

ОТЗЫВ

официального оппонента, доктора медицинских наук, доцента Сазановой Галины Юрьевны на диссертационную работу Золотухина Олега Владимировича на тему «Трехуровневая система оказания медицинской помощи на примере урологической службы Воронежской области», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Актуальность исследования

Действующий способ организации урологической помощи в регионах России имеет ряд особенностей, оказывающих негативное влияние на ее результативность: отсутствие общепринятых алгоритмов диагностики, лечения, наблюдения заболеваний; низкий уровень доступности для жителей районов, отдаленных от административного центра; недостаточный уровень подготовки специалистов первичного звена по диагностике и лечению урологических заболеваний. Из-за этого стандартные методы организации лечения не обеспечивают желаемой эффективности при организации медицинской помощи пациентам с урологической патологией. Это подтверждается сохраняющимися высокими показателями инвалидизации, летальности, послеоперационных осложнений, недостаточной эффективности диспансеризации. Кроме этого, недостаточная проработанность процесса маршрутизации приводит к дискоординированному направлению пациентов между этапами медицинской помощи. Ее качество и доступность в результате этого ухудшаются. За рубежом (Канада, Великобритания, Сингапур, Куба, Соединенные Штаты Америки) система оказания урологической помощи имеет свои функциональные отличия, но обозначенные проблемы также не решаются. Выявленные данные позволяют признать действующую организацию урологического здравоохранения в регионах России недостаточно продуктивной.

Сложившаяся ситуация приводит к необходимости модернизации существующей модели регионального здравоохранения. В медицинских организациях первичного звена не всегда используются клинические рекомендации или стандарты оказания урологической помощи. Это еще больше снижает ее качество. Их недостаточная эффективность привела к увеличению значительной части лечебно-диагностической нагрузки на стационары.

Тенденции развития здравоохранения в России и за рубежом требуют улучшения организации и модели управления качеством медицинских служб. Важнейшими направлениями реорганизации становятся повышение роли первичного звена, контроля качества медицинской помощи и ее доступности.

На сегодняшний день в России развивается трехуровневая система оказания медицинской помощи, которая показала свою значительную продуктивность в различных направлениях медицины. Она уже успешно применяется в акушерской и перинатальной, травматологической, неврологической, кардиологической, хирургической и диагностической службах, но в урологии такая модель до сих пор не реализована.

Улучшение организации урологической помощи может быть особенно необходимо при мочекаменной болезни, доброкачественной гиперплазии и раке предстательной железы. Ведь именно эти заболевания имеют наиболее высокий уровень медико-социальной значимости среди урологической патологии: их характеризуют очень высокая распространенность, выраженная зависимость исхода от своевременности диагностирования, необходимость хирургического лечения, а также тяжелые медико-социальные последствия.

Действующая организация региональной урологической службы имеет ряд существенных проблем. Для нее характерны:

- 1) недостаточный уровень выявляемости и несовершенство системы скрининга (нет приоритета активной ранней выявляемости и «отсечению» групп риска);
- 2) несовершенство динамического наблюдения заболеваний с учетом их пространственного распределения в регионе;
- 3) несовершенство менеджмента качества и стандартизации;
- 4) отсутствие четких индикаторов результативности;
- 5) незначительная оценка операционной активности и поликлинической работы (в особенности – в районных и областных центрах);
- 6) недостаточная изученность научного прогнозирования развития и выявляемости заболеваний.

Поэтому существует потребность в структурном преобразовании сложившейся модели региональной урологической службы. Это подтверждается тем, что все еще не разрешены проблемы низкой доступности урологической помощи для населения (в особенности – специализированной помощи для жителей районов области) и ее недостаточное качество (что подтверждается значительным количеством «запущенных» стадий заболеваний, по всей видимости, обусловленным поздней диагностикой и необоснованно «затянутым» консервативным лечением). Среди вероятных причин создавшегося медико-социального положения и недостаточное количество специалистов хирургов и урологов (прежде всего – в районных медицинских организациях), и недостаточный уровень урологической подготовленности специалистов (специалистов-урологов и, в особенности, специалистов первичного звена), и отсутствие эффективной и отрегулированной

системы диагностики, лечения и маршрутизации пациентов, действующей на основании надлежащих клинических рекомендаций. Также эффективно функционирующая система урологической помощи требует соответствующей вспомогательной информационно-аналитической базы.

Проводится большое количество научных исследований по оказанию урологической помощи, но абсолютное большинство из них освещает клинические, популяционные стороны, но в полной мере не решены организационные проблемы урологического здравоохранения. Незначительно количество работ, отражающих именно организационные аспекты, но необходимость системной реорганизации региональной урологической службы практически не изучена. Совершенно не учтена методология перехода к трехуровневой системе. Существует необходимость решения этих проблем.

Следует заметить, что исследований по формированию и внедрению региональной урологической службы именно в виде трехуровневой системы, изучению ее эффективности по сравнению со сложившейся традиционной моделью, внедрению этих результатов в практику урологического здравоохранения, до настоящего времени не проводилось.

С позицией автора нельзя не согласиться. Поиск решений для реализации поставленных задач определяет актуальность рассматриваемого исследования.

Определенное Золотухиным О.В. направление исследования на основе реорганизации региональной урологической службы в трехуровневую систему позволит улучшить ее функционирование. Это направление является актуальным и своевременным. Несомненна востребованность полученных результатов для специалистов в области управления урологическим здравоохранением.

Научная новизна и практическая значимость исследования заключается в том, что проведенное медико-социальное исследование, направленное на выявление степени продуктивности оказания медицинской помощи населению по урологическому профилю на региональном уровне, выявило сложности, связанные со сложившимся ранее подходом к ее организации. Эти негативные последствия заключаются в недостаточной подготовленности специалистов по вопросам оказания медицинской помощи в этой сфере, отсутствии в системе оказания медицинской помощи межрайонных отделений, что существенно снижает доступность специализированной помощи. Следствием этих недостатков являются высокие показатели инвалидизации, летальности, временной нетрудоспособности, послеоперационных осложнений, экономических расходов на диагностику и лечение заболеваний при низких показателях удовлетворенности населения качеством урологической помощи. Сложившаяся ситуация привела к выявлению оснований

модернизации традиционной модели урологической службы. Ими явились активная ранняя выявляемость урологической патологии и снижение уровня необоснованно пролонгированного консервативного лечения, направленные на повышение обоснованной операционной активности и применения радикальных, малоинвазивных и «высокотехнологичных» вмешательств.

Золотухиным О.В. предложена трехуровневая система оказания урологической помощи населению в регионе. Она устраняет недостатки сложившегося ранее подхода к организации здравоохранения в этой сфере. Эта система включила в себя районные медицинские организации (на первом уровне), Межрайонные урологические центры (на втором уровне) и Региональные и Федеральные урологические центры (на третьем уровне). Соответственно, данная организационная структура основывается на повышении активной ранней выявляемости заболеваний (на первом уровне), максимальном и обоснованном расширении объемов операционной и поликлинической помощи для жителей «своего» и прикрепленных районов (на втором уровне). Это позволило повысить объем радикальных, малоинвазивных и «высокотехнологичных» вмешательств (на третьем уровне).

Автором разработаны модифицированная анкета скрининга урологических заболеваний, региональные стандарты клинических рекомендаций по диагностике, лечению и маршрутизации пациентов, урологический учебно-методический комплекс, геоинформационная система урологической патологии, система информационно-аналитического обеспечения, объединенные в программном комплексе «U-expert 1.0.». Это позволило повысить уровень активной ранней выявляемости заболеваний, единых подходов к оказанию урологической помощи, подготовки специалистов медицинских организаций различных уровней по проблеме оказания такой помощи, своевременно оценить ситуации с состоянием основных показателей результативности урологической службы с учетом их административно-территориального распределения и своевременно принимать меры по конкретному улучшению данных параметров, максимально облегчить процесс принятия решений специалистами всех уровней, участвующих в оказании урологической помощи.

Апробирована методология образовательного процесса. Она реализована в виде урологического учебно-методического комплекса. Это позволило повысить уровень подготовки специалистов первичного звена и специалистов-урологов медицинских организаций различных уровней по оказанию соответствующей помощи населению.

Реализация на практике трехуровневой системы позволила повысить показатели стандартизации лечебно-диагностического процесса, подготовленности специалистов по проблемам урологической помощи, обоснованного применения

малоинвазивных и «высокотехнологичных» вмешательств, удовлетворенности пациентов качеством урологической помощи и ее интегральные коэффициенты, и перманентно снизить комплекс показателей необоснованно пролонгированного консервативного лечения, послеоперационных осложнений, экономических расходов на диагностику и лечение, временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальности по причине урологических заболеваний. Это позволило статистически доказать ее эффективность.

При внедрении трехуровневой системы созданы прогностические модели выявляемости урологической патологии, что позволило улучшить не только фактические, но и прогнозируемые состояния этого показателя.

Подготовлены прогностические модели индивидуального риска развития урологических заболеваний по медико-социальным факторам. Это позволило повысить результативность прогноза.

Исследователем логично аргументированы основные направления развития и модернизации урологической службы, разработана и внедрена трехуровневая структурно-организационная модель системы регионального урологического здравоохранения на примере Воронежской области. Она обеспечивает оптимальное взаимодействие медицинских организаций всех уровней. Проведена комплексная и детализированная оценка поэтапного внедрения трехуровневой структурно-организационной модели урологической помощи, которая показала высокую степень эффективности.

Научная работа, осуществленная О.В. Золотухиным в этом направлении, представляют собой новый, современный и научно-обоснованный подход к формированию модернизированной системы оказания урологической помощи населению в регионе.

Выработанные с помощью проведенных исследований приведенные выше ключевые направления модернизации урологической службы и ее структурно-организационная модель в виде трехуровневой системы оказания урологической помощи представляют высокую значимость для медицинской науки в области общественного здоровья и здравоохранения и практики деятельности организаций здравоохранения. Это показано автором на примере Воронежской области.

Практическое значение исследования подтверждается также и тем, что разработанная в исследовании трехуровневая система урологической помощи в Воронежской области показала возможность и целесообразность ее применения и в ряде других субъектов Российской Федерации (Липецкой и Калужской областей).

Важно также и то, что материалы исследования используются автором в процессе преподавания в ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России.

Обоснованность, достоверность и объективность научных положений, выводов и рекомендаций

Медико-социальное исследование, проведенное автором, имеет комплексный характер и основано на методологии системного анализа, выполненного в соответствии с разработанной программой и координационным взаимодействии с Подпрограммой «Урология» долгосрочной областной целевой программы «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2011-2015 годы» (Приложение к постановлению правительства Воронежской области от 22 ноября 2010 г. № 1002), Долгосрочной муниципальной целевой программой «Совершенствование урологической помощи населению городского округа город Воронеж (2012-2016 гг)». С реализацией разработанной автором трехуровневой системы оказания урологической помощи населению в регионе связаны приказы Департамента здравоохранения Воронежской области № 2213 от 10.10.2014 «Об улучшении оказания урологической помощи гражданам Воронежской области, страдающим мочекаменной болезнью», № 440 от 05.04.2010 г «Об организации улучшения урологической помощи жителям Воронежской области с ДГПЖ», № 58 от 21.01.2011 г «Об оптимизации урологической помощи жителям Воронежской области с ДГПЖ», а также методическое письмо Департамента здравоохранения Воронежской области, ФГБУ НИИ Урологии МЗ РФ, ГБОУ ВПО ВГМА имени Н.Н. Бурденко МЗ РФ и БУЗ ВО ВОКБ № 1 «Этапы оказания медицинской помощи пациентам с раком предстательной железы» (2012).

Автором в соответствии с поставленной целью определены шесть задач, для решения каждой из которых проработаны теоретико-методологическая основа и соответствующий сегмент исследования, использован необходимый арсенал современных научных методов, таких как социологический, контент-анализ, определение ключевых показателей эффективности, интегральной оценки качества урологической помощи, экономического анализа, ГИС-анализа, информационно-аналитического обеспечения, статистический и прогностического моделирования.

Так как исследование многоаспектно, его выполнение осуществлялось в 2 последовательных этапа, что позволило автору оценить в динамике проблемы существующей системы урологической помощи в Российской Федерации и Воронежской области и разработать меры по ее совершенствованию, осуществить их поэтапное внедрение на всех уровнях, провести комплексную сравнительную оценку, что подтвердило объективность и достоверность работы.

Проанализированные диссертантом материалы и примененные методы анализа полностью обеспечивают репрезентативность и обоснованность научных положений, выводов и рекомендаций научного исследования. Использование обоснованных и высокоточных методов статистического анализа эмпирических данных, ориентация на высокий уровень статистической значимости межгрупповых различий обеспечивает соответствие научной работы критериям систематичности, релевантности и непредвзятости.

Оценка содержания диссертации, ее завершенности

Диссертация представляет собой завершенный научный труд. Она выполнена в соответствии с традиционным планом и включает в себя введение, обзор литературы, главу описания материалов и методов исследований, 5 глав результатов собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список используемой литературы и 7 приложений. Работа представлена на 342 страницах машинописного текста, иллюстрирована 27 таблицами и 51 рисунком. Библиография достаточна по объему и включает 399 источников, в том числе 244 отечественных и 155 иностранных.

Научные положения диссертации соответствуют пунктам 1, 2, 3, 6, 8, 9 паспорта научной специальности 14.02.03 – «общественное здоровье и здравоохранение».

Во «**Введении**» обоснована актуальность темы исследования, определены его цель и задачи, научная новизна и практическая значимость, представлены основные положения, выносимые на защиту, приведены сведения об апробации и внедрении результатов в практическое здравоохранение.

В первой главе «Проблемы оказания урологической помощи в условиях традиционного подхода и предпосылки к его реорганизации (обзор литературы)» представлен теоретический обзор по изучаемой проблеме, посвященный:

- 1) проблемам традиционной модели организации регионального здравоохранения;
- 2) необходимости реформирования традиционной модели регионального здравоохранения – основным тенденциям, анализу применения трехуровневой системы;
- 3) проблеме оценки качества организации медицинской помощи в современных условиях;
- 4) медико-социальной значимости урологических заболеваний: мочекаменной болезни, доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы;
- 5) проблемам организации урологической помощи на региональном уровне;
- 6) необходимости реформирования региональной урологической службы.

Анализ отечественных и зарубежных исследований, проведенный Золотухиным О.В., выявил, что используемый до настоящего времени традиционный подход к оказанию урологической помощи населению в регионе не являлся оптимальным. Он имел существенные функциональные недостатки (относительно высокие уровни временной нетрудоспособности, инвалидизации, летальности по причине урологического заболевания, послеоперационных осложнений, экономических расходов на диагностику и лечение, низкий уровень удовлетворенности населения качеством урологической помощи) и их потенциальные причины (низкие уровни активной ранней выявляемости урологической патологии, стандартизации лечебно-диагностического процесса и маршрутизации). В настоящее время трехуровневые системы успешно существуют в различных направлениях здравоохранения, но при этом практически не реализованы в урологии. В сфере урологических дисциплин произведено значительное количество клинических или статистических исследований и лишь единичные из них посвящены организационным аспектам. Научных работ по анализу проблем организации урологического здравоохранения, посвященных конкретно трехуровневой системе, до настоящего времени не проводилось. Это позволило автору обосновать актуальность исследования.

Во второй главе «Материалы и методы исследования» автор досконально описывает базу, программу, материалы и методы исследования. Раскрывается комплекс адаптированных к задачам методических и методологических подходов, представляется методика сбора и обработки материала, поэтапный план, алгоритм и дизайн исследования.

То, что работа выполнена в координационном взаимодействии с долгосрочными областными муниципальными целевыми программами, методическими письмами и приказами Департамента здравоохранения Воронежской области, а также то, что результаты исследования внедрены не только в Воронежской, но и в Калужской и Липецкой областях, подтверждает актуальность решаемой проблемы в масштабах страны.

Следует отметить, что преимуществом данного исследования является использование значительного количества источников информации, существенного статистического массива данных, обоснованного комплекса методов, а также ее интегрированность и структуризация, что соответствует концепции доказательной медицины.

Третья глава «Формирование трехуровневой системы оказания урологической помощи населению в регионе» посвящена проблемам традиционной модели организации регионального здравоохранения, необходимости

реформирования сложившейся модели регионального здравоохранения – основным тенденциям, анализу применения трехуровневой системы, оценки качества организации медицинской помощи в современных условиях, медико-социальной значимости урологических заболеваний, актуальности мочекаменной болезни, доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы, организации урологической помощи населению в регионе, а также необходимости модернизации урологической службы в регионе.

Исследователь приводит структурную характеристику т.н. «традиционного подхода» к оказанию региональной урологической помощи в виде «двухуровневой системы (поликлиника – стационар)», представляет его функциональные недостатки. Кроме того, выявлено, что данный порядок зачастую нарушался, в результате чего имело место «хаотичное» движение пациентов между этапами оказания помощи. Замечено, что вследствие отсутствия в рамках традиционной системы межрайонных урологических отделений имели место низкое качество и доступность специализированной урологической помощи (в особенности для жителей районов), высокие уровни «запущенных» стадий патологии и необоснованно пролонгированного консервативного лечения, поликлиническое обслуживание жителей только своего района, преобладание срочных хирургических вмешательств над плановыми в структуре операционной активности при ее низком общем уровне.

Обосновано, что в условиях «традиционного подхода» не существовало какой-либо единой системы принятия врачебных решений по диагностике, лечению и маршрутизации урологических пациентов. Исследование Золотухина О.В. показало, что количество случаев оказания медицинской помощи, соответствующих какому-либо «стандарту» было очень мало. Выявлен дефицит кадров со стороны врачебного состава и недостаточный уровень подготовки специалистов (урологов и, в особенности, специалистов первичного звена) по вопросам оказания урологической помощи.

При сопоставлении недостатков традиционного подхода и их причин автором сформулированы рабочие гипотезы о том, что существующее количество урологов и хирургов (в особенности – в районных медицинских организациях), недостаточный уровень их подготовки по проблеме оказания урологической помощи, отсутствие в структуре помощи межрайонных отделений, а так же отсутствие системы и средств стандартизации диагностики, лечения и маршрутизации урологических пациентов приводят к тому, что зачастую пациенты получали неполноценную медицинскую помощь (последствиями этого являются: несвоевременная диагностика и направление на следующий этап, необоснованно пролонгированное консервативное лечение), что говорит о низкой доступности специализированной урологической помощи в районах

области. Низкий уровень доступности специализированной урологической помощи (в особенности – в районах области) приводит к появлению преобладающего количества пациентов с «запущенными» стадиями заболеваний и преобладанию на этапе обращения за урологической помощью пациентов с urgentными состояниями. Выдвинутые гипотезы подтвердили необходимость и обозначили направления реорганизации урологической службы. С учетом выявленных недостатков и направлений развития системы оказания медицинской помощи в целом автором была предложена упомянутая выше трехуровневая модель урологической службы, адаптированная к Воронежской области и представленная в рассматриваемой диссертации. Система включает 3 уровня, различающихся по административно-территориальному типу участвующих медицинских организаций, виду, объему и функциональным характеристикам оказываемой урологической помощи. Это – районные медицинские организации, Межрайонные урологические центры (которых не существовало ранее) и Региональные и Федеральные урологические центры. Предложенная модель основана на четком распределении и ранжировании медицинских организаций в зависимости от уровня оказания помощи, а между медицинскими организациями различного уровня оказания помощи закреплены прямые и обратные координационные связи.

Базовыми принципами разработанной автором системы (в отличие от традиционного подхода) являются: активное выявление заболеваний; акцент на их раннее выявление посредством проведения опроса прикрепленного здорового населения; переход при оказании помощи от модели «по обращаемости» к модели «по выявляемости»; маршрутизация пациентов с обеспечением преемственности на каждом из этапов; четкое формулирование целей и задач для каждого звена лечебно-диагностической цепочки; выработка единых стандартов обследования и лечения на всех этапах; обучение медработников и граждан; поэтапное внедрение (модульный подход); повышение качества (в т.ч. – доступности медицинской помощи) по профилю «урология», в том числе специализированной и высокотехнологичной. В рамках предложенной модели разработаны: модифицированная анкета урологического скрининга, стандартизированные клинические рекомендации по диагностике и лечению, маршрутизации урологических пациентов, урологический учебно-методический комплекс, нормативно-правовая база, прогностические модели развития и выявляемости урологической патологии, система информационно-аналитического обеспечения, объединенные в программном комплексе «U-expert 1.0.».

Для адаптивного изменения подходов к кадровому обеспечению урологической службы с учетом формирования трехуровневой системы оказания медицинской

помощи был предложен «Урологический учебно-методический комплекс», включающий в себя основные разработанные в ходе исследования нормативно-правовые и образовательные средства. В результате уровень подготовленности по проблеме урологической помощи повысился у специалистов первичного звена с 9% до 40%, у специалистов-урологов – с 84% до 95%.

Для достижения автоматизации организационных процессов в трехуровневой системе была разработана компьютерная программа информационно-аналитического обеспечения «U-expert 1.0.», имеющая высокие возможности в оценке и управлении изучаемыми показателями за счет кумулирования и анализа данных диагностики, лечения и маршрутизации пациентов.

Четвертая глава «Организация оказания урологической помощи населению на уровне первичных медицинских организаций» посвящена характеристикам осуществленных преобразований, результатам анализа выявляемости урологических заболеваний на первом уровне оказания медицинской помощи, в том числе – в административно-территориальных единицах Воронежской области и разработке геоинформационной системы.

На основании разработанной трехуровневой модели появилась возможность существенно повысить доступность амбулаторной и специализированной помощи, решить вопросы маршрутизации, консультирования пациентов и специалистов первичных медицинских организаций в прикрепленных межрайонных урологических центрах, что позволило повысить качество и улучшить организацию медицинской помощи пациентам урологического профиля. В рамках разработанной модели были реформатированы основные формы работы и задачи первичных медицинских организаций в соответствии с предложенной системой, их основной функцией стала работа с прикрепленным населением: учет, опрос, активное выявление факторов риска и ранних стадий заболевания, формирование групп риска. Реализация поставленных задач позволила изменить уровень выявляемости урологических заболеваний.

В результате Золтухину О.В. удалось повысить как общую и, так и раннюю выявляемость при мочекаменной болезни (на 71,4% и 30%), при доброкачественной гиперплазии (на 65,01% и 55,02%) и при раке предстательной железы (на 48,3% и 37,22%). По всему сектору исследуемой патологии степень повышения составила 64,8% и 47,7%. Кроме этого, принятые меры позволили изменить подход к оказанию помощи и перейти от модели оказания помощи «по обращаемости» к модели «по выявляемости».

Разработанная автором геоинформационная система позволила логично распределить районы области по уровню ранней и общей выявляемости на «средние», «выше среднего» и «ниже среднего» относительно среднего многолетнего уровня.

Внедрение ее в практику позволило проводить постоянный мониторинг показателей в районах области, а также своевременно выполнять конкретные мероприятия, направленные на повышение качества урологической помощи. После замены традиционного подхода на трехуровневую систему произошло значительное повышение среднего многолетнего уровня выявляемости, а также сглаживание различий ее значений между районами (за счет их «подтягивания» к возросшему среднему многолетнему уровню).

Пятая глава «Организация второго уровня оказания урологической помощи населению в регионе, обеспечение доступности специализированной урологической помощи» посвящена структурно-функциональным преобразованиям, проведенным на втором уровне оказания урологической помощи, а также оценке результатов оказания урологической помощи на уровне межрайонных урологических центров.

При участии автора на втором уровне оказания урологической помощи были созданы межрайонные урологические центры, определена их структура, ресурсное обеспечение и задачи, которые они должны решать.

В ходе осуществленных изменений достигнуто снижение уровня необоснованно пролонгированного консервативного лечения (на 22,68%). Выявлено повышение показателей общего уровня обоснованной операционной активности (на 69,3%), количества срочных (на 54,3%) и плановых (на 78,3%) вмешательств, соотношения «плановые / срочные» операции (на 57,4%), количества выполняемых операций для жителей «своего» района (на 65,3%), «соседних» районов (на 77,97%), уровня радикальных вмешательств (на 84,3%), общего уровня оказания помощи жителям прикрепленных районов (на 82,7%), количества обслуженных всех поликлинических пациентов (на 51,2%), жителей «своего» района (на 6,7%), «соседних» районов (на 83,8%), уровня диспансеризации (на 79,1%).

В шестой главе «Организация урологической помощи на третьем уровне ее оказания. Результаты работы регионального урологического центра» представлены результаты организации и оказания урологической службы на этом уровне, итоги анализа и оценки результативности ее организации с учетом ключевых показателей эффективности, результаты сравнительного анализа экономической эффективности, а также изучения интегральных коэффициентов качества организации в условиях применения традиционного подхода и разработанной трехуровневой системы.

На основании разработанной модели на базе БУЗ ВО ВОКБ № 1 при участии Золотухина О.В. был создан региональный урологический центр, который объединил 5 отделений, оказывающих помощь по уронефрологическому профилю. В них оказывается специализированная (в том числе – высокотехнологичная) помощь,

разрабатываются и внедряются в практику новые методы диагностики и лечения урологических заболеваний на уровне региона. Кроме того, на начальном этапе увеличилось количество консультативно-диагностических выездов врачей-урологов, далее, с увеличением объемов телемедицинских консультаций, количество выездов несколько уменьшилось.

Автору удалось повысить обоснованную операционную активность (при мочекаменной болезни – на 10,2%, при доброкачественной гиперплазии простаты – на 11%, при раке простаты – на 16,7%). Изменилась и структура оперативных вмешательств. При мочекаменной болезни – это – снижение количества открытых и повышение количества эндоскопических операций, внедрение перкутанных нефролитолапаксий. При доброкачественной гиперплазии предстательной железы – снижение количества открытых аденомэктомий и соответствующее повышение количества эндоскопических операций. При раке простаты – повышение количества радикальных простатэктомий, внедрение брахитерапии и снижение количества паллиативных вмешательств. В целом увеличено количество малоинвазивных и «высокотехнологичных» вмешательств (на 55,83%), снижен уровень послеоперационных осложнений (на 7,6-11,1%).

Структурная модернизация модели урологического здравоохранения, оцениваемая автором по определенным им базовым индикаторам результативности, продемонстрировала статистически значимое снижение уровней временной нетрудоспособности (на 25,1%), инвалидизации (2,73 раза) и летальности (в 2,1 раза) по причине урологического заболевания. При этом уровень прямых затрат на диагностику и лечение в пересчете на конкретного пациента снизился на 35,32%.

Обосновано улучшение качества урологической помощи на основе ее интегральной оценки. В частности, выявлено повышение коэффициентов медицинской эффективности (на 18,46%), стандартизации (на 65,0%), социальной эффективности (т.е. уровня удовлетворенности пациентов качеством урологической помощи – на 20,03%), а также интегрированного и комплексного показателей качества. Полученные автором данные статистически доказывают фактическую эффективность разработанной им системы.

В седьмой главе «Сравнительный анализ прогнозов выявляемости урологической патологии при традиционной и трехуровневой моделях оказания урологической помощи» представлены разработка этих прогнозов, как одного из критериев эффективности трехуровневой модели оказания медицинской помощи, а также индивидуальное прогнозирование риска развития урологических заболеваний в качестве дополнительного механизма повышения результативности урологической

службы в условиях проводимых преобразований. Автором разработаны соответствующие прогностические модели.

В результате установлено, что внедрение разработанной трехуровневой системы позволяет улучшить не только фактические (на 171,8%), но и прогнозируемые (еще на 1,3%) состояния показателей выявляемости урологической патологии. Также внедрение разработанной трехуровневой системы позволило достичь возможности индивидуального прогнозирования развития урологической патологии по комплексу медико-социальных факторов (на примере изучаемых заболеваний) эффективностью прогноза не ниже 73%. Статистическая значимость подобных результатов позволила подтвердить «правильность» выбранных подходов и рекомендовать эти модели к практическому использованию в целях контроля и профилактики урологических заболеваний среди населения региона.

В **«Заключении»** резюмированы, интерпретированы и проанализированы все результаты проведенного исследования, сформулирована их обобщенная логическая модель, представлены научные обоснования выводов и практических рекомендаций. Оно отражает все этапы проведенного исследования. Выводы и практические рекомендации полностью соответствуют поставленным задачам и основным положениям, выносимым на защиту, органично вытекают из представленного материала, имеют научную новизну и практическую значимость.

Последовательность глав диссертационной работы соответствует решению поставленных задач, которые являются взаимосвязанными.

По результатам работы автором оформлена 61 публикация, в том числе 30 статей – в журналах, рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ, 1 статья опубликована в иностранном журнале. Получены Свидетельство Роспатента о государственной регистрации программы для ЭВМ, 2 Свидетельства Роспатента о государственной регистрации баз данных, Удостоверение ФГБОУ ВО ВГМУ имени Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения РФ на секрет производства (ноу-хау). Изданы 2 монографии, учебно-методическое пособие, методические рекомендации и 2 методических письма.

Материалы диссертационного исследования широко апробированы на межрегиональных, всероссийских, международных и иностранных научно-практических конференциях, оформлены в виде стандартизированных клинических рекомендаций в составе разработанного автором учебно-методического комплекса, представлены Минздраву России и успешно внедрены в практическую деятельность всех медицинских организаций Воронежской, Калужской и Липецкой областей,

задействованных в системе оказания урологической помощи, что подтверждается актами внедрения.

Автореферат отражает содержание диссертации в полном объеме, подготовлен в соответствии с надлежащими требованиями.

Принципиальных замечаний по работе нет. Имеются некоторые редакционные погрешности, которые не снижают научной и практической значимости работы.

При рецензировании представленной работы возник ряд вопросов:

1. В своей работе Вы используете метод клинико-экономического анализа «затраты-эффективность» и включаете в расчеты только прямые затраты. Почему не включены в анализ косвенные затраты?
2. Почему Вы не использовали метод «стоимость болезни», который изучает экономическое бремя определенного заболевания и необходим для принятия управленческих решений руководителем медицинской организации о рациональном распределении ресурсов?

Отмеченные замечания и пожелания не принципиальны и не снижают научной ценности работы.

Заключение:

Диссертация Золотухина Олега Владимировича на тему «Трехуровневая система оказания медицинской помощи на примере урологической службы Воронежской области» является завершенным научно-квалификационным исследованием, в котором решена злободневная научно-практическая проблема по совершенствованию организации урологической помощи населению в регионе и формированию трёхуровневой системы её оказания, что имеет существенное значение для общественного здоровья и здравоохранения.

Диссертация не содержит недостоверных сведений. В опубликованных соискателем ученой степени работах изложены основные научные результаты диссертации. По актуальности, объему проведенного исследования, научной новизне, методологическому уровню, теоретической и практической значимости

представленная работа соответствует требованиям пункта 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842 (в редакции Постановления Правительства РФ от 24.04. 2016 г. № 335), предъявляемым диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а диссертант – Золотухин Олег Владимирович заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Доктор медицинских наук, доцент,
(14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение,
доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами
правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский
государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского»
Минздрава России

Сазанова Галина Юрьевна

Адрес: 410012. Г. Саратов. Ул. Б. Казачья, 112. СГМУ. Кафедра
общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории
медицины)

Тел. - +7 927 223 94 06

e-mail – sazanovagu@yandex.ru

Подпись д.м.н., доцента Г.Ю. Сазановой «заверяю»:

Ученый секретарь Ученого совета

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени
В.И. Разумовского» Минздрава России

доктор медицинских наук

