкладываться, который позволяет зарабатывать деньги. То есть наше идеалистическое представление о том, что есть некая система, патерналистское такое представление, которая нам должна, защитить, вылечить, и на неё с удовольствием перекладывали ответственность за собственное здоровье, молодёжь...

В.Н.: Можно, я молодой, отвечу.

МОДЕРАТОР: Да, конечно.

В.Н.: Значит, сейчас молодёжи есть два вида. Есть молодые, хорошие, здоровые, спортивные, за ЗОЖ. А есть безответственные. Вот молодые, здоровые, спортивные как правило несколько лучше себя чувствую в этом мире.

МОДЕРАТОР: Успешнее?

В.Н.: Да, не стал говорить. И они идут в платные клиники, им там быстрее и удобнее.

О.А.: У них и страховка скорее всего есть. И они в целом более привержены ЗОЖ.

В.Н.: Вариаций очень много. А вот ребята, которые себя менее успешными чувствуют, не такие активные-спортивные, да и беднее – они вообще никуда не пойдут.

МОДЕРАТОР: Почему?

В.Н.: А зачем? Он сидит, играет, у него всё в жизни относительно хорошо, он ничем не интересуется. Здоровье? Пока что пойдёт, никуда ходить ради него не надо. Поэтому здесь их не надо сравнивать, это не получится.

Д.: Следующая история, работающее население, которым с работы выйти на это обследование крайне сложно.

МОДЕРАТОР: Их не отпускает работодатель?

Д.: Их не отпускает или они сами говорят, что не могут. То есть работающее население тоже туда особо не побежит.

В.: Целый день, ещё не факт, что ты пройдёшь.

Р.: И как ты еще у работодателя отпросишься, не все поймут зачем идти ко врачу, если ты здоров.

Н.: А за работу сейчас народ держится двумя руками. И попробуй найди время, тут даже если болеешь – пилюльку – и на работу, по-другому не получается.

Д.: И вот это предположение, что работодатель должен это сам давать, вернее требовать это обследование – это правильное решение. Государство вроде бы даёт один день на диспансеризацию.

МОДЕРАТОР: Да.

Д.: Но попробуй ты её за один день реально пробежать.

Р.: Нереально, да.

МОДЕРАТОР: А насколько, на Ваш взгляд, сами пациенты информированы о том, какой перечень медицинских услуг могут получить в рамках диспансеризации?

В.Н.: По-разному. Но если брать в целом – недостаточно.

О.А.: Практически не знают – если идут, по листу. Я ни одного пациента не видела пока, который изучил этот вопрос.

С.: Ну это же бесплатно, а значит ничего не стоит. Зачем вообще об этом думать.

Р.: Согласен, не знают и особо не интересуются.

Д.: Да (*кивает*). С другой стороны, не везде есть и необходимое оборудование для полноценной диспансеризации – и затягивается эта история надолго.

Р.: Да, точно.

О.А.: Если здоров и ранее обращался регулярно – то быстрее. Но это для тех, кто следит за собой, ведет здоровый образ жизни...

МОДЕРАТОР: На Ваш взгляд, россияне ориентированы на ЗОЖ?

О.А.: Разного возраста – по-разному. Молодежь сейчас как-то более осознанная в этом отношении. Они понимают, что здоровье – это деньги, и готовы вкладывать «в себя» что называется. Да и вообще приобщается народ потихоньку.

Н.: Не забывайте, что есть еще такое... мода на псевдо-ЗОЖ. Ты такой на спорте, на стиле, но вечером пьешь дайкири (смеется).

О.А.: (смеется) И это тоже. Но, в целом, молодежь спокойно идет к стоматологу, носит очки, проверяется на ВИЧ и прочее. Они более рациональны и делают то, что нужно. Мужчины среднего возраста – это боль, они вообще никак не идут ко врачу. Да и женщины. Они все в работе, в заботах. А возрастные пациенты поневоле идут – когда что-то беспокоит, дома не посидишь.

Д.: Но я хочу сказать, что понимание, что такое ЗОЖ, ПП у населения растет.

В.Н.: Да, постепенно растет, согласен.

Р.: (кивает)

Н.: Это хорошо, так и до настоящего ЗОЖ дойдем.

О.: (смеется, кивает) Да, пусть медленно, но все же что-то сдвигается в нужную сторону.

С.: (кивает)

В. (кивает)

МОДЕРАТОР: А.?

А.: Да, согласен. Ковид как-то дал на это время многим, они и втянулись. Правда есть те, кто наоборот... Ну эти истории мы знаем.

МОДЕРАТОР: То есть пандемия...

С.: Да, пандемия дала время подумать и переоценить свой образ жизни. Да и в целом, народ понял, что даже сейчас есть вещи, от которых можно умереть. И выживают в любой ситуации те, кто следит за здоровьем.

Р.: Ну, не всегда...

Д.: В онкологии?

С.: Я в целом, не про онкологию. Мы говорим глобально, что есть частные вопросы, в плане как обследование, мы понимаем, что под ковид нам поставили столько КТ, которых нам тоже не хватает, но их стало больше. И рентгенограммы, вернее, КТ грудной клетки, которые всем стали делать и частично захватывать почки – бац, выявили опухоль почек. А сколько рака лёгких выявили?

О.А.: Да, этот момент был.

Д.: Техники нам добавили, КТ, УЗИ, гематологических анализаторов...

Д.В.: (кивает)

С.: Нам тоже.

А.: Да, нам тоже дали. Но нам все равно мало.

Р.: Кадров не хватало, а техника стала использоваться даже эффективнее для нас, онкологов, на мой взгляд.

Д.: Вот про это я тоже хочу сказать, что, на самом деле, у нас оборудование, оно есть, единственное, что у нас оно всегда используется какими-то...

МОДЕРАТОР: Нерационально?

Д.: Да, нерационально, у нас есть квоты на МРТ, что мы делаем? Мы начинаем всем делать МРТ. Закончились квоты на МРТ, давайте КТ делать, нам КТ сделать проще, потому что там квоты есть. А когда это всё посчитали, сделали КТ малого таза с контрастным усилением...

Р.: Надо МРТ?

Д.: Да, хорошо, но без контраста.

О.А.: Сделали?

Д.: И опять же получается, что перегружаем оборудование, перегружаем пациентов, время. И деньги государственные улетают, и толку нет. Либо это надо как-то решить вопрос с квотами на эти исследования. Потому что да, столько-то квот, их использовали и всё.

Р.: Наверное, надо смотреть в соответствии с клиническими рекомендациями, если желательно проведение исследования, а как квоты выделяются не очень понятно, как квоты выделяются, кратность исследования.

МОДЕРАТОР: То есть не синхронизировано?

Р.: Не синхронизировано, да. Одного избыток получается, а второго недостаток.

МОДЕРАТОР: Каким образом лучше всего выстроить систему выделения квот? Есть ли какой-то специалист, который сидит и подсчитывает?

ВАЛЕНТИН: Это в доступе у самих рентгенологов. Они зачастую об этом говорят, что мы здесь зачастую получаем такие данные, а без нас это никто не считает, наверняка. Технологи обдумывают, что назначают, считать-то...

МОДЕРАТОР: Врач принимает решение исходя из наличия квот, из необходимой части исследования, но могут быть и запросы со стороны пациента? Возможно ли разъяснить пациенту, что необходимо, а что будет вредным для него или бесполезно?

О.А.: Возможно, не поверите, но возможно.

МОДЕРАТОР: Расскажите, как.

О.А.: Врач должен быть коммуникабелен и убедителен, а для того, чтобы быть убедительным, он должен владеть нужной информацией, для этого клинические рекомендации в помощь. Открываешь приказ, показываешь пациенту: «Знаете, но при вашей патологии в том состоянии, в котором Вы сейчас находитесь, для диспансеризации». Не далее, как вчера, пациентка с первой стадией рака молочной железы когда-то там в лохматом 2000-м году прооперирована, но где-то прочитала, что КТ ей 1 раз в год положено. Она вчера пришла и говорит: «Я хочу к онкологу, мне бы надо направление на ПЭТ, можете и Вы мне его выписать». Я говорю: «А для чего как бы? А у нас есть такой документ, Вы знаете, Вам достаточно с учётом 20-летнего стажа заболевания и ремиссии длительной, можно сделать УЗИ, рентген и обойтись всем этим, и не ехать куда-то, не облучаться, и не вводить». Пациенту разворачиваю экран и показываю, пациент видит, что красивый герб, да Минздрав – согласен.

Д.В.: В работе с пациентом должна быть такая связь между врачом и пациентом, убедительность врача, это всегда имеет значение, доверительное отношение между врачом и пациентом.

О.А.: Я первый раз в жизни её видела, может и в последний. Но могут быть жалобы.

МОДЕРАТОР: А почему Вы считаете, что может быть жалоба?

О.А.: Всякое бывает.

Д.: Пациент выходит за дверь и пишет жалобу. Тут же, их видно, потому что она была в 16:20, жалоба написана в 16:23.

Р.: Прямо за дверь?

Д.: Да, через 3 минуты.

Р. (О.): А сколько потратили на неё времени?

Д.: И как Вы думаете, чем это всё решится? Всё решится, что её 30 лет наблюдают, и ей не надо, и она согласится? Она скажет страховой компании, так что врач лучше сделает ей все, что просит.

О.А.: Я вообще сижу на работе долго, я как-то на время не смотрю, сколько я трачу, долго. С этой быстро, 5 минут. Она зашла просто, дверь открыла и зашла, без записи.

Р.: Это к вопросу о 12 минутах. У Вас, у онколога ещё нету времени каждому рассказывать про мотивы, правовую документацию показывать на экране. За 12 минут...

О.А.: 15.

Р.: Хорошо, даже 20, Вам надо посмотреть, что-то выписать, кому-то что-то объяснить. И это выглядит иногда с точки зрения пациента, что врач не хочет делать и оправдывается, почему он не хочет делать.

В: И паялится в компьютер весь приём.

МОДЕРАТОР: Как часто вы сталкиваетесь с жалобами пациентов?

Все вместе смеются.

Р.: Ежедневно, многочисленно, по несколько десятков.

Все кивают, одновременно: Часто, каждый день, много.

О.А.: Если не больше.

В.Н.: Часто – не то слово. Жалобы – на все – не только на качество конкретной медицинской помощи, но и на то, что не так одет, не так посмотрел, не таким почерком написал.

МОДЕРАТОР: Бывают ли такие случаи, что такие жалобы доходят до каких-то санкций? Возможно, это вызов в суд или судебные иски, сталкивались ли вы с этим в своей практике?

Р.: Бывает.

МОДЕРАТОР: Вы сталкивались с этим лично? С какой ситуацией это было связано?

Р.: Человек хотел трёхмесячный препарат, а у нас был одномесячный.

О.А.: И всё?

Р.: Он ещё хотел ещё золадекс, а у нас был месячный, по-моему, аналог... Или что-то, не помню, это дошло реально до суда.

О.А.: Почему такие принципиальные? Ну купили бы.

Р.: Что значит «купили»? Мы ему купим за 2 месяца?

В.: Чем кончилось?

Р.: Кончилось в итоге: нас суд обязал обеспечить его трёхмесячным. Вот, кстати, вот это правило, абсолютно от него надо уходить в медицине. В противном случае дальше будет снижаться популяризация врачебной профессии. Потому что я могу вам сказать так, что молодежь, даже которая учится в мединститутах, она не хочет работать врачами вообще. Порядка, доля людей, которые не идут после окончания вуза врачами от года в год увеличивается.

МОДЕРАТОР: До 30%, между прочим.

Р.: Огромная, она и растёт с каждым годом.

В.: Закономерно всё.

Р.: Почему? Потому что тяжёлая работа, высококвалифицированная, низкооплачиваемая.

МОДЕРАТОР: Высокоответственная?

Р.: Высокоответственная. Я Вам могу сказать, что все люди, здесь сидящие, они учились в мед институте. И я даже по своим сверстникам помню, когда я учился, мои одноклассники из школы на 3-м курсе уже работали в банках. Кто-то там какой-то коммерцией занимался. А я там сидел, говорю, как коллеги, на 3-м курсе там патанатомия шла и фармакология. Слушайте, это же кошмарный предмет, там круглосуточное обучение. И люди не ходят вообще в институт твои сверстники, постоянно тебя куда-то зовут. Я говорю, это у всех, наверное, было. Это тяжелейший труд обучения, который не кончается на протяжении всей жизни, а выхлоп-то никакой.

В.: Эмоциональное выгорание.

Р.: Эмоциональное выгорание. И дальше, к чему я дальше это всё подвести. Дальше у нас клиент всегда прав. Вот эта вещь, она должна перестать, искореняться из разума населения, потому что медицина входит в сферу услуг, но, если это сфера услуг, тогда надо менять в этой сфере тарифы. Я вот объясню, что, наверное, в Российской Федерации, давайте мировую практику возьмём, я думаю, что нет такого приёма в мире. Сейчас специалисты ни в одной стране, которые стоят 2-3 доллара, но это нереально, слушайте.

О.А.: А 80 центов не хотите?

Р.: Это где? Я ещё раз говорю, можно очень долго эту дискуссии продолжать, но ключевая таких примеров, Вы меня понимаете.

О.А.: Мы катимся не туда.

Р.: Да. И соответственно, я могу сказать, что, к сожалению, региональное здравоохранение, не смотря на все такие поддержки со стороны государства, оно умирает. Вы только можете увидеть хорошее региональное здравоохранение в богатых регионах, где есть средства регионального бюджета. Возьмите Красноярск, Тюмень, Сахалин.

МОДЕРАТОР: Сахалин?

Р.: В Сахалине остаётся 3% от СПГ в регионе, всё. Это самый крупный СПГ-завод на Сахалине, всё. Пожалуйста. Финансирование просто гигантское. У них даже сейчас, вот состав, В., Вы Старцева знаете? Они 08:42??? закупают, у них, оказывается, выделен бюджет на средства, на лекарственные препараты, не входящие в ЖНВЛП. Там Марина с ними, Замковая, знаете её, такая корейка?

В.: Да, хорошая женщина.

Р.: Она сказала мне, я сейчас врать не буду, там какая-то гигантская цифра, реально гигантская. Там несколько, если не ошибаюсь, там несколько десятков миллионов рублей.

МОДЕРАТОР: Скажите, Вы упомянули о том, что история с пациентом, я возвращаюсь к суду, закончилась таким образом. Оказывалась ли Вам поддержка юристом?

Р.: У нас есть юрист в больнице.

МОДЕРАТОР: А Вы к нему обращались?

Р.: Она и занимается всеми этими делами.

МОДЕРАТОР: Насколько вообще важна была поддержка в этот момент вашего коллектива?

В.: Ну это же к больнице иск.

Р.: Вы знаете, на самом деле очень много судебных дел, и юристы, я думаю, у них такая же ситуация, они из судов этих не вылезают. Это я Вам частный какой-то пример привёл. А там и знаете, в суд подают: хотят разобраться в причине смерти...

МОДЕРАТОР: Чаще всего какого рода жалобы?

Р.: Нахамили реже, всё-таки такого нет. Но «Плохо лечили – меня лечили, потом ноги заболели». Причём, знаете, с связи с этой популяризацией позиции пациента «я буду жаловаться» чаще всего бывает ситуация, когда люди приходят, думаю, у всех такая была ситуация, и говорят: «Я вас заставлю тут работать», понимаете? И мое любимое вот это: «Вот вы сидите, ничего тут не делаете, сейчас с вами тут всеми Кузькина разберется – я ей позвоню, и она с вами разберется». А это, в том числе, причина того, что люди молодые, они не хотят здесь работать, слушать это.

О.А.: кивает

МОДЕРАТОР: А что, на Ваш взгляд, необходимо сделать для повышения защищенности врача? Какие меры нужны?

С.: Для защиты пациентов созданы пациентские сообщества, у нас есть достаточно много активистов, которые действует в защиту прав пациента, но врач зачастую остаётся беззащитным. И зачастую, в суде... это не только стресс, но и оскорбительно для врача, для его квалификации. Мы видим, на самом деле, сейчас в таком общественном дискурсе, есть много случаев, когда врача обвиняют, и несмотря на то, что потом эти обвинения оказываются снятыми, извинения не поступают, хотя репутация подмачивается. Нужны законы, которые будут защищать честь врача, как это ни пафосно звучит.

Р.: Я Вам больше скажу, некоторые пациентские организации ещё и снабжаются деньгами для поддержки не всегда, очень, с моей точки зрения, понятными. Я Вам объясню почему, сейчас обосную, я это знаю. Когда была дефектура, по некоторым лекарственным препаратам, некоторые пациентские организации подкармливаемые определённые финансовыми средствами под эгидой того, что они хотят помогать пациентам, лоббировали интересы определённых компаний. В том числе зарабатывая и себе на этом и всякие имиджевые составляющие, при этом я должен Вам сказать, там и юридически очень подкованные товарищи есть, просто люди работают за деньги, вот и всё. Но всё это маскируется под пациентскими организациями, это огромное количество жалоб, причём, действительно...

В.: Составляют очень грамотно.

Д.В.: Да, я тоже читал такие.

Д., А.: *(кивают)*

Р.: С юридическими нюансами, я почему Вам это говорю, у нас тоже жалобы приходили, у нас юристы этим занимаются, они говорят, что это составлено профессионально. То есть это не помощь пациентам, это доход, это коммерция. Заботу о пациенте надо от бизнеса отделять, а это

бизнес. Человек работает юристом, берёт хорошие средства, потому что некоторые препараты стоят как месячная зарплата одного отделения хирургического. Изумительно.

МОДЕРАТОР: Коллеги, скажите, а какие меры необходимы для защиты врача? Исходя из своего опыта работы, как Вы считаете?

О.А.: Страховать ответственность, Вы это имеете ввиду, то, что сейчас говорите? Да, страховка могла бы, теоретически, эти проблемы решить. Но в нашей системе это такое, что-то не из нашей жизни.

МОДЕРАТОР: Вы сняли у меня с языка, только хотела сказать. Да, действительно, ведь это практика многих развитых стран - страхование ответственности.

Р.: К сожалению, мы не можем изменить законодательство, я могу объяснить почему. Вот то, что вопрос страхования, не спасёт. Законодательство, к сожалению, устроено таким образом, что оно всегда встаёт на сторону пациента. И в том числе этим пользуются юристы.

МОДЕРАТОР: Надо менять законодательные моменты какие-то?

Р.: Где-то да. Особенно в вопросах оценки вины – очень тяжело провести экспертизу, Вы это понимаете? Кто судьи? Как определять? Это очень большая проблема, сумасшедшая просто проблема.

С.: Понимаете, тут вопрос какой, если вы работник столовой, вам меняют вывеску «ресторан», при этом всё остаётся на том же уровне. Человек заходит в сферу обслуживания и требует ресторанного отношения, то простите, вы вывеску повесьте такую, чтобы он понимал, что он в столовой. А если он в ресторане, то это тарифная сетка совсем иная, совсем другой подход, совсем другое меню. Поэтому понятие «обслуживающий персонал», оно в человеке порождает такое полубарское отношение: «Да я буду жаловаться, да вы мне должны, обязаны». Стоп, минутку, это не сфера питания, где «я хочу котлету такую-то, и подайте мне её в таком виде, в каком я хочу». Нет, это вообще не так, это вообще не оттуда. Как можно оценивать специалиста, который полжизни своей учится, и который должен подпрыгнуть по какому-то желанию. Даже не в этом дело, вопрос в том, чтобы страховать что-то, понимаете, откуда оно растёт, если спекулировать население на жалобы, то, конечно, вам придётся страховать другую сторону. Потому что понятно, эти будут жаловаться бесконечно, им деться некуда, их надо страховать. Если вы хотите расширить фронт адвокатов, а он действительно увеличится, им придётся платить зарплату. Но изначально-то, вы две толпы не надо сталкивать, одних и других. И тогда в общем, наверное, нивелируются многие вопросы.

Р.: Это всеми нами горячо любимая рекомендация NCCN, которая существует, вы, наверное, слышали, это национальная рекомендация ракового сообщества. Вот по данным FDA в США, этих фактически людей, которые писали, в Соединённых Штатах лечиться на основании этих рекомендаций имеют право всего 36% населения. У нас эта цифра кратно выше, это к вопросу. Пожалуйста, у вас страховочка какая? Получите анальгинчик дома. А у вас какая? Вам дадут нурофенчик в дневном стационаре. А у вас всё включено, значит вы получите полный спектр ещё с филиппинкой-массажисткой, чтобы спинка у вас не болела.

С.: Тогда сфера обслуживания работает.

Р.: Да, но, это стоит денег, С. В. абсолютно прав. А у нас «вам положено».

МОДЕРАТОР: Вы имеете в виду, у пациентов завышены ожидания в отношении того, что система здравоохранения должна предоставить?

Р.: Вот, очень правильно Вы уловили мою мысль. То есть у нас у некоторых пациентов создаётся ощущение, что они должны прийти ножками к врачу... А лучше, чтобы к ним приехали домой. Их должны посадить в бизнес-джет, отвезти с видом на Эйфелеву башню, сделать какую-нибудь процедуру, отужинать в хорошем ресторане, посадить в бизнес-джет и вернуть. И это всё по ОМС. Платить за это всё не надо, бесплатно всё. Отсюда и необоснованные жалобы.

МОДЕРАТОР: Необоснованные?

О.А.: В большинстве случаев – необоснованные: не приняли без записи, мало внимания уделили, не назначили обследование, которое хотелось, но не нужно.

МОДЕРАТОР: О., я вижу, Вы хотите что-то сказать?

О.: Да нет, я просто полностью согласен с Р. Хотя у нас же сложно отыгрывать назад, мне кажется, это было ошибочное понятие, потому что тоже в судах я был. Изначально, последнее, если мы посмотрим по врачам, все суды проиграны. Вплоть до посадки людей, которые вообще не виноваты, скажем так. Изначально, есть адвокатура, есть страхование, но, однако, судили, очень жестоко судили врачей и несмотря на то, что профессиональный союз, где лучшие приходили, их выслушивали, но все равно выносили этот вердикт. Экспертизу по таким спорам нужно отдать на откуп профессионалам, экспертам по медицинским вопросам. И это было очень тяжело профессионалам вот так сделать. А изначально попадали в суд, он приходит уже злой, онколог не выдаёт лекарства, а для профессионала это уже смешно, он рассказал, как анекдот. И при том, самое интересное, что есть исследование, что медсестра, которая делает вот эту трёхмесячную штуку, которую она в попу вкалывает, в части случаев половина остаётся в шприце. То есть тот шприц, что наиболее доходит – на месяц.

Р.: Если сводить суды к сфере медицины, там судья должен быть врачом, причём по профилю рассматриваемой ситуации, заболевания. Суд – это такая интересная штука, там судья ровным счётом вообще ничего не понимает в медицине. У него есть определённый свод законов, на основании которых он выносит какое-то решение. Ему даже объяснить, чем отличается один инструмент от другого невозможно, для него это просто какие-то слова.

МОДЕРАТОР: Набор букв?

Р.: Просто какие-то слова с буквами, что это такое? Он не знает, что это такое. И порядок введения он не знает, судья не в курсе, да он вообще ничего не знает. Ему положено было? Да, в принципе положено.

МОДЕРАТОР: Кто выступает экспертом в отношении?

Р.: Нет эксперта.

О.А.: Есть эксперт, во всяком случае при департаменте...

Р.: Экспертиза знаете сколько стоит? Эксперты есть, но когда вопрос идёт миллионах... а не о трёхмесячном золадексе. Я уверяю, для нас, то есть для нас как для юридического лица проще потратить 12 тысяч, чем заказывать судебную экспертизу.

О.А.: Я с самого начала это Вам сказала.

Р.: Это мы тоже потом решили, хорошо.

О.А.: Дешевле.

Р.: И получается, что организация ещё вроде как идёт на уступки пациенту, который абсолютно с точки зрения медицины неправ.

МОДЕРАТОР: В каких ситуациях это происходит?

Р.: Я Вам объясню, какая там ситуация была. Пациенту нужна была пролонгированная форма депо. Он упёрся, что он месячную не хочет, и начал сразу писать кругом жалобы. Мы ему писали, что есть альтернативная замена – нет и всё. Вот нет. И ПСА мы ему контролировали – «не буду делать, мне положено». Потом он в суде говорит: «А что ж вы затаили на две недели?» Мы говорим: «Ну он отказывался». Но на суде - «А где отказ зафиксирован, письменно он писал расписку?» Нет, сын приходил у него. Очень хитро всё было тоже сделано, сын приходил и говорил: «Нет, не появилось? Мы не будем делать». Потом они стали дальше до вынесения эту тему на решения консилиума, но там эту тема тоже не прошла. Но. потому что у меня ПСА повышен... Вообще этот дед ещё будет 100 лет жить, вы меня извините, конечно. Ему 75, у него сын ещё такой интересный, кстати, к вопросу о юридических нюансах. А вот сын там зарабатывал, причём мы поняли, что он уже подтянул каких-то юристов, и он просто решил денег с больницы заработать, ему на папу, я Вас уверяю, было так себе. Денег он хотел снять.

МОДЕРАТОР: Вот, кстати, ещё очень хороший вопрос. Насколько важна в обращаемости и приверженности лечения пациента поддержка семьи? Да, бывают такие крайние случаи, но всё-таки. И в западной, на самом деле, традиции очень большое внимание уделяется роли семьи, поддерживающей, социальное окружение, так называемое. Есть куча исследований, когда связь одиночества и социального окружения, связь заболеваемости и социального окружения, связь благополучного исхода и социального окружения. Особенно скандинавские страны очень делают на это. У них министр даже целый есть по одиночеству, это вообще для нас что-то недостижимое.

Как вообще в нашей российской практике, участвует ли семья? Я бы хотела наших коллег тоже вовлечь. Вот, Н., как Вы считаете, важна ли семья или, так скажем, социальное окружение для пациента и для врача?

Н.: Традиционно русские, кавказские, наши все соседи, они отличаются тем, что заботятся о своих родственниках, за исключением, может быть, редких случаев. Но работая, половина своего опыта я приобрёл в стационаре, половину в амбулаторном звене. Я, конечно, если у пациента не нарушены когнитивные функции его, требуется всё-таки родственник, чтобы пояснить какие-то моменты, я стараюсь удалять родственника. Потому что, вот как коллеги говорят, у нас тут возросло, так скажем, правовая грамотность пациентов и родственников пациентов. Они активно используют несогласованные видео аудиозаписи, поэтому, может быть.

МОДЕРАТОР: Насколько это распространено...

Н.: (перебивает) Потребительский терроризм.

МОДЕРАТОР: Потребительский терроризм?

Н.: Нет, это вот я к тому, из разряда того, что коллеги до этого сказали, Вы же задали другой вопрос?

МОДЕРАТОР: Да.

Н.: Забота и нахождение, это всё.

С.: Даже не надо забывать, что у нас есть юридический документ, который подтверждён уголовной статьёй «разглашение врачебной тайны». И вы не имеете право без согласия пациента никаких родственников привлекать, тем более сторонних людей. Поэтому если пациент дал согласие, а там только два человека можно написать, то можете использовать этот инструмент, а если нет, тогда...

Н.: К тому же иногда присутствующие родственники, они бывают некровного родства, зятя, снохи.

Р.: Да и просто люди, которым грустно, они приходят заниматься провокациями, именно провокациями, по-другому не скажешь.

МОДЕРАТОР: Если мы отойдём от, в другую сторону немножко. Насколько забота семьи и близких влияет на лечения? Вот исходя из вашей практики? Нужно ли вовлекать семью?

О.А.: Чаще всего нужно.

ВАЛЕНТИНА: Если адекватная семья, то, конечно, да.

О.А.: Вопрос даже посещения врача, когда пациент находится на стадии первичного обследования. И приходит тот самый момент, когда врач должен озвучить диагноз, который, как правило, неутешительный для пациента, очень хорошо... И естественно, мы стараемся не просто озвучить, но и продолжить какие-то пути, выходы из этой ситуации, лечение, рассказать о чём-то, каковы перспективы. И очень важно, чтобы рядом находились как раз люди здравомыслящие, потому что это нормальная реакция для любого человека, он находится в состоянии шока, стопора, стресса, как угодно можно назвать. Он невосприимчив к данной информации, важно, чтобы рядом был кто-то, кто, во-первых, адекватно оценить, во-вторых, включиться в процесс вот этого, лечения, потому что помощь потребуется. Они все становятся забывчивыми, и возраст, и социальный статус здесь вообще не имеет значения. Поэтому очень важно на каких-то этапах, когда пациент начинает терять приверженность и уже не хочет лечиться, он устал. Тем более, родственники становятся тем самым инструментом, через который можно достучаться до пациента, для того чтобы вновь в нём воскресить какие-то надежды и настроить его на какой-то лечебный процесс. Или, во всяком случае, поддержать пациента в том, что что-то вокруг него происходит, все стараются бороться за его жизнь. Вот это важно.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

С.: Просто понять нужно, насколько вменяемые и адекватные родственники. У нас масса людей, которых привозят дочери, своих родителей, которые где-то в деревне сидят и не поехали если бы не они.

О.А.: Если бы не Новый год.

С.: Новый год, они простимулировали и так далее. Но есть и отрицательный момент. У нас есть такая показательная ситуация, когда муж, чуть старше, чем супруга, и у мужа

запущенная стадия злокачественного заболевания. Вопрос, победили ли мы или нет, помогли ли мы или нет. И он предпочёл ей рассказать, она играла роль такую активную, тяжело проходило лечение, длительный госпитальный период, и вот, слава богу, всё удалось, пациент готов на выписку. На что мы получили несколько жалоб и претензий по поводу того, что «вы же сказали, что о погибнет, я уже всё продала».

Р.: Не, иногда доходит вообще до абсурда.

С.: Поэтому дело такое.

МОДЕРАТОР: Д.В., мы Вас давно не слышали, скажите, как Вы считаете, нужно ли привлекать семью и как действовать с семьёй?

Д.В.: Здесь, наверное, абсолютно всегда нужно привлекать родственников, опять-таки с согласия самого пациента, но нужно всегда учитывать именно составляющую часть вот эту, семейную, потому что классиками было сказано: «Квартирный вопрос испортил москвичей». И, к сожалению, мы часто тоже это видим, видим, когда пациент не доходит уже до отделения, а родственники уже находятся в далёкой поездке куда-либо. И поэтому это очень индивидуальный вопрос, какого-то однозначного ответа на него, сказать, что «да, нужно, все 100%» или «нет, ни в коем случае никогда», я боюсь, что мы не сможем ответить.

МОДЕРАТОР: Если взять вот такой умозрительный некий портрет идеального пациента, как бы Вы могли его описать?

Д.В.: Идеальный пациент – это пациент, который ничем не болеет и обращается только с целью диспансеризации, на которой мы продолжаем ничего не выявлять, и при этом продолжают и те отчисления из фонда заработной платы по фонду ОМС. Это идеальный пациент. И потом в возрасте 80-ти лет на скайсёрфе он случайно...

О.А.: Акула съела.

Д.В.: Окунается в пучину страсти от большой душевной тоски.
говорят вместе, неразборчиво

МОДЕРАТОР: Спасибо, Валентин, скажите, как Вы считаете, вот семья насколько важное значение имеет в лечении, вот именно в процессе лечения этого пациента. И такой же вопрос для Вас, идеальный пациент для Вас такой же?

В.Н.: Нет, до Д.В. мне далеко, такими терминами не умею оперировать, такую красоту, давно не был на море. Опять же, возвращаясь, и те, и те случаи встречались. На мой взгляд, больше нужны психологи, нежели чем семья, потому что семья вроде да, иногда обнадеживает, а завтра всё оказывается абсолютно не так. Психологи, конечно, для пациентов, особенно в тех клиниках, где массово занимаются онкологией, они нужны.

МОДЕРАТОР: Есть ли они?

В.Н.: Нет, конечно.

О.А.: Где-то есть.

ВАЛЕНТИН: Мы сами и психологи, собственно говоря, по-моему, О.А. говорила, что сходу надо говорить: «Да не надо расстраиваться, всё будет хорошо». Вот ты человеку и родственник, и семья, и психолог, и всё это надо уложить.

О.А.: Сам себе ещё корректируешь

Говорят все вместе, неразборчиво.

В.Н.: Всё это надо уложить ещё и в 15 минут, поэтому тут комплексный подход у онкологов всегда. Что касается, вторая часть Марлезонского балета, идеальный пациент?

МОДЕРАТОР: Да, идеальный пациент.

В.Н.: Их, на самом деле, довольно-таки много, но, наверное, чтоб я отметил в идеальном пациенте: который доверяет своему врачу. Потому что надо понимать, что онкология, какая бы она не была, на какой бы стадии она не была, это по-любому инвалидизирующая болезнь. Доверяющий своему врачу – это, как правило, скажем так, с интеллектом. Вот с ними легко, просто, и с ними проблем нет. Но не гиперинтеллект, который приводит

МОДЕРАТОР: Спасибо. А., скажите, абсолютно такие же вопросы. Важна ли семья на пути направления, на пути лечения?

А.: Прозвучало уже неоднократно, здесь очень всё индивидуально, потому что все семьи разные, соответственно разные профили. Некоторые семьи, там, где родственники принимают дельное участие мы все помним, что, и первично, когда ставится диагноз, и они фактически... Мы все помним, что для человека онкологический диагноз – это и осознание, и отрицание. И поддержка семьи в этом процессе, конечно, чрезвычайно важна. В какой-то момент человек может просто отказаться сам самостоятельно что-то делать. И здесь как раз семья играет промоутера, который всю эту историю движет, на самом деле. Есть семьи, здесь, условно, справятся, если тебе повезло с семьёй. Бывают ситуации, когда отношения в семье не так хороши, и тогда это уже может быть какие-то отрицательные моменты. Поэтому здесь всё очень индивидуально, равно как и дальше на этапе лечения уже. Наверное, моё частное мнение, что привлекать семью нужно максимально, и информированы они должны быть, потому что основная, львиная доля, на мой взгляд, вот этих проблем. Ну и жалобы, и конфликтные ситуации возникают как раз в тех ситуациях, когда есть дефекты коммуникации врача и пациента. Когда недоговорённости какие-то, нет обсуждений, может быть в силу объективных причин, может быть банально времени не хватило, чтобы это проговорить. Большая часть, 90% конфликтных ситуаций – это недостатки коммуникации. И в этой истории, семья, опять же, важная история, важная часть вот этого процесса. Отстранить их, когда они собирают по крупице информацию суррогатными способами, интерпретируют каким-то образом в своём сознании, допридумывают – это как раз чаще и богаче может реализовываться в какие-то жалобы, конфликты и так далее. Хотя действительно бывают совершенно неадекватные пациенты, которые уже на первичном общении, ты понимаешь, что жди беды. Это даже было прям ясно, как только они заходят к тебе в кабинет. Это первый момент, что касается роли семьи. Что касается «идеального пациента». Я, наверное, соглашусь, у нас же система поменялась, кто-то из нас, мы же ещё застали Советский Союз. И там была совсем другая система, там было, знаете, отношение к врачу такое патерналистское, то есть врач – это человек, который пришёл и рассказал, как правильно. Если пациент ему доверяет, то и шли. Как правило, шли к врачу. Если человек доверяет этому врачу, там вот когда сложились эти доверительные отношения, там и отношение, процент дальнейшего лечения, это никак системная такая штука, а здесь больше магия какая-то, не знаю. Наверное, это идеальная история. Мы не можем это себе сейчас позволить, такую историю, в силу потока, всех обстоятельств, но если Вы спрашиваете.

МОДЕРАТОР: Валентин сказал очень важную вещь, что нужен психолог, и что врач часто является психологом самому себе. Не могу не спросить, а нужен ли психолог врачу?

Р.: Два.

МОДЕРАТОР: Потому что это очень непростая область? Выгорание?

В.: Стрессогенная.

Р.: Психиатр с психотерапевтом.

С.: Да, врачу нужен психиатр с психотерапевтом. Это действительно профессия, в которой врач очень часто сталкивается с таким явлением, как выгорание. Наравне с нашими правозащитными структурами, наравне с учителями. То есть это сферы деятельности профессиональные, которые находятся, так скажем, под высоким действием выгорания.

МОДЕРАТОР: Вы лично готовы обратиться в какой-то ситуации, когда вы чувствуете, что на грани выгорания, к психологу? Пойдёте ли вы к такому специалисту?

О.А.: Может быть.

С.: Не знаю.

Д.В.: Пока не чувствую потребность. Кто знает? Может и придется.

О.: Нет, не готов.

А.: Нет.

МОДЕРАТОР: А почему?

А.: Не испытываю потребностей в консультации.

В.Н.: Справляюсь, нет времени, не хочу – миллион причин, если честно.

Д.: Где эту грань поймать-то, выгорание есть, нет?

В.: кивает.

Р.: Хочу сказать, что, в принципе, врачи достаточно психологически закалённые люди. Я Вас уверяю, что если мы возьмём усреднённый вариант по всей профессии, врачи еще держатся.

МОДЕРАТОР: Работа по специальности так закаляет онкологов? Какие-то навыки формируются в процессе?

В.: С годами наращиваешь броню, и не подвергаешься стрессам.

Р.: С годами, общение, работа с людьми в любой профессии - очень сложно. Даже если мы возьмём профессии, которые непосредственно коммуницируют с людьми – это очень тяжёлая работа. Соответственно у врача с годами там вообще броня появляется, которая позволяет ему выжить.

О.А.: Определённая доля цинизма должна быть.

Р.: Опять же говорю, эта закалка годами формируется, начиная с мединститута. Я вас уверяю, что в мединституте половина студентов может стоять и есть с трупами. И это их вообще никак не напрягает. В том числе, я имею ввиду начало закалки. Я Вас уверяю, что мало кто из людей... Я видел, как приводили в морг в анатомические, сотрудников полиции. Четверть из них падала в обмороки. При этом студенты-медики стояли ели, и говорили: «Чего-то слабоватые попались». То кому-то формалин не понравился. Вот этот зал анатомический надо увидеть, Вы всё поймёте.

С.: Профессиональное выгорание возникает-то в основном где? Там, где обычные простые манипуляции. Если вы 10 лет подряд перекладывали конфетку в этой последовательности, что вы понимаете, что разнообразия-то нет. И вам необходимо. Профессия врача подразумевает обучение каждый день. Каждые 5 лет вы подтверждаете сертификат, плюс разные курсы, конференции. Плюс пациенты приходят, заставляют вас ещё какие-то юридические части почитать, чтобы вам не влезть в какие-то вещи. То есть, если работать активно, то вам не грозит выгорание.

МОДЕРАТОР: С., а вот история с ковидом, она позволила Вам получить какие-то навыки, какой-то новый опыт?

С.: Конечно.

МОДЕРАТОР: Расскажите подробнее, пожалуйста? Это заболевание, очень сложная была история...

С.: Она и сложная была, и отчасти паническая.

МОДЕРАТОР: Много раз менялись стандарты лечения ковида только за первый год...

С.: Стандарты менялись 9 раз. Последнее 9-тое издание было, которое слегка скорректированное. Но в целом всё было от первой волны, уже было создано, а дальше всё отшлифовывалось, значительно ничего не менялось. Ключевые какие-то вещи – такого не происходило. А в плане навыков, да, совершенно верно, это работа в критической ситуации в командных условиях, когда вы понимаете, что вас мало и надеяться можно только друг на друга. И понимаешь, что здесь и сейчас – только мы, и нам-то никто не поможет – некому, все уже здесь. Чего греха таить, многие, очень многие тут же выбросили халат и сказали, что «мы работать на этом поприще не будем». И вы остаётесь в меньшинстве в замкнутом пространстве, при отсутствии медикаментов, кислорода и всего остального. И понимания вообще, как с этим бороться. Потому что вы занимаетесь только симптоматической терапией, которую в общем-то вы где-то там интуитивно понимаете. Потому что выяснилось, что у нас мало инфекционистов готовили в итоге, и быстро всех обучить за 10 дней – такая себе история. Мы понимаем все эти моменты. Но тем не менее, как показывает практика, научились все достаточно быстро, через 3 месяца в общем-то помощь оказывалась.

МОДЕРАТОР: В., я Вас услышала, (обращаясь к С.) хотела спросить ещё такой момент. Ведь именно ковид подстегнул развитие цифровизацию, наша удалённая история врача-пациента прежде всего. Оно подстегнуло развитие телемедицины, кстати. У нас было такое интересное событие как раз год назад. И как губернатор Камчатки сказал: «Как хорошо, что мы перешли на телемедицину. Сколько миллионов, тысяч миллионов сэкономили на вертолётах, потому что иногда врача вызывали и летели туда, где, в общем-то хватило бы и консультации. Но не могли этим пользоваться, не умели, не было этого оборудования». И вот ковид, как это ни ужасно, при

том, что эта история в общем трагичная и травматичная для всех, к сожалению, или к счастью, эта история несёт с собой какие-то положительные изменения, потому что мы стали более вовлечёнными в цифровую среду поневоле. Исходя из вашего опыта, заметили ли вы какие-то изменения в работе, стали ли вы пользоваться какими-то технологиями чаще?

С.: Ну, наверное, да... погрузились в цифровую среду в ковид и поневоле стали быстрее осваивать телемедицинские технологии. Вот эти все телемедицинские вещи ... с дефицитом медицинских работниками на местах было связано – деваться было некуда, поэтому надо было развиваться и оказывать помощь. Вследствие чего большее количество населения могло обращаться за медицинской помощью и получить те назначения, которые были необходимы. Да, здесь надо отдать должное, действительно история с ковидом получила хороший ответ. Равное как и подходы, допустим, новые подходы к давно известным вещам, они тоже структурно изменились. Потому, что само аномальное течение ковидной инфекции... оно разрушило многие установки, которые у нас были до этого.

МОДЕРАТОР: Спасибо. А как еще отразилась пандемия на системе онкологической помощи? Валентина, я хотела Вам дать слово, потому что Вы несколько раз порывались.

В.: Да, по поводу ковида, я по поводу телемедицины, он подтолкнул, может быть. Хочу сказать по поводу этой ковидной истории. Она несколько показала нам друг друга с той стороны, с которой мы раньше друг друга не видели. Многие стали понимать, кто что стоит. Я скажу, допустим, у нас такое определённое сплочение в коллективе, кто в красную зону эту зашёл, очень интересно было. Я бы никогда не подумала, что в обычную, доковидную эту историю в таком режиме общаться. Потом это позволило коммуникацию какую-то между докторами поменять. В принципе, такая проверка на вшивость была.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

С.: Согласен полностью.

Р.: Абсолютно.

О.А.: Да, да, да.

Д.В.: Согласен.

Д.: (кивает)

В.Н.: (кивает)

МОДЕРАТОР: Спасибо. Коллеги, Н., скажите, Вы работали в красной зоне?

О.А.: Я в поликлинике работала.

МОДЕРАТОР: То есть Вы приняли первую волну на себя?

О.А.: То есть как бы онколог, он терапевт.

МОДЕРАТОР: Тогда на приём, насколько помню, ставили.

О.А.: В костюме бегали по участкам, а так как это в Москве было, ещё и фото делали тех людей, которые должны были находиться дома. Там всё очень интересно, бодро было. У нас и до пандемии не хватало людей, а тут в ковид катастрофа... тысячи заболевших, и еще коллеги начали болеть – у нас и так нагрузка была сумасшедшая, а тут нас на прочность просто испытывала пандемия.

С.: По онкологии сразу был приказ, ещё в первую волну, о том, что онкологов не трогать, они должны оказывать помощь по своему профилю. Это сразу было определено, поэтому онкологов максимально пытались исключить, из задействования в красных зонах и оказания помощи инфекционным больным. Это действительно так.

МОДЕРАТОР: Повлияла ли на Вас история с ковидом в части приобретения новых навыков, навыков коммуникации в цифровой стезе?

В.: Так же.

МОДЕРАТОР: Стали ли Вы лучше пользоваться каким-то гаджетами, технологиями связи с пациентами?

О.А.: У меня есть навыки работы с гаджетами, поэтому прикручиваешь себе новый гаджет – вопрос времени разобраться, и работаешь.

МОДЕРАТОР: Спасибо. А кто чаще, кто более готов обращаться за медицинской помощью, мужчины или женщины, какого возраста?

В.Н.: Бабушки.

МОДЕРАТОР: Исключительно?

В.Н.: Вы же разговариваете с онкологами, этот вопрос не имеет никакого смысла вообще, потому что как только уподобляющему большинству ставят диагноз онкологический, он обращается. Другое дело, наверное. Если бы Вы задали этот вопрос терапевту, но не онкологу.

В.: Кого прислали, того смотрим.

МОДЕРАТОР: Есть ли у вас случаи самообращения, не только направление из первичного звена, но и самообращение?

В.: К онкологам никогда, вот по поводу самообращения к онкологу, обычно, согласно всем порядкам онкопомощи идёт запись от врача первичного звена, поэтому здесь вопрос, если мы коммерческие структуры берём, то да, там есть самообращения к онкологам. А так мы не особо доступны. Есть какие-то ячейки самозаписи, появляются, но это в частности когда уже какие-то цели преследуют. По порядку оказания медпомощи, направляет первичное звено, не запишешься через госуслуги.

МОДЕРАТОР: Скажите... Достаточное ли сейчас у вас взаимодействие с первичным звеном?

В.: Конечно, провалы. Нужна какая-то, возможно, система интеграции между разными уровнями оказания помощи. Сейчас мы взаимодействуем, но очевидно, что этого недостаточно.

МОДЕРАТОР: В чём это проявляется?

Н.: ОНКОЛИНК не у всех установлен.

МОДЕРАТОР: Почему?

Н.: Потому что сейчас имеется только в очень активных районах.

Д.: Вообще надо начать с работы именно с этой системой ЕМИАС. Она работает просто безобразно, честно говоря.

МОДЕРАТОР: Вы работаете только с ЕМИАС, а с другими системами?

Д.: А нас обязали работать в системе ЕМИАС. Она работает безобразно, потому что как только зависает программа, у врача исчезает всё, лечения нет, невозможно записать на какое-либо обследование, невозможно выписать анализы крови, невозможно записать к какому-то другому врачу. Всё. И нет самой записи самой... Именно это. Это должно стать приоритетным направлением развития, совершенствования организации работы в онкологии

Р.: Фактически врач не может работать. Всё.

ВАЛЕНТИНА: А дальше стоит человек, который напишет жалобу, потому что вовремя...

Р.: И они растут в геометрической прогрессии, те люди, которые начинают уже орать, визжать, истерить, и так далее, и тому подобное, именно так и происходит.

МОДЕРАТОР: Как часто Вы сталкиваетесь?

Р.: Каждый день.

С.: Сама идея-то хорошая, но нерабочая просто в силу технических моментов.

МОДЕРАТОР: Не хватает интернета? С чем связаны сбои? С самой системой?

Р.: Я думаю, сервер перезагружается.

Д.: Нет, сервера, скорее перезагружаются.

Р.: Тянет уже невозможно информацию...

Д.: И хранить нигде, скорее всего.

Р.: Дальше, я думаю, больше будет. Там если будет ещё интеграция ещё с лабораторно-информационной системой, потом ещё ЕСИА.

Д.: Рухнет.

Р.: Я думаю, что это просто всё умрёт.

МОДЕРАТОР: Для того, чтобы оптимально работала система, вот на будущее, я вот насколько услышала, нужно совершенствовать систему ЕМИАС.

Д.: Развивать.

МОДЕРАТОР: Ещё что нужно делать, вот Вы как считаете?

Р.: Ну это к техникам вопрос.

МОДЕРАТОР: Нет, это я поняла. А вот помимо этой составляющей я услышала сегодня, что нужно работать с первичным звеном, нужно информировать, повышать их настороженность для того, чтобы было действительно раннее выявление?

Р.: Можно сколько угодно повышать, пока вы им не создадите. И можно их принуждать, можно насиловать, некоторых вешать, эффекта, поверьте мне, не будет никакого, поверьте мне. Можно расстрелять. А они как убегали, так они и будут дальше бежать. Поймите, надо причину.

В.: Первопричину, зри в корень.

Р.: Да, зри в корень, надо заниматься первопричиной. Это зарплата. Вы можете им обещать золотые горы, и даже есть люди, которые взяли квартиру в ипотеку, льготную, которые говорят «Господи, когда же она уже кончится, чтобы я отсюда уже ушла, уехала?». Это какое-то рабство, люди воспринимают как рабство, понимаете? Потому что зарплата низкая. Эта ипотека, если бы она работала как в коммерческой клинике, ее платёж был в три раза больше, потому что у них зарплата была бы раз в 10 больше. Это можно бесконечно продолжать.

МОДЕРАТОР: Р., а какие меры по совершенствованию и дальнейшему развитию онкологической службы необходимо реализовать в настоящий момент? Какие меры в стратегическом планировании необходимо учитывать? Вот что нужно сделать, чтобы в будущем у нас была оптимальная система онкологической помощи населения? Чего Вы ожидаете?

О.А.: Ожидаю от этого дальнейшего развития системы онкологической помощи сохранения человечности и достижения поставленных целевых показателей. Это было бы отлично.

Р.: Финансирование. К сожалению. Нужно продолжать увеличение финансирования по всем направлениям – оборудование, кадры, зарплаты, новые методы, качество сервиса – вот это все...

МОДЕРАТОР: Лишь финансирование?

Р.: Два пути, либо финансирование, либо урезать количество опций.

В.: Рамки поставить: вот это можно, вот это нельзя.

О.А.: Скорее и то, и другое.

Р.: Это будет сбалансированно. Что касается первичного звена, могу сказать опять же, коллеги не дадут соврать. В Москве вопрос этот решили элементарно. Что хирург в больнице получал 80 тысяч рублей, а онколог в ЦАОПе или онкодиспансере 180. Всё.

О.А.: Пришлите адрес.

Р.: Что?

О.А.: Ну где за 180.

Р.: Пожалуйста, идите к Зюзино, сейчас Вас с удовольствием возьмут в «Коммунарку».

О.А.: Да, конечно!

Р.: Почему?

О.А.: 130-150.

Р.: Ну, слушайте...

МОДЕРАТОР: Коллеги, я вас немножко прерву, хочу спросить ещё ваших коллег. А., скажите, что нужно сделать, для того чтобы в будущем наша система онкологической помощи населения была оптимальной, работала, скажем так, на оптимальном уровне?

А.: Всё озвучили, не хочется повторяться. Системная работа нужна, как-то реализовывать задачи поставленные, в Москве это не только пряником работает. Жёсткими штрафным санкциями в случае невыполнения вот этих маршрутных решений и так далее. Это, наверное, системная работа всегда, кнута и пряника. Хотя везде со всех сторон.

Р.: Главное с кнутом не переборщить, но пока кнут чаще используется, пряников мало. Поэтому мы и имеем текучку.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

Д.: Вообще в моём понятии, это, наверное, всё-таки первичное звено, чтобы оно нормально работало, наверное, надо пересматривать штатное расписание, укреплять состав, снижать нагрузку. То есть должно меняться время приёма, а не вот 12 минут, которые у всех на устах...

Р.: Тогда можно молочные железы мять без перерыва любые придут.

(смех)

Р.: Второе – это план выполнения, который главные врачи требуют с специалистов. План выполнения, который хочешь-не хочешь должен всё выполнить.

А.: Что касается онкологов первичного звена... надо на уровне первичного звена выявлять онкологические заболевания терапевтически, гастроэнтерологически, привлекать узкопрофильных специалистов. То, что мы про группы риска говорили, работать с населением – это не задача онкологов, абсолютно. Усложняя им жизнь – вот ещё дополнительными задачами – не получишь улучшения результатов. Надо повышать знания о признаках онкологических заболеваний у первичного звена, у терапевтов, узких специалистов, и тогда к онкологам пойдут уже целевые пациенты.

МОДЕРАТОР: Вы считаете, что надо повышать квалификацию первичного звена для того, чтобы отсекал ненужную нагрузку с онкологов?

О.А.: Разумеется. Первичное звено должно быть обучено, иметь некие регламентирующие документы, с чем вообще в принципе надо посылать к онкологу с подозрением на то или иное заболевание. В Москве был приказ, которым пользовались терапевты, первичное звено, где были заложены алгоритмы обследования пациента при подозрении на ту или иную патологию. И терапевт не мог записать к онкологу. Это был целый шухер на уровне внутреннем. Местечковом. Почему пациент пришёл к онкологу, а ему не сделали то-то и то-то? Ну то есть возвращать пациента неловко на дообследование, а приказ нарушен. Были какие-то даже штрафные санкции в отношении терапевтов. У нас нет такого документа, у нас нет такого механизма, у нас практически нет образования терапевтического звена в отношении онконастороженности. У нас всё время какой-то перекося идёт с терапевтами. Либо в сторону гипердиагностики, увидели анемию, тут же закинули к онкологу, и пусть он там что хочет, то и делает. Либо у нас да, пришла анемия – да и нехай, жрёт себе эти препараты железа, пока у него там не выросла до чего-то, чего-то и в стадии распада уже становится понятно, почему у него анемия. Поэтому необходимо: образование первичного звена – да, регламентирующие документы для первичного звена – да, строгий порядок направления к онкологам – да. Не должен онколог, действительно, сидеть и море молочных желёз пересматривать в течение дня, только потому, что терапевт решил свое незнание подстраховать.

Р.: А Вы говорите о диспансеризации...

МОДЕРАТОР: Для диспансеризации тоже нужны кадры, Вы правы. Но если мы говорим о раннем выявлении...

Д.В.: Да, хорошо бы загнать хотя бы на осмотр. И не всегда люди идут ко врачу, даже понимая, что что-то не то. Да, конечно, надо обучать первичное звено.

В.: (кивает)

О.: (кивает)

МОДЕРАТОР: А если говорить о тех пациентах, которые уже перенесли онкологическое заболевание, насколько важна диспансеризация для этой категории пациентов?

Д.В.: Она не просто важна – она обязательна. Мы эту группу наблюдаем, и смотрим гораздо внимательнее.

С.: Эти пациенты сами готовы прийти лишний раз, проверить, даже не на диспансерное обследование, а просто профилактически проконсультироваться, точно.

Д.: (кивает)

Д.В.: Да.

В.А.: Диспансеризация для этой категории, я согласна, важна.

В.Н.: (кивает)

МОДЕРАТОР: О., на Ваш взгляд, важна диспансеризация для перенесших онкологическое заболевание как профилактика рецидивов, метастазирования, появления других онкологических заболеваний?

О.: Да, конечно. Понимаете, мы к своим пациентам прирастаем, прикипаем, конечно, мы хотим, чтобы они были здоровы. Иногда даже вижу где-нибудь в коридоре своего бывшего

(общий смех)

О.: (смеется) ... пациента! Пациента, и сам ему могу напомнить – ты чего-то давно не был, давай заходи.

МОДЕРАТОР: А насколько в целом, на Ваш взгляд, важна система диспансеризации для третичной профилактики онкологических заболеваний – то есть профилактики рецидива?

О.: Это очень важно – такие меры позволяют выявить и быстро предпринять меры. И потом, правильно Д. *(удалено в целях анонимизации)* сказал – мы своих пациентов внимательнее смотрим, и если на диспансерном обследовании что-то подозрительное есть, они сразу к нам идут, они знают к кому идти.

А.: (кивает)

О.А.: Система регулярной диспансеризации для пациентов уже переживших онкологическое заболевание важна – она дает возможность выявить нарушения ... на этапе предопухолевых процессов уже. Если о системе в целом, такой порядок позволяет не просто выявить, но и собрать статистические данные о рецидивах, метастазах, сопутствующих заболеваниях, последствиях заболевания и факторах риска рецидивов, как в длительной перспективе чувствует себя наш пациент.

Р.: Конечно, это тоже значимый фактор.

С.: (кивает)

Д.: Да, и во многих странах это работает.

В.: Да.

В.Н.: Да.

Н.: (кивает)

А.: (кивает)

Д.В.: (кивает)

С.: Я хотел вот еще... Кроме диспансеризации, действительно, должна быть ещё государственная программа раннего выявления. О чём А. говорит, это абсолютно верно, все эти скрининги именно здоровых пациентов. Которые ещё не заболели, но в группах риска, совершенно абсолютно ранних этапах вытаскивает и оказывает сразу специализированную медицинскую помощь, в рамках стационара или ЦАОП, не важно, что это будет. Но именно своевременно. Когда мы по факту имеем то, что имеем, о чём говорить? Пришло то, что пришло. Естественно, мы какие-то свои там операции спасения выполняем, но тут вопрос-то более глобальным. Мы занимаемся постфактум совершившимся, большой либо маленький. От этого операция будет либо крупная, либо маленькая. А глобально повлиять на это – это целый комплекс мероприятий, который должен в итоге привести к уменьшению онкологической заболеваемости.

МОДЕРАТОР: Спасибо, это, на самом деле очень важная мысль. Скажите, если будет такая программа, плюс улучшить взаимодействие между первичным звеном и онкологией, будет ли это способствовать такому резкому рывку совершенствования онкологической помощи.

С.: Резкому. Я думаю, что нет.

В.: Польза – однозначно да.

МОДЕРАТОР: Спасибо.

С.. Польза будет. Резкому – это же не замена, раз - и информация появилась.

Д.: Кадровый дефицит. Кадровая – основная проблема, первичное звено проваливается... (перебивают)

С.: Обучить сотрудников.

МОДЕРАТОР: Это огромная многолетняя системная работа?

Говорят все вместе.

Р.: Если расставить приоритеты, она сработает, ещё раз говорю, если глобальный такой предложить бонус, когда у вас будет очередь. А на данный момент мы начинаем собирать всё, что есть из ближнего зарубежья, это даже иногда очень низкая квалификация, но зато надо хоть кого-то посадить, уже всё равно кого. Просто даже какие-то банальные вещи делать, просто стоите перед выбором, что-либо хоть кого-то взять. А «хоть кто-то», Вы понимаете качество, да?

А по-хорошему, нужно вводить системы аттестации, проверки знаний по специальности, для того, чтобы такой иностранный специалист мог работать на этой должности.

С.: Да, согласен.

О.А.: Можно дополнение?

МОДЕРАТОР: Конечно.

О.А.: Фончиком, по всему, что сказали коллеги, ещё должна происходить популяризация здоровья, потому что подготовленные врачи, база, скрининговые программы – если народ не готов, то это не сработает ...

МОДЕРАТОР: Согласна.

С.: Согласны, но это глобальности, надо это просто осознать, либо...

Р.: Сейчас если смотреть, думаю, будем иметь меньше обращений, через какое-то время увеличение заболеваемости в поздних стадиях. Это стандартная схема, мы это всегда видим, когда экономическая ситуация ухудшается, вы автоматически получаете взлёт заболеваемости в поздней стадии, потому что обращение становится отсроченное со всеми вытекающими последствиями. Не болит же? Вот наша проблема в наших, онкологических болезнях, что не болит. Когда начинает болеть, когда уже человек не стоит. А так не болит же, всё нормально.

С.: Статистика при ковиде, заболеваемость резко снизилась, поставили звёздочку – оп, понеслась, количество случаев увеличилось, в общем смертность увеличилось. То есть здесь всё закономерно.

МОДЕРАТОР: Спасибо, Н., скажите, как Вы считаете, какие меры по совершенствованию системы онкологической помощи населению необходимо реализовать в настоящий момент?

Н.: Мне вообще добавить нечего, честно скажу.

МОДЕРАТОР: О.?

О.: Мне кажется, действительно, всеобъемлюще сказали, опять же, я говорю, что ничего не отыгрывается назад, потому что приказы, они формируется, идут. Мне кажется, ещё кроме увеличения времени, кстати... Учреждения всё-таки имеют какое-то счастье побольше смотреть, потому что случаи сложные, и это всё. Значит ещё, мне кажется, что очень много ненужной писанины, очень много. Когда имел счастье посмотреть последние истории, я был удивлён, что там 8 соглашений, а почему одним нельзя это соглашением взять? И мы никогда эти соглашения не брали, то есть берём кровь – соглашение, манипуляции – соглашение... Думаю, нужно этот момент оптимизировать. Это же всё колоссальное количество, этот несчастный больной сидит, подписывает.

Д.: По времени тоже.

О.: Конечно, конечно. Вот тоже как-то с этим надо решить. Я вижу в этом тоже глобальную проблему.

МОДЕРАТОР: Оптимизировать?

О.: Конечно.

Р.: Согласие подписывать один раз и бессрочно, в каждую историю болезни заполняется...

Говорят вместе: Соглашение на операцию надо, на укол надо

С.: Надо учитывать, что скорость прочтения у всех разная, мы даже однажды статистику провели, сколько занимает обработка согласий: от часа до полутора. Представляете, вот час он сидит, читает всё.

Р.: Я не читаю, а делать-то нечего, всё равно надо подписывать. Это Вы на работе, а он сел на коечку и сидит, читает, что там собрались делать.

С.: Те, которые пытается понять, что они там подписывают: квартиру, машину, дом, что там ещё – вот это да, это ладно.

МОДЕРАТОР: Спасибо, Д., Ваше мнение.

Д.В.: Добавить мне нечего, кадры решают всё, и должностные обязанности, когда это всё идёт расплывчатое понимание, первичное звено, врач должен, обязан, посмотреть, описать, пройти, провести скрининг и прочие, человеческий фактор, он выходит, наверное, на первую планку, и человек физически не может сделать больше, чем он может. Когда сверху это всё приходит, что нужно, отчётность нужно, каждую неделю нужно, каждый месяц нужно, каждый

квартал нужно... Нагрузка такая, что люди в первичном звене не выдерживают, уходят. То физически просто-напросто люди не выдерживают. Из-за такой перегрузки, естественно, идут оплошности, а в первичном звене они выливаются в дальнейшем в несвоевременное выявление или не выявление или, наоборот, гипердиагностику. Проще отправить пациента другому врачу, потому что загруженность очень высокая.

Р.: На каком-то моменте эти люди говорят: «Да ничего уже не нужно».

Д.В.: На каком-то моменте человек просто перегорает, говорит: «Да я больше не могу, я больше так не хочу». Разворачивается и уходит. И получается, как сказали коллеги, нужно брать из ближнего зарубежья человека, который не очень, может быть, хорошо понимает не то, что в медицине, но в языке, языковой барьер. И начинается дальнейший этап трудностей. И они как снежный ком нарастают. В итоге мы их не решили, а первоисточник, как мне кажется, это вот именно кадровый голод в первичном звене. Чтобы эту ситуацию разрешить как-то нужно чёткое понимание обязанностей врача и снятие с врача ненужные ему обязанностями, вернее, обязанности, которые он не должен выполнять. То есть, должны быть поликлинические администраторы, которые тоже должны быть в плане работы и снимать часть нагрузки с врача.

МОДЕРАТОР: А у вас есть, в вашей клинике?

Д.В.: В ЦАОПе это есть, то есть это прописано в положениях об отделении, и это есть. Но тоже в плане ведения речи, насколько это экономически выгодно, то есть когда мы нашли человека, и он согласился на эти экономические условия работать – это был первый шаг, но когда он отработал месяц, два, три, то он для себя понял, что что-то хотят от меня очень многое, а платы за это я не вижу. И своё время, которое тратится человеком на выполнение этих обязанностей, оно несопоставимо.

Р.: Кстати, хороший пример. Я могу Вам сказать, как найти сотрудника в регистратуру? Это вопрос тоже. Ставка, по-моему, чуть меньше 7 тысяч рублей.

С.: 25 тысяч.

Р.: 25 тыщ – это со всеми.

С.: Стимулирующими.

Р.: 300%, и стимулирующие.

С.: С учётом того, что от них не требуется образование высшее, Вы не связываете зарплату.

Р.: Как я говорю, регистратура, не знаю, как в других учреждениях, у нас это передний край. Я Вам могу сказать, там всё, что можно. Во-первых, вы учитывайте, там не бывает ни минуты покоя. Там её иногда берут штурмом, когда зависает компьютер, потому что сидит там, ничего... Отойти оттуда невозможно - это второй момент. И там сливается, это сливочная, знаете, там не сливки делают, там .. сливают. Там просто вот всё. И самое главное правило: за 25 тысяч рублей бабушка там работать не сможет. А Вы найдите сотрудника за 25 тысяч рублей, я его сегодня привезу.

Д.В.: Можно уйти. Менеджер по продажам в магазин.

Р.: Раздавать флаеры.

Д.В.: Или раздавать, или клеить объявления. И получать при этом будешь, и свободный график иметь, и не будешь иметь ответственности как таковой.

Р.: Никто тебя проклинать не будет.

Д.В.: Не будет никто кричать на тебя.

Р.: Там «спасибо» никто не говорит, чтобы Вы понимали. Никто не подходит, не говорит: «Вот Вы мне так помогли, спасибо». Там исключительно человека обижают, чем ниже человек занимает должность, тем больше пренебрежения. В общем уважения там никакого нет. Если ещё врач может сказать: «Там дверь, с той стороны закройте». А у неё единственная граница – это стекло.

МОДЕРАТОР: И то не везде.

Р.: И потом социальных товарищей тоже, знаете, сколько приходит? Очень интересные персонажи встречаются, которые требуют эвакуации методом вызова полиции. Человек не может уйти, и он не один такой здесь, там целая...

МОДЕРАТОР: Команда?

Р.: Да.

МОДЕРАТОР: Спасибо, спасибо. Валентин, я Вас не вижу...

В.Н.: Вообще, всё сказали, всё, что могли, всё. Идеальные приказы, мы им идеально пытаемся следовать, безусловно будут рождаться какие-то недопонимания, дочёты, приказы будут корректироваться. И в идеале к 24-му году всё будет вот так (показывает 2 больших пальца вверх). МЫ в это верим свято все, честно.

МОДЕРАТОР: Валентина, Вы согласны?

В.: Абсолютно.

МОДЕРАТОР: А как Вы представляете себе медицину будущего? Какой она будет?

В.: Не представляю!

Р.: Я Вам могу сказать, что в общем-то у нас уже сейчас медицина будущего. Вы вспомните, с чего мы начинали и на чем сейчас работаем! Пациенты только не всегда адекватные, но это уже не про технологии...

О.А.: А я думаю, что будут такие возможности, которые позволят ускорить процесс диагностики и будет у нас нормально работающая единая информационная система.

Р.: Нет, для единой информационной системы нам сначала с оборудованием надо вопрос решить, и чтобы интернет не сбоил постоянно.

С.: Да, а еще в будущем, наверное, придем к тому, что у нас будет как сейчас в частной клинике: заболел, пришел и сразу вся диагностика, все лечение... Как в частных центрах, по сути, только бесплатно.

О.: Это уже утопия. Думаю, наоборот, все будет платно и только «для своих».

Р.: А я оптимист! Чипы вживят, они будут диагностировать и передавать информацию в центр управления. А оттуда уже звоночек: мол, срочно надо обратиться.

МОДЕРАТОР: Звоночек к кому?

Р.: К пациенту в голову (*смеется*) или чтобы у него (*у пациента - прим.*) зудел этот чип пока не обратится и не решит проблему. Может тогда у нас меньше запущенных будет.

МОДЕРАТОР: Думаете, в будущем все будут решаться таким образом?

Р.: Да, чтобы не гадал человек, почему у него симптомы разные появляются.

О.А.: Потому что симптомы неоднозначные у онкологии на ранних стадиях. Конечно, нужно такое решение, чтобы пациент понимал, что это уже не обычная мигрень у него.

В.Н.: Я бы еще помечтал, чтобы не было конфликтов, но это, наверное, утопия?

(*общий смех*)

В.: Главное - чтобы все проблемы решались профилактически, и все были здоровы.

МОДЕРАТОР: Коллеги, вы сегодня, на самом деле, очень плодотворно поработали, очень много мы услышали разных мнений, проговорили даже такие несколько болезненные вопросы, какие-то точки, которые действительно нужно менять, нужно над этим работать. Спасибо Вам огромное. Я Вам благодарна за Ваше время, а наша встреча закончена.

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

Бланк формализованного структурированного (стандартизированного) экспертного опроса в рамках медико-социологического исследования «Изучение основных проблем и перспектив развития здравоохранения в Московском регионе (областной уровень) в рамках государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на период 2019-2024 годов»

Здравствуйтe! Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского проводит опрос, направленный на изучение основных проблем и перспектив развития здравоохранения в Московской области (областной уровень). Целями стратегического планирования развития регионального здравоохранения, утвержденными в Государственной программе Московской области «Здравоохранение Подмоскovie» на период 2019-2024 годов» в современных социально-экономических условиях являются улучшение состояния здоровья населения, обеспечение доступности и улучшение качества оказания медицинской помощи населению Московской области, повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения Московской области. Ваши ответы будут способствовать выработке действий по совершенствованию здравоохранения. Для заполнения анкеты необходимо отметить вариант, который соответствует Вашему мнению, либо написать свой ответ в свободных полях.

1. Какие, по Вашему мнению, существовали в предыдущие пять лет и существуют в настоящее время основные проблемы в системе здравоохранения Московской области, которые требовали бы решения при стратегическом планировании государственной программы «Здравоохранение Подмоскovie»? (1 – низший балл, 5 – высший балл – один ответ по каждой строке)

№ п/п	Основные проблемы	Балл				
		1	2	3	4	5
1.	Полнота и своевременность финансового обеспечения	1	2	3	4	5
2.	Совершенствование амбулаторно-поликлинического звена	1	2	3	4	5
3.	Оптимизация стационарной помощи	1	2	3	4	5
4.	Обеспечение современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	5
5.	Лекарственное обеспечение	1	2	3	4	5
6.	Состояние скорой медицинской помощи	1	2	3	4	5
7.	Обеспечение транспортом	1	2	3	4	5
8.	Внедрение новых медицинских технологий	1	2	3	4	5
9.	Подготовка и обеспечение врачами	1	2	3	4	5
10.	Подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом	1	2	3	4	5
11.	Внебюджетные источники финансирования	1	2	3	4	5
12.	Состояние основных фондов (здания, изношенность медоборудования)	1	2	3	4	5
13.	Доступность и качество оказания специализированной медицинской помощи населению	1	2	3	4	5
14.	Качество медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям	1	2	3	4	5
15.	Доступность и качество медицинской реабилитации	1	2	3	4	5
16.	Доступность и состояние паллиативной медицинской помощи	1	2	3	4	5

2. Оцените значимость и необходимость стратегического планирования основных мероприятий по развитию системы здравоохранения Московской области в ближайшие 5 лет: (1 – низший балл, 5 – высший балл – один ответ по каждой строке)

№ п/п	Мероприятия	Балл				
Раздел I. Первичная медико-санитарная помощь						
1.	Развитие первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских поликлиник и детских поликлинических отделений; завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения	1	2	3	4	5
2.	Обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик	1	2	3	4	5
3.	Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	1	2	3	4	5
Раздел II. Стационарная медицинская помощь						
4.	Уменьшение объемов дорогостоящего стационарного лечения с круглосуточным пребыванием путем развития стационарозамещающих видов медицинской помощи, неотложной помощи, открытие межмуниципальных лечебно-диагностических центров	1	2	3	4	5
Раздел III. Скорая медицинская помощь						
5.	Передача станций и отделений скорой медицинской помощи в собственность Московской области, создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи Московской области	1	2	3	4	5
6.	Обеспечение своевременного оказания экстренной медицинской помощи с использованием санитарной авиации	1	2	3	4	5
Раздел IV. Служба детства и родовспоможения						
7.	Дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий	1	2	3	4	5
8.	Развитие системы оказания реабилитационной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи детям	1	2	3	4	5
9.	Развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей	1	2	3	4	5
Раздел V. Профилактика заболеваний						
10.	Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год	1	2	3	4	5
Раздел VI. Медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь						
11.	Развитие системы оказания реабилитационной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи взрослому населению	1	2	3	4	5
Раздел VII. Материальные, финансовые и кадровые ресурсы						
12.	Улучшение управляемости системой здравоохранения, уменьшение административных расходов, в т.ч. путем укрупнения лечебных учреждений	1	2	3	4	5
13.	Эффективное использование дорогостоящего медицинского оборудования и высококвалифицированного персонала	1	2	3	4	5

14.	Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, с целью выполнения утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи	1	2	3	4	5
15.	Совершенствование системы оплаты медицинских услуг, обеспечение полноты и своевременности финансового обеспечения	1	2	3	4	5
16.	Подготовка и обеспечение врачами	1	2	3	4	5
17.	Подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом	1	2	3	4	5
18.	Модернизация медицинского оборудования в соответствии с потребностями населения в медицинских услугах	1	2	3	4	5
19.	Развитие внебюджетных источников финансирования	1	2	3	4	5
Раздел VIII. Развитие специализированной медицинской помощи, в том числе и больным с сосудистой патологией						
20.	Развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи	1	2	3	4	5
21.	Создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской обл.	1	2	3	4	5

3. По Вашему мнению, достаточно ли показателей, включенных в таблицу для составления характеристики (архетипа) системы здравоохранения на территории административного образования Московской области с целью принятия управленческих решений при стратегическом планировании развития здравоохранения? (1 – низший балл, 5 – высший балл – один ответ по каждой строке)

№ п/п	Основные проблемы	Балл				
1.	Общая заболеваемость населения	1	2	3	4	5
2.	Удельный вес детского населения	1	2	3	4	5
3.	Удельный вес лиц старше трудоспособного возраста	1	2	3	4	5
4.	Удельный вес женщин фертильного возраста	1	2	3	4	5
5.	Плотность населения (коэффициент расселения)	1	2	3	4	5
6.	Обеспеченность врачами	1	2	3	4	5
7.	Обеспеченность стационарными койками	1	2	3	4	5
8.	Уровень госпитализации в стационары	1	2	3	4	5
9.	Уровень госпитализации в стационары за пределами	1	2	3	4	5
10.	Мощность амбулаторно-поликлинического звена (количество посещений в смену в целом)	1	2	3	4	5
11.	Койки в дневных стационарах	1	2	3	4	5
12.	Посещаемость амбулаторно-поликлинических МО	1	2	3	4	5
13.	Обращаемость населения в областные МО	1	2	3	4	5
14.	Финансовое обеспечение в год (по всем источникам: бюджет, ОМС, платные МУ)	1	2	3	4	5
15.	Подушевое финансирование на 1 жителя	1	2	3	4	5
16.	Экспертная оценка здравоохранения	1	2	3	4	5
17.	Другие показатели (напишите) _____	1	2	3	4	5

Благодарим Вас за участие в опросе!

ПРИЛОЖЕНИЕ М

Таблица корреляции (попарное сравнение) в массиве ответов респондентов на вопрос об основных проблемах в системе здравоохранения Московской области, которые требовали бы решения при стратегическом планировании государственной программы «Здравоохранение Подмосковья»

Таблица М.1 – Корреляции (попарное сравнение) в массиве ответов респондентов на вопрос об основных проблемах в системе здравоохранения Московской области, которые требовали бы решения при стратегическом планировании государственной программы «Здравоохранение Подмосковья»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1		0,53**	0,56**	0,59**	0,60**	0,34**	0,27**	0,49**	0,46**	0,53**	0,46**	0,66**	0,55**	0,48**	0,51**	0,49**
2	0,53**		0,62**	0,58**	0,45**	0,38**	0,30**	0,44**	0,46**	0,54**	0,54**	0,49**	0,59**	0,44**	0,50**	0,48**
3	0,56**	0,62**		0,56**	0,56**	0,52**	0,48**	0,49**	0,43**	0,51**	0,51**	0,44**	0,59**	0,52**	0,53**	0,54**
4	0,59**	0,58**	0,56**		0,72**	0,48**	0,39**	0,60**	0,38**	0,50**	0,50**	0,57**	0,49**	0,44**	0,57**	0,54**
5	0,60**	0,45**	0,56**	0,72**		0,40**	0,41**	0,52**	0,31**	0,50**	0,42**	0,52**	0,46**	0,39**	0,46**	0,47**
6	0,34**	0,38**	0,52**	0,48**	0,40**		0,68**	0,29**	0,17	0,24**	0,37**	0,28**	0,36**	0,42**	0,41**	0,39**
7	0,27**	0,30**	0,48**	0,39**	0,41**	0,68**		0,28**	0,04	0,20*	0,31**	0,09	0,42**	0,49**	0,32**	0,36**
8	0,49**	0,44**	0,49**	0,60**	0,52**	0,29**	0,28**		0,49**	0,60**	0,46**	0,51**	0,41**	0,44**	0,54**	0,47**
9	0,46**	0,46**	0,43**	0,38**	0,31**	0,17	0,04	0,49**		0,80**	0,41**	0,52**	0,40**	0,21*	0,50**	0,43**
10	0,53**	0,54**	0,51**	0,50**	0,50**	0,24**	0,20**	0,60**	0,80**		0,43**	0,54**	0,48**	0,24**	0,49**	0,45**
11	0,46**	0,54**	0,51**	0,50**	0,42**	0,37**	0,31**	0,46**	0,41**	0,43**		0,63**	0,49**	0,32**	0,58**	0,51**
12	0,66**	0,49**	0,44**	0,57**	0,52**	0,28**	0,09**	0,51**	0,52**	0,54**	0,63**		0,49**	0,32**	0,60**	0,56**
13	0,55**	0,59**	0,59**	0,49**	0,46**	0,36**	0,42**	0,41**	0,40**	0,48**	0,49**	0,49**		0,55**	0,58**	0,58**
14	0,48**	0,44**	0,52**	0,44**	0,39**	0,42**	0,49**	0,44**	0,21*	0,24**	0,32**	0,32**	0,55**		0,55**	0,49**
15	0,51**	0,50**	0,53**	0,57**	0,46**	0,41**	0,32**	0,54**	0,50**	0,49**	0,58**	0,60**	0,58**	0,55**		0,80**
16	0,49**	0,48**	0,54**	0,54**	0,47**	0,39**	0,36**	0,47**	0,43**	0,45**	0,51**	0,56**	0,58**	0,49**	0,80**	

* – корреляция является значимой на уровне 0,05

** – корреляция является значимой на уровне 0,01

Таблица М.2 – Корреляции (попарное сравнение) в массиве ответов респондентов на вопрос об основных проблемах в системе здравоохранения Московской области, которые требовали бы решения при стратегическом планировании государственной программы «Здравоохранение Подмосковья»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1		0,71**	0,55**	0,20*	0,45**	0,59**	0,53**	0,58**	0,56**	0,55**	0,64**	0,06	0,61**	0,68**	0,67**	0,55**	0,57**	0,62**	0,60**	0,67**	0,63**
2	0,71**		0,66**	0,11	0,32**	0,55**	0,66**	0,68**	0,67**	0,43**	0,68**	0,06	0,55**	0,65**	0,61**	0,64**	0,58**	0,64**	0,60**	0,57**	0,56**
3	0,55**	0,66**		0,10	0,53**	0,47**	0,60**	0,55**	0,62**	0,47**	0,47**	0,23*	0,50**	0,48**	0,47**	0,60**	0,51**	0,51**	0,49**	0,48**	0,48**
4	0,20*	0,11	0,10		0,24*	0,12	-0,02	-0,03	0,03	-0,04	0,10	0,21*	0,32**	0,22*	0,15	0,14	0,24*	0,13	0,26**	0,13	0,20*
5	0,45**	0,32**	0,53**	0,24*		0,40**	0,28**	0,34**	0,32**	0,31**	0,31**	0,38**	0,39**	0,40**	0,31**	0,27**	0,28**	0,31**	0,38**	0,47**	0,40**
6	0,59**	0,55**	0,47**	0,12	0,40**		0,70**	0,66**	0,63**	0,50**	0,60**	0,05	0,47**	0,51**	0,53**	0,40**	0,40**	0,44**	0,47**	0,61**	0,48**
7	0,53**	0,66**	0,60**	-0,02	0,28**	0,70**		0,70**	0,80**	0,51**	0,60**	0,00	0,39**	0,49**	0,45**	0,54**	0,42**	0,52**	0,45**	0,57**	0,50**
8	0,58**	0,68**	0,55**	-0,03	0,34**	0,66**	0,70**		0,81**	0,55**	0,72**	0,08	0,36**	0,60**	0,53**	0,51**	0,53**	0,60**	0,41**	0,68**	0,66**
9	0,56**	0,67**	0,62**	0,03	0,32**	0,63**	0,80**	0,81**		0,54**	0,70**	-0,04	0,40**	0,59**	0,48**	0,55**	0,54**	0,61**	0,46**	0,66**	0,64**
10	0,55**	0,43**	0,47**	-0,04	0,31**	0,50**	0,51**	0,55**	0,54**		0,58**	0,20*	0,51**	0,55**	0,46**	0,40**	0,45**	0,60**	0,46**	0,58**	0,46**
11	0,64**	0,68**	0,47**	0,10	0,31**	0,60**	0,60**	0,72**	0,70**	0,58**		0,00	0,49**	0,66**	0,68**	0,63**	0,59**	0,71**	0,46**	0,73**	0,71**
12	0,06	0,06	0,23*	0,21*	0,38**	0,05	0,00	0,08	-0,04	0,20	0,00		0,27**	0,17	0,11	0,04	0,12	0,15	0,27**	0,08	0,11
13	0,61**	0,55**	0,50**	0,32**	0,39**	0,47**	0,39**	0,36**	0,40**	0,51**	0,49**	0,27**		0,69**	0,55**	0,61**	0,47**	0,61**	0,63**	0,57**	0,48**
14	0,68**	0,65**	0,48**	0,22*	0,40**	0,51**	0,49**	0,60**	0,59**	0,55**	0,66**	0,17	0,69**		0,72**	0,67**	0,65**	0,78**	0,62**	0,59**	0,70**
15	0,67**	0,61**	0,47**	0,15	0,31**	0,53**	0,45**	0,53**	0,48**	0,46**	0,68**	0,11	0,55**	0,72**		0,70**	0,65**	0,78**	0,56**	0,61**	0,66**
16	0,55**	0,64**	0,60**	0,14	0,27**	0,40**	0,54**	0,51**	0,55**	0,40**	0,63**	0,04	0,61**	0,67**	0,70**		0,79**	0,71**	0,53**	0,55**	0,64**
17	0,57**	0,58**	0,51**	0,24*	0,28**	0,40**	0,42**	0,53**	0,54**	0,45**	0,59**	0,12	0,47**	0,65**	0,65**	0,79**		0,68**	0,49**	0,57**	0,59**
18	0,62**	0,64**	0,51**	0,13	0,31**	0,44**	0,52**	0,60**	0,61**	0,60**	0,71**	0,15	0,61**	0,78**	0,78**	0,71**	0,68**		0,58**	0,68**	0,72**
19	0,60**	0,60**	0,49**	0,26**	0,38**	0,47**	0,45**	0,41**	0,46**	0,46**	0,46**	0,27**	0,63**	0,62**	0,56**	0,53**	0,49**	0,58**		0,46**	0,47**
20	0,67**	0,57**	0,48**	0,13	0,47**	0,61**	0,57**	0,68**	0,66**	0,58**	0,73**	0,08	0,57**	0,59**	0,61**	0,55**	0,57**	0,68**	0,46**		0,74**
21	0,63**	0,56**	0,48**	0,20*	0,40**	0,48**	0,50**	0,66**	0,64**	0,46**	0,71**	0,11	0,48**	0,70**	0,66**	0,64**	0,59**	0,72**	0,47**	0,74**	

* – корреляция является значимой на уровне 0,05

** – корреляция является значимой на уровне 0,01

**Таблица корреляции (парное сравнение) распределения данных по показателям архетипа системы
здравоохранения в муниципальном образовании Московской области**

Таблица Н.1 – Корреляции (парное сравнение) распределения данных по показателям архетипа системы здравоохранения в муниципальном образовании Московской области

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1		0,77**	0,71**	0,68**	0,66**	0,61**	0,64**	0,50**	0,47**	0,54**	0,56**	0,55**	0,48**	0,51**	0,55**	0,52**
2	0,77**		0,80**	0,82**	0,75**	0,59**	0,58**	0,58**	0,45**	0,60**	0,64**	0,58**	0,59**	0,52**	0,58**	0,57**
3	0,71**	0,80**		0,85**	0,67**	0,54**	0,55**	0,55**	0,47**	0,59**	0,58**	0,64**	0,58**	0,45**	0,54**	0,53**
4	0,68**	0,82**	0,85**		0,72**	0,52**	0,56**	0,58**	0,48**	0,62**	0,66**	0,61**	0,59**	0,47**	0,56**	0,63**
5	0,66**	0,75**	0,67**	0,72**		0,49**	0,55**	0,53**	0,45**	0,65**	0,60**	0,65**	0,57**	0,40**	0,43**	0,45**
6	0,61**	0,59**	0,54**	0,52**	0,49**		0,85**	0,68**	0,63**	0,63**	0,73**	0,52**	0,49**	0,76**	0,72**	0,51**
7	0,64**	0,58**	0,55**	0,56**	0,55**	0,85**		0,76**	0,68**	0,63**	0,68**	0,56**	0,59**	0,74**	0,76**	0,57**
8	0,50**	0,58**	0,55**	0,58**	0,53**	0,68**	0,76**		0,71**	0,73**	0,77**	0,74**	0,68**	0,57**	0,62**	0,61**
9	0,47**	0,45**	0,47**	0,48**	0,45**	0,63**	0,68**	0,71**		0,57**	0,59**	0,53**	0,44**	0,45**	0,59**	0,55**
10	0,54**	0,60**	0,59**	0,62**	0,65**	0,63**	0,63**	0,73**	0,57**		0,75**	0,76**	0,67**	0,56**	0,60**	0,55**
11	0,56**	0,64**	0,58**	0,66**	0,60**	0,73**	0,68**	0,77**	0,59**	0,75**		0,66**	0,57**	0,57**	0,66**	0,58**
12	0,55**	0,58**	0,64**	0,61**	0,65**	0,52**	0,56**	0,74**	0,53**	0,76**	0,66**		0,72**	0,46**	0,48**	0,54**
13	0,48**	0,59**	0,58**	0,59**	0,57**	0,49**	0,59**	0,68**	0,44**	0,67**	0,57**	0,72**		0,55**	0,42**	0,53**
14	0,51**	0,52**	0,45**	0,47**	0,40**	0,76**	0,74**	0,57**	0,45**	0,56**	0,57**	0,46**	0,55**		0,73**	0,50**
15	0,55**	0,58**	0,54**	0,56**	0,43**	0,72**	0,76**	0,62**	0,59**	0,60**	0,66**	0,48**	0,42**	0,73**		0,69**
16	0,52**	0,57**	0,53**	0,63**	0,45**	0,51**	0,57**	0,61**	0,55**	0,55**	0,58**	0,54**	0,53**	0,50**	0,69**	

* – корреляция является значимой на уровне 0,05

** – корреляция является значимой на уровне 0,01

Интегрированные индексы результатов стратегического развития здравоохранения Московской области

Таблица П.1 – Интегрированный индекс результатов стратегического развития здравоохранения Московской области 2016 год

Индикаторы	Данные по РФ (А)	Данные по субъекту РФ (В)	Индексы (В/А)
Экономические:			
1. ВРП (на душу населения) (тыс. руб.)	583,72	570,68	0,98
2. Доля добавленной стоимости услуг здравоохранения в ВРП (%)	5,10	2,50	0,49
3. Доля занятых в здравоохранении в общей занятости (%)	6,58	5,63	0,86
4. Затраты на развитие МТО в расходах на здравоохранение (млрд. руб.)	87,70	30,18	0,34
Средний экономический индекс (С)	-	-	0,67
Социальные:			
1. Число врачей (на 10 000 чел. населения)	46,63	38,0	0,82
2. Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	71,90	72,50	1,00*
3. Удовлетворенность МП (% от числа опрошенных)	52,00	51,30	0,99
4. Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 000 чел. населения)	525,30	480,60	0,92
5. Количество обоснованных жалоб	27505	13834	0,50
6. Средняя длительность лечения в стационаре (к/дни)	11,10	11,60	1,00*
7. Уровень госпитализации населения (на 100 чел.)	20,60	18,50	0,90
Средний социальный индекс (D)	-	-	0,87
Интегрированный индекс ((индекс С + индекс D) / 2)	-	-	0,77

* Математическое значение индекса более 1,0 принимается равной 1,0

Таблица П.2 – Интегрированный индекс результатов стратегического развития здравоохранения Московской области 2017 год

Индикаторы	Данные по РФ (А)	Данные по субъекту РФ (В)	Индексы (В/А)
Экономические:			
1. ВРП (на душу населения) (тыс. руб.)	625,45	574,84	0,92
2. Доля добавленной стоимости услуг здравоохранения в ВРП (%)	5,34	2,60	0,49
3. Доля занятых в здравоохранении в общей занятости (%)	6,19	4,80	0,78
4. Затраты на развитие МТО в расходах на здравоохранение (млрд. руб.)	93,20	36,90	0,40
Средний экономический индекс (С)	-	-	0,65
Социальные:			
1. Число врачей (на 10 000 чел. населения)	47,50	38,20	0,80
2. Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	72,70	73,34	1,00*
3. Удовлетворенность МП (% от числа опрошенных)	54,00	53,90	0,99
4. Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 000 чел. населения)	484,50	449,50	0,93
5. Количество обоснованных жалоб	18965	9546	0,50
6. Средняя длительность лечения в стационаре (к/дни)	11,00	11,00	1,0*
7. Уровень госпитализации населения (на 100 чел.)	20,30	18,70	0,92
Средний социальный индекс (D)	-	-	0,76
Интегрированный индекс ((индекс С + индекс D) / 2)	-	-	0,71

* Математическое значение индекса более 1,0 принимается равной 1,0

Таблица П.3 – Интегрированный индекс результатов стратегического развития здравоохранения Московской области 2018 год

Индикаторы	Данные по РФ (А)	Данные по субъекту РФ (В)	Индексы (В/А)
Экономические:			
1. ВРП (на душу населения) (тыс. руб.)	712,60	615,05	0,86
2. Доля добавленной стоимости услуг здравоохранения в ВРП (%)	5,50	2,64	0,48
3. Доля занятых в здравоохранении в общей занятости (%)	6,15	4,35	0,71
4. Затраты на развитие МТО в расходах на здравоохранение (млрд. руб.)	133,90	31,80	0,24
Средний экономический индекс (С)	-	-	0,58
Социальные:			
1. Число врачей (на 10 000 чел. населения)	47,90	38,20	0,80
2. Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	72,90	73,52	1,00*
3. Удовлетворенность МП (% от числа опрошенных)	54,00	53,60	0,99
4. Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 000 чел. населения)	482,20	439,70	0,91
5. Количество обоснованных жалоб	21421	10692	0,50
6. Средняя длительность лечения в стационаре (к/дни)	10,80	10,60	0,98
7. Уровень госпитализации населения (на 100 чел.)	20,40	18,80	0,92
Средний социальный индекс (D)	-	-	0,87
Интегрированный индекс ((индекс С + индекс D) / 2)	-	-	0,73

* Математическое значение индекса более 1,0 принимается равной 1,0

Таблица П.4 – Интегрированный индекс результатов стратегического развития здравоохранения Московской области 2019 год

Индикаторы	Данные по РФ (А)	Данные по субъекту РФ (В)	Индексы (В/А)
Экономические:			
1. ВРП (на душу населения) (тыс. руб.)	749,81	670,80	0,90
2. Доля добавленной стоимости услуг здравоохранения в ВРП (%)	5,50	2,68	0,49
3. Доля занятых в здравоохранении в общей занятости (%)	6,19	4,45	0,72
4. Затраты на развитие МТО в расходах на здравоохранение (млрд. руб.)	215,40	43,42	0,21
Средний экономический индекс (С)	-	-	0,58
Социальные:			
1. Число врачей (на 10 000 чел. населения)	48,70	42,60	0,88
2. Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	73,30	73,86	1,00*
3. Удовлетворенность МП (% от числа опрошенных)	57,00	56,50	0,99
4. Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 000 чел. населения)	470,00	434,30	0,93
5. Количество обоснованных жалоб	23462	11707	0,50
6. Средняя длительность лечения в стационаре (к/дни)	10,60	10,20	0,96
7. Уровень госпитализации населения (на 100 чел.)	20,20	19,00	0,95
Средний социальный индекс (D)	-	-	0,89
Интегрированный индекс ((индекс С + индекс D) / 2)	-	-	0,74

* Математическое значение индекса более 1,0 принимается равной 1,0

Таблица П.5 – Интегрированный индекс результатов стратегического развития здравоохранения Московской области 2020 год

Индикаторы	Данные по РФ (А)	Данные по субъекту РФ (В)	Индексы (В/А)
Экономические:			
1. ВРП (на душу населения) (тыс. руб.)	725,97	657,70	0,91
2. Доля добавленной стоимости услуг здравоохранения в ВРП (%)	5,50	3,04	0,55
3. Доля занятых в здравоохранении в общей занятости (%)	6,50	4,54	0,70
4. Затраты на развитие МТО в расходах на здравоохранение (млрд. руб.)	377,50	51,20	0,15
Средний экономический индекс (С)	-	-	0,58
Социальные:			
1. Число врачей (на 10 000 чел. населения)	50,40	46,51	0,93
2. Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	71,50	71,67	1,00*
3. Удовлетворенность МП (% от числа опрошенных)	58,00	58,00	1,00*
4. Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 000 чел. населения)	548,20	528,01	0,97
5. Количество обоснованных жалоб	18169	9015	0,50
6. Средняя длительность лечения в стационаре (к/дни)	10,60	10,20	0,96
7. Уровень госпитализации населения (на 100 чел.)	17,00	15,90	0,94
Средний социальный индекс (D)	-	-	0,90
Интегрированный индекс ((индекс С + индекс D) / 2)	-	-	0,74

* Математическое значение индекса более 1,0 принимается равной 1,0

ПРИЛОЖЕНИЕ Р

Критерии оценки медицинских организаций для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19

Таблица Р. 1 – Критерии оценки медицинских организаций для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19 (авторы - Орлов С. А., Соболев К. Э., Александрова О. Ю., 2021)

Наименование параметра	Количество баллов для оценки					
	0	1	2	3	4	5
Ресурсная обеспеченность <i>Укомплектованность медицинскими работниками*</i>						
Врач-специалист (инфекционист, пульмонолог)	Отсутствие врача-специалиста	0,25 ставки врача-специалиста иной специальности, занятой по внешнему совместительству (либо врач-специалист иной специальности (штатный сотрудник), прошедший обучение в объеме не менее 36 ч	0,25 ставки врача-специалиста иной специальности, занятой по внутреннему совместительству	1 специалист на 40 коек (или) 0,5 ставки другого врача-специалиста, занятой по внешнему совместительству, (или) работа профильного врача на 2,0 ставки	1 специалист на 30 коек, (или) 0,5 ставки другого врача-специалиста, занятой по внутреннему совместительству, (или) работа профильного врача на 1,5 ставки	1 специалист на 20 коек (1,0 ставки врача в отделении)
Медицинская сестра	-	-	0,25 ставки медицинской сестры по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность медицинской сестры на 40 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность медицинской сестры на 30 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность медицинской сестры на 20 коек (1,0 ставки медицинской сестры на отделение)
Младшая медицинская сестра или санитар	-	-	0,25 ставки младшей медицинской сестры (саниТ.) по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность младшей медицинской сестры (саниТ.) на 40 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры (саниТ.) на 30 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры (саниТ.) на 20 коек (1,0 ставки на отделение)

Продолжение Таблицы Р.1

Наименование параметра	Количество баллов для оценки					
	0	1	2	3	4	5
Ресурсная обеспеченность <i>Укомплектованность медицинскими работниками*</i>						
Врач-анестезиолог-реаниматолог	Отсутствие врача анестезиолога-реаниматолога	0,25 ставки врача-специалиста иной специальности, занятой по внешнему совместительству	0,25 ставки врача-специалиста иной специальности, занятой по внутреннему совместительству	1 специалист на 12 коек, (или) 0,5 ставки другого врача-специалиста, занятой по внешнему совместительству, (или) работа профильного врача на 2,0 ставки	1 специалист на 9 коек, (или) 0,5 ставки другого врача-специалиста, занятой по внутреннему совместительству, (или) работа профильного врача на 1,5 ставки	1 специалист на 6 коек (1,0 ставки врача в отделении)
Медицинская сестра	-	-	0,25 ставки медицинской сестры по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность медицинской сестры на 12 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность медицинской сестры на 9 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность медицинской сестры на 6 коек (1,0 ставки медицинской сестры на отделение)
Медицинская сестра анестезист	-	-	0,25 ставки медицинской сестры-анестезиста по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность медицинской сестры-анестезиста на 9 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры-анестезиста на 6 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность медицинской сестры-анестезиста на 3 койки (1,0 ст. медицинской сестры на отделение)
Младшая медицинская сестра или санитар	-	-	0,25 ставки младшей медицинской сестры (санит.) по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность младшей медицинской сестры (санит.) на 12 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры (санит.) на 9 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры (санит.) на 6 коек (1,0 ставки на отделение)

Продолжение Таблицы Р.1

Наименование параметра	Количество баллов для оценки					
	0	1	2	3	4	5
<i>Оснащенность медицинским оборудованием**</i>						
Укомплектованность медицинским оборудованием	Аппарат для рентгенографии (1 стационарный), аппарат УЗИ (1), биохимический анализатор (1), анализатор крови (1), аппарат для исследования ФВД (1)	Аппарат для рентгенографии (1 стационарный), аппарат УЗИ (1), биохимический анализатор (1), анализатор крови (1), аппарат для исследования ФВД (1), аппарат ИВЛ (не менее 10% от потребности)	Компьютерный томограф (1), аппарат для рентгенографии (не менее 1 стационарного), аппарат УЗИ (не менее 1), бронхофиброскоп (1), биохимический анализатор (не менее 1), анализатор крови (не менее 1), аппарат для исследования ФВД (не менее 1), аппарат ИВЛ (не менее 30% от потребности)	Компьютерный томограф (1), аппарат для рентгенографии (не менее 1 стационарного), аппарат УЗИ (не менее 1), бронхофиброскоп (не менее 1), биохимический анализатор (не менее 1), анализатор крови (не менее 1), аппарат для исследования ФВД (не менее 1), аппарат ИВЛ (не менее 50% от потребности)	Компьютерный томограф (1), аппарат для рентгенографии (не менее 1 стационарного), аппарат УЗИ (не менее 1), бронхофиброскоп (не менее 1), биохимический анализатор (не менее 1), анализатор крови (не менее 1), аппарат для исследования ФВД (не менее 1), аппарат ИВЛ (не менее 70% от потребности)	Компьютерный томограф (1), аппарат для рентгенографии (не менее 1 стационарного, не менее 1 передвижного), аппарат УЗИ (не менее 2), бронхофиброскоп (не менее 2), биохимический анализатор (не менее 2), анализатор крови (не менее 2), аппарат для исследования ФВД (не менее 2), аппарат ИВЛ (по числу коек), аппарат ЭКМО (не менее 1)
<i>Наличие площадей для размещения дополнительных коек и возможность монтажа необходимых строительных и инженерно-технических конструкций</i>						
Минимальные характеристики помещений и инженерно-технических конструкций (сооружений)** *	В медицинской организации отсутствуют койки анестезиологии и реанимации	В медицинской организации имеется блок реанимации и интенсивной терапии не более 6 коек, коечный фонд может быть полностью перепрофилирован для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	Число коек в палатной секции до 70 (за счет дополнительного резерва), вместимость палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии не более 6 коек, площадь на 1 койку в палате (отделении) интенсивной терапии, реанимации – не более 1,5 м ²	Число коек в палатной секции до 70 (за счет дополнительного резерва), вместимость палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии не более 12 коек, площадь на 1 койку в палате (отделении) интенсивной терапии, реанимации – не менее 2 м ²	Число коек в палатной секции до 50 (за счет дополнительного резерва), вместимость палат реанимации и интенсивной терапии не более 12 коек / число коек в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии от 6 до 18, площадь на 1 койку в палате интенсивной терапии, реанимации – не менее 3,5 м ²	Число коек в палатной секции от 20 до 30, наличие боксов / боксированных палат, вместимость палат реанимации и интенсивной терапии не более 12 коек, или число коек в отделении анестезиологии реанимации и интенсивной терапии от 6 до 18, площадь на 1 койку в палате интенсивной терапии, реанимации – не менее 3,5 м ²

Продолжение Таблицы Р.1

Наименование параметра	Количество баллов для оценки					
	0	1	2	3	4	5
<i>Возможность монтажа дополнительных строительных и инженерно-технических конструкций</i>						
Конструктивно-планировочная характеристика медицинской организации	Медицинская организация без проведения капитального ремонта не имеет возможности для увеличения мощности. Территория медицинской организации ограничена площадью и не позволяет развернуть пристройку из быстровозводимых конструкций	Мощность медицинской организации может быть увеличена на 5–10% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории	Мощность медицинской организации может быть увеличена на 10–15% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории	Мощность медицинской организации может быть увеличена на 15–20% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории	Мощность медицинской организации может быть увеличена на 20–30% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории	Мощность медицинской организации может быть увеличена более чем на 30% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории
Территориальное расположение <i>Территориальная доступность медицинской организации от населенного пункта (очага) возникновения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)</i>						
Расстояние до медицинской организации и время транспортировки пациентов бригадой скорой медицинской помощи	Расстояние до медицинской организации превышает 60 км, время транспортировки свыше 120 мин	Медицинская организация находится не далее 60 км, время транспортировки не превышает 120 мин	Медицинская организация находится не далее 45 км, время транспортировки не превышает 60 мин	Медицинская организация находится не далее 30 км от населенного пункта, время транспортировки не превышает 45 мин	Медицинская организация находится в черте населенного пункта либо в радиусе не более 15 км, время транспортировки не превышает 30 мин	Медицинская организация находится в черте населенного пункта, время транспортировки не превышает 20 мин

Продолжение Таблицы Р.1

Наименование параметра	Количество баллов для оценки					
	0	1	2	3	4	5
<i>Размещение медицинской организации и городской застройки*4</i>						
Расстояние до селитебной территории	Медицинская организация интегрирована в городскую инфраструктуру без соблюдения минимальных требований к расстоянию до жилой застройки	Размещение не более чем за 80 м от территории жилой застройки	Размещение не более чем за 90 м от территории жилой застройки	Размещение не более чем за 100 м от территории жилой застройки	Размещение в пригородной или зеленой зоне либо на расстоянии от 100 до 150 м от территории жилой застройки	Размещение в пригородной или зеленой зоне либо на расстоянии свыше 150 м от территории жилой застройки
<i>Категории автомобильных дорог и подъездных путей до медицинской организации*5</i>						
Класс автомобильной дороги	V	IV	III	II	IB-IV	IA-IB
Уровень медицинской организации и профили медицинской помощи						
Возможность перераспределения объемов медицинской помощи, в иные медицинские организации или перепрофилирования	Медицинская организация III уровня, оказывающая специализированную, в т.ч. высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилям «онкология», «кардио-логия», «неврология», «сердечно-сосудистая хирургия», «нейрохирургия»	Медицинская организация III уровня, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по иным профилям либо являющаяся больницей скорой медицинской помощи	Медицинская организация III уровня, оказывающая преимущественно специализированную медицинскую помощь, объемы которой могут быть перераспределены в иные медицинские организации	Медицинская организация II уровня, оказывающая специализированную медицинскую помощь, в том числе пациентам с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, объемы которой могут быть перераспределены в иные медицинские организации	Медицинская организация II уровня, оказывающая специализированную медицинскую помощь	Медицинская организация I уровня, оказывающая специализированную медицинскую помощь, которая обладает технологическими и конструктивными возможностями для перепрофилирования в стационар для оказания медицинской помощи пациентам с новой корона вирусной инфекцией (COVID-19)

Примечания:

* Расчет проводится на должности медицинских работников в соотношении с количеством коек, развернутых для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Итоговый показатель медицинской организации по данному разделу формируется путем суммирования полученных значений по отдельным структурным подразделениям.

** Расчет потребности в медицинском оборудовании осуществляется на основе минимальных требований к оснащению структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

*** В соответствии со Сводом Правил СП 158.13330.2014 «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования» (Приказ Министерства строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации от 18.02.2014 № 58/пр «Об утверждении свода правил «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования»).

*⁴ с учетом положений Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 (ред. от 10.06.2016) «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

*⁵ Постановление Правительства Российской Федерации от 28.09.2009 № 767 «О классификации автомобильных дорог в Российской Федерации».

Орлов С. А., Соболев К. Э., Александрова О. Ю. Подходы к планированию медицинской инфраструктуры и коечного фонда медицинских организаций в условиях развития и распространения коронавирусной инфекции COVID-19 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2021. - Т. 29. - №1. - С. 25–31. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-1-25-31

Orlov S.A., Sobolev K.E., Aleksandrova O.Y. The approaches to planning of medical infrastructure and bed stock in medical organizations in conditions of development and spread of coronavirus infection COVID-19 // Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine. - 2021. - Vol. 29. - N. 1. - P. 25-31. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-1-25-31

ПРИЛОЖЕНИЕ С

**Документы о создании областного аналитического расчетно-экономического
Центра в структуре МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского**

Министерство здравоохранения Московской области
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО»

ПРИКАЗот 09.11 2022 г.№ 537А

г. Москва

О создании Московского
областного аналитического
расчетно-экономического центра»

Для решения методологических и практических задач по оптимизации использования ресурсного обеспечения системы здравоохранения Московской области, во исполнение приказа директора института №152-ШР от 09.11.2022

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить Положение о Московском областном аналитическом расчетно-экономическом центре (Приложение № 1)
2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор института



К.Э. Соболев

Положение

о Московском областном аналитическом расчетно-экономическом центре

Настоящее положение определяет основные направления инновационных прикладных исследований по методологическому обоснованию и практическому использованию ресурсного обеспечения необходимого для реализации Государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019–2024 годы, в том числе территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в Московской области (далее - Программа), такие как:

- I. Медико-организационные векторы;
- II. Финансово-экономические векторы;
- III. Медико-социологический мониторинг;

для решения следующих существенных задач:

1. Проведение системного анализа реализации Программы, включая программу обязательного медицинского страхования, в части обеспечения выполнения нормативов объемов медицинской помощи, определенных соответствующими постановлениями правительства Российской Федерации и Московской области, с учетом оказания медицинской помощи государственными медицинскими организациями Московской области, а также участвующих в реализации Программы медицинских организаций различной ведомственной принадлежности и различных форм собственности, в том числе при оказании медицинской помощи жителям Московской области за её пределами.
2. Организация проведения системного анализа выполнения Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019–2024 годы.
3. Медико-социологический мониторинг результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения путем использования медико-социологического инструментария для проведения количественных и качественных исследований на всех уровнях территориального здравоохранения в соответствии с Государственной стратегической программой Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019–2024 годы.

4. Изучение социально-экономической характеристики пациентов (потребителей медицинских услуг) и их мнения о состоянии и проблемах регионального здравоохранения.
5. Осуществление медико-социологической оценки имиджевых параметров медицинской организации, расположенной в муниципальном образовании Московской области.
6. Формирование социально-конструированного портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории муниципального образования.
7. Изучение мнения пациентов и врачей-экспертов о состоянии специализированных медицинских служб и подготовка предложений по их совершенствованию.
8. Разработка, обоснование и практическое применение критериев оценки эффективности деятельности медицинских организаций, выполняющих Программу, и оценка эффективности медицинского персонала, оказывающего медицинские услуги, в рамках оказания медицинской помощи жителям Московской области.
9. Разработка и обоснование территориальных нормативов единиц объема медицинской помощи и финансовых затрат для формирования и при необходимости корректировки действующей Программы.
10. Мониторинг эффективности реализации Программы с использованием современных геоинформационных систем, со своевременным выявлением пороговых (индикативных) значений критериев оценки эффективности деятельности медицинских организаций, реализующих данную Программу.
11. Определение соответствия уровня использования кадровых и технологических ресурсов государственных медицинских организаций Московской области, выполняющих Программу, потребностям жителей Московской области, проживающих в зоне обслуживания данными медицинскими организациями.
12. Разработка и обоснование практических решений по устранению выявленного несоответствия ресурсного потенциала лечебной сети потребностям населения Московской области.
13. Обоснование необходимости привлечения сторонних медицинских организаций различных форм собственности и ведомственной принадлежности для оказания медицинских услуг в рамках Программы.

14. Разработка и обоснование территориальных нормативов объема медицинской помощи и финансового обеспечения для формирования Программы на краткосрочную, среднесрочную и долгосрочную перспективы.
15. Обоснование рациональных моделей организации первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи, направленных на эффективное использование ограниченных ресурсов здравоохранения Московской области и оптимального обеспечения потребности жителей, с учетом уровня заболеваемости, определенного на основании медицинской статистики и (или) на основании специальных исследований по организации и финансированию медицинской помощи по Программе, а также с учетом территориальных и логистических особенностей региона.
16. Разработка предложений по оптимизации организационно-экономической модели территориальной системы ОМС для Правительства Московской области, в рамках работы Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия).
17. Подготовка материалов для рабочих групп Комиссии по вопросам экономического планирования и тарифного регулирования в территориальной программе ОМС.
18. Участие в работе рабочих групп Комиссии по вопросам планирования и тарифного регулирования, в рамках территориальной программы ОМС Московской области.
19. Разработка и оптимизация методологии ценообразования (объема и стоимости ресурсного обеспечения) и практическая реализация экономических расчетов на основе клинических рекомендаций, порядков и стандартов медицинской помощи, для отдельных медицинских услуг и их комплексов, а также для любых заболеваний и их групп, с учетом фактической стоимости используемых кадровых и технологических ресурсов здравоохранения Московской области.
20. Экспертиза организационно-экономических моделей, предложенных правосубъектами системы здравоохранения Московской области, в том числе региональной системы ОМС, на соответствие ресурсному обеспечению и стратегическим задачам, утвержденным Государственной программой Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019–2024 годы.

21. Разработка методологии оценки соответствия плана финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций (далее – план ФХД) запланированным объемам медицинской помощи и необходимому ресурсному обеспечению.
22. Расчет интегрированного индекса результатов стратегического развития здравоохранения региона на основании аккумулированных данных, позволяющий в динамике ежегодно по итогам реализации Государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019–2024 годы оценить степень её эффективности.
23. По заказу Министерства здравоохранения Московской области и других правосубъектов осуществлять проведение научно-исследовательских работ по совершенствованию анализа, планирования и ценообразования в системе здравоохранения
24. Оказание методической и практической помощи медицинским организациям Московской области, реализующим Программу, по вопросам анализа (мониторинга), планирования и финансирования (ценообразования), по формированию и мониторингу плана ФХД.
25. Участие в научно-практических конференциях по вопросам компетенции Центра, подготовка научных публикаций (отчетов, докладов, статей и монографий).

Министерство здравоохранения Московской области
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

«МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО»

П Р И К А З

От 09.11. 2022г.

№ 152-ДМР

г. Москва

О внесении изменений
в штатное расписание

Во исполнение письма Министерства здравоохранения Московской области 14ИСХ-23321/2022-17-01 от 31.10.2022 о создании Московского областного аналитического расчетно-экономического центра

ПРИКАЗЫВАЮ:

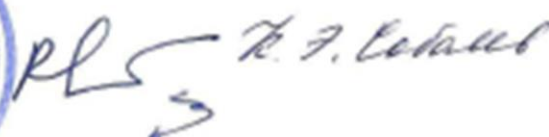
1. Начальнику отдела труда и заработной платы О.Г. Пинтелиной с 09.11.2022 г. внести изменения в штатное расписание ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по разделу "Здравоохранение", согласно приложению № 1 настоящего приказа.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по экономике и финансам В.А. Гладкову.

Директор



К.Э. Соболев

Приложение № 1 к приказу
от 08.10.2012 № 152-с/р

Штатное расписание

Наименование	Количество штатных единиц
Московский областной аналитический расчетно-экономический центр	
Руководитель центра	1,00
Научный руководитель центра	1,00
Заместитель руководителя центра	1,00
<i>Отдел системного анализа Московского областного аналитического расчетно-экономического центра</i>	
Начальник отдела	1,00
Заместитель начальника отдела	1,00
Главный специалист	2,00
<i>Отдел стратегического планирования ресурсного обеспечения медицинской помощи Московского областного аналитического расчетно- экономического центра</i>	
Начальник отдела	1,00
Заместитель начальника отдела	1,00
Главный специалист	2,00
<i>Отдел экономических расчетов Московского областного аналитического расчетно-экономического центра</i>	
Начальник отдела	1,00
Заместитель начальника отдела	1,00
Главный специалист	2,00
Итого	15,00
<i>в том числе прочие</i>	<i>15,00</i>

КОПИЯ



А. А. Сидоров *И. И. Сидоров*

ПРИЛОЖЕНИЕ Т

**Внедрение в практическую деятельность
результатов диссертационного исследования****ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

бульвар Строителей, д. 1, г. Красногорск,
Московская область, 143407

тел. (498) 602-29-71
факс (498) 602-29-70
e-mail: amo@mosreg.ru

_____ № _____
на № _____ от _____ В диссертационный Совет ДСУ 208.001.13
Первого Московского
государственного медицинского
университета им. И.М.Сеченова

СПРАВКА

Настоящим документом подтверждаем, что Соболев Константин Эдуардович, в период своей деятельности в должности главного врача Красногорской городской больницы № 1 (с 2014 года по октябрь 2020 года) являлся одним из авторов и разработчиков стратегической Государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы, утвержденной Постановлением Правительства Московской области № 715/36 от 09.10.2018 г.

В период своей деятельности Директором МОНИКИ им. М.В. Владимирского (с октября 2020 г. по настоящее время) Соболев К. Э. являлся автором и разработчиком материалов для Распоряжения Правительства Московской области от 21.06.2021 № 485-РП "О внесении изменений в распоряжение Правительства Московской области от 25.06.2019 № 521-РП "Об утверждении региональной программы "Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов"



Стригункова С. А.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

бульвар Строителей, д. 1, г. Красногорск
Московская область, 143407

тел. 8(498)602-04-20
e-mail: minzdrav@mosreg.ru

31.10.2022

14ИСХ-23321/2022-17-01

Директору
ГБУЗ МО «МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского»

К.Э. Соболеву

Щепкина ул., 61/2,
Москва, 129110

Уважаемый Константин Эдуардович!

Министерство здравоохранения Московской области, рассмотрев письмо от 17.10.2022 № ИСХ-4295/2022 (вх. № 14ВХ-63216/2022) о создании Московского областного аналитического расчетно-экономического центра в структуре ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» в количестве 15,0 штатных единиц сообщает, что возражений не имеется.

Увеличение штатной численности за счет средств от приносящей доход деятельности осуществляет в пределах финансовой возможности учреждения.

Одновременно сообщаем, при формировании данной структуры необходимо руководствоваться Методическими рекомендациями по формированию штатного расписания медицинской организации государственной системы здравоохранения Московской области, утвержденных приказом Министра здравоохранения Московской области от 16.05.2022 № 365.

Заместитель министра
здравоохранения Московской области



Р.В. Висков

Е.А. Маркова
8-498-602-04-20*46568



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

(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

FSBEI HE NSMU MOH Russia

Красный проспект, 52, г. Новосибирск, 630091, тел./факс
383-2-223204

52, Krasny prospect, Novosibirsk 630091, RUSSIA, tel./fax
383-2-223204

e-mail: rectorngmu@yandex.ru; <http://www.ngmu.ru>

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по последипломному
образованию

ФГБОУ ВО НГМУ
Минздрава России
доктор медицинских наук, профессор

Е.Г. Кондюрина

2022г.

16.06.2022 № 458/3
На _____ от _____

АКТ

о внедрении в учебный процесс и научную работу кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППВ Новосибирского государственного медицинского университета результатов диссертационной работы Соболева Константина Эдуардовича на тему «Медико-социологический мониторинг результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (по материалам Московской области)», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.2.3 - Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины

Мы, нижеподписавшиеся члены комиссии, удостоверяем, что предложенные в диссертационной работе основные научные положения, выводы и рекомендации внедрены в преподавательскую и научную практику кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППВ и используются в процессе обучения врачей по программе первичной специализации по специальности № 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье», в разделах «Общественное здоровье», а также в научных исследованиях и консультативной деятельности сотрудников кафедры.

Председатель комиссии:

Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей,
д.м.н.

К.Ю. Макаров

Член комиссии:

Заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППВ,
д.м.н., профессор

Ю.И. Бравов



Министерство здравоохранения Московской области
 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
 ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
 «МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
 НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
 ИНСТИТУТ им. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО»
 (ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»)

129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2
 Тел.: (495) 681-5585,
 факс: (495) 681-9390, 631-7343
 www.monikiweb.ru
 E-mail: moniki@monikiweb.ru

13.04.2022, Мех-Бд4/2022

на _____

УТВЕРЖДАЮ
 Заместитель директора
 по науке и международным связям
 ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского
 Какорина Е.П.
 _____ 2022 г.



АКТ О ВНЕДРЕНИИ

результатов диссертационной работы Соболева Константина Эдуардовича
 в образовательный процесс ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-
 исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского»

Материалы докторской диссертации Соболева Константина Эдуардовича на тему: «Медико-социологический мониторинг результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (по материалам Московской области)» используются в образовательном процессе на кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского при реализации программ дополнительного профессионального образования: профессиональной переподготовки и повышения квалификации для управленческих кадров здравоохранения Московской области.

Декан Факультета
 усовершенствования врачей



Чернявская Т.К.

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебно-воспитательной
работе ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)



Игитвинова Т.М.

10.05.2022 г.

АКТ

о внедрении результатов диссертационной работы Соболева Константина Эдуардовича в образовательный процесс кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации докторской диссертации Соболева Константина Эдуардовича на тему «Медико-социологический мониторинг результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (по материалам Московской области)» внедрены и используются в образовательном процессе кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук при изучении дисциплин «Социология медицины», «Социология здоровья», по программе магистратуры по специальности 39.04.01- Социология.

Зам. директора по научной работе
Института социальных наук

Присяжная Н.В.

Зам. директора по
учебно-методической работе
Института социальных наук

Шамшурина Н.Г.

Начальник Учебного управления

Юдина Л.Ю.

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ФГБНУ «РНЦХ им. акад.
Б.В.Петровского»,
член-корр. РАН, д.м.н., проф.



[Signature] К. В. Котенко

декабря 2022 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Результатов диссертационной работы Соболева Константина Эдуардовича на тему «Медико-социологический мониторинг результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (по материалам Московской области)».

Настоящий акт составлен о том, что результаты настоящего исследования внедрены и используются в научно-образовательном процессе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» для ординаторов, аспирантов, слушателей циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки в разделе дисциплин по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение».

Заместитель директора по научно-образовательной работе и реабилитации
ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского»,
д.м.н., профессор

[Signature]

Корчажкина Н.Б.

Ученый секретарь
ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского»,
к.м.н., доцент

[Signature]

Михайлова А.А.

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач Московского областного
онкологического диспансера«20»  2022 г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

результатов диссертационной работы Соболева Константина Эдуардовича
в практическую деятельность Московского областного онкологического
диспансера

Материалы докторской диссертации Соболева Константина Эдуардовича
«Медико-социологический мониторинг результатов стратегического
планирования развития регионального здравоохранения (по материалам
Московской области)» внедрены и используются в практической работе в
структурно-функциональных подразделениях Московского областного
онкологического диспансера.

Заместитель Главного врача

«УТВЕРЖДАЮ»
 Главный врач Люберецкой областной
 больницы
И.В. М. Орлов
 «25» *января* 2022 г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

результатов диссертационной работы Соболева Константина Эдуардовича в
 практическую деятельность Люберецкой областной больницы

Материалы докторской диссертации Соболева Константина Эдуардовича «Медико-социологический мониторинг результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (по материалам Московской области)» внедрены и используются в практической работе в структурно-функциональных подразделениях Люберецкой областной больницы.

Заместитель Главного врача

А.А. Шалалова



Министерство здравоохранения Московской области
 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
 ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
 «МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
 НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
 ИНСТИТУТ им. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО»
 (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)

27.04.2022 № 3099/2022

на _____

129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2
 Тел.: (495) 681-5585,
 факс: (495) 681-9390, 631-7343
 www.monikiweb.ru
 E-mail: moniki@monikiweb.ru

«УТВЕРЖДАЮ»

Заместитель директора по науке

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Профессор, д.м.н. Какорина Е.П.



Е.П. Какорина
 «в» _____ 2022 г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

результатов диссертационной работы Соболева Константина Эдуардовича в научно-исследовательскую деятельность «Московского областного научно-исследовательского клинического института имени М. Ф. Владимирского»

Материалы докторской диссертации Соболева Константина Эдуардовича «Медико-социологический мониторинг результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (по материалам Московской области)» внедрены и используются в научно-исследовательских работах научно-клинических подразделений МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского.

Ученый секретарь института
 Профессор, д.м.н.



Н.Ф.Берестень

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Красногорская городская больница № 1»
(ГБУЗ МО «Красногорская городская больница № 1»)**

*Юридический и почтовый адрес: Российская Федерация, 143403, Московская обл.,
Красногорск, ул. Карбышева, дом. 4*

Тел. приемной главного врача (495)564-67-60, факс: 8(495)564-32-73, бухгалтерия (495)563-13-24

ОГРН 1035004465990 ИНН 5024059531 КПП 502401001

Официальный сайт: www.1kgb.ru E-mail: kgb1krasnogorsk@list.ru

ИСХ. № 484
От 18.04.2022

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач ГБУЗ МО «Красногорская
городская больница № 1»



А.В. Евзерикина

«18» апреля 2022 г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

результатов диссертационной работы Соболева Константина Эдуардовича
в практическую деятельность Красногорской городской больницы № 1

Материалы докторской диссертации Соболева Константина Эдуардовича
«Медико-социологический мониторинг результатов стратегического
планирования развития регионального здравоохранения (по материалам
Московской области)» внедрены и используются в практической работе в
структурно-функциональных подразделениях Красногорской городской
больницы № 1

Заместитель главного врача
по медицинской части

Ю.А. Катанз

« 06 »

« 06 »

2022 года

внедрения результатов диссертационной работы Соболева Константина Эдуардовича в образовательный процесс кафедры управления в здравоохранении ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Основные научные положения, выводы и рекомендации, изложенные в диссертации Соболева Константина Эдуардовича, представляемой на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему «Медико-социологический мониторинг результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (по материалам Московской области)», внедрены и используются в образовательном процессе кафедры управления в здравоохранении по учебным дисциплинам: «Общественное здоровье и здравоохранение»; «Экономика здравоохранения», «Основы менеджмента» по направлению подготовки по специальностям: лечебное дело (35.05.01); педиатрия (3.05.02).

Заведующий кафедрой управления
в здравоохранении, д.м.н., профессор

Нехаенко Н.Е.

Профессор кафедры управления
в здравоохранении, д.м.н., доцент

Судаков О.В.

Начальник учебного управления
к.м.н., доцент

Страхова Н.В.