

Уральский институт управления здравоохранением имени А.Б. Блохина

На правах рукописи

Мезенцева Татьяна Александровна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ВНЕДРЯЮЩЕЙ НОВУЮ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Научная специальность

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

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Курмангулов Альберт Ахметович

Екатеринбург

2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	21
1.1. Организация первичной медико-санитарной помощи: современное состояние	21
1.2. Новая модель оказания первичной медико-санитарной помощи как механизм реализации основных принципов бережливого производства	25
1.3. Методические и методологические подходы к оценке мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи	35
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	46
2.1. Программа и материалы исследования	46
2.1.1. Общая программа и этапы исследования	46
2.1.2. Программа медико-статистического исследования	52
2.1.3. Программа аудита медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению	55
2.1.4. Программы социологических исследований	57
2.1.4.1. Оценка удовлетворенности пациентов в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи	57
2.1.4.2. Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью в Свердловской области	59
2.1.4.3. Оценка удовлетворенности пациентов, врачей, сотрудников регистратуры, операторов колл-центров организацией записи на прием к врачу	61

2.1.5. Программа анализа обращений граждан по вопросам оказания первично-медико-санитарной помощи, направленных по разным каналам обратной связи.....	64
2.1.6. Программа SWOT-анализа.....	65
2.1.7. Программа оценки вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи.....	66
2.1.8. Программа оценка результативности мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи.....	68
2.2. Характеристика базы исследования.....	69
2.2.1. Свердловская область как база проведения исследования.....	69
2.2.2. Оценка медико-демографических показателей в Свердловской области.....	70
2.2.3. Анализ организации первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области.....	72
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	78
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ВНЕДРЯЮЩИХ НОВУЮ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, НА ОСНОВНЫЕ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ.....	93
4.1. Сравнительная оценка медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи, по основным показателям деятельности.....	93

4.2. Формирование итогового рейтинга медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи, по основным показателям деятельности	98
4.3. Корреляционный анализ показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи, и медико-статистических и демографических показателей территорий	103
ГЛАВА 5. АНАЛИЗ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ВНЕДРЯЮЩИХ НОВУЮ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ	110
5.1. Мониторинг реализации мероприятий в рамках внедрения новой модели в медицинских организациях, оказывающих помощь детскому населению	110
5.2. Оценка достижения критериев новой модели в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению	111
5.3. Оценка итогового рейтинга медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению, по основным показателям деятельности	116
ГЛАВА 6. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	121
6.1. Анализ удовлетворенности населения медицинской помощью в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи.....	121
6.2. Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью.....	123
6.3. Анализ обращений граждан по вопросам оказания первично-медико-санитарной помощи, направленных по разным каналам обратной связи	129

6.4. Комплексная оценка удовлетворенности пациентов и сотрудников медицинских организацией процесса записи на прием к врачу	136
ГЛАВА 7. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВНЕДРЯЮЩЕЙ НОВУЮ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.....	
148	
7.1. Ситуационный анализ (SWOT) деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области.....	148
7.2. Стратегия повышения вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи.....	155
7.3. Стратегия методического сопровождения внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи	157
7.4. Стратегия стандартизации и улучшения работы медицинской организации в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи	158
7.5. Стратегия совершенствования организации проведения профилактических медицинских мероприятий для взрослого населения на принципах бережливого производства.....	161
7.6. Стратегия совершенствования организации управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу.....	166
7.7. Стратегия совершенствования системы непрерывного обучения принципам и методам бережливого производства.....	169
7.8. Оценка результативности мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области	172
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	176
ВЫВОДЫ	183
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ	186

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	188
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:.....	192
ПРИЛОЖЕНИЯ	219
Приложение А. Анкета для пациента «Оценка удовлетворенности организацией записи на прием к врачу»	219
Приложение Б. Анкета для врача-специалиста «Оценка удовлетворенности организацией записи на прием к врачу»	224
Приложение В. Анкета для сотрудника регистратуры «Оценка удовлетворенности организацией записи на прием к врачу»	228
Приложение Г. Анкета для оператора колл-центра «Оценка удовлетворенности организацией записи на прием к врачу»	232
Приложение Д. Анкета для сотрудника медицинской организации «Изучение вовлеченности персонала медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи	236
Приложение Е. Ранжирование муниципальных образований Свердловской области по медико-статистическим и демографическим показателям.....	238
Приложение Ж. Ранжирование медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по показателям деятельности.....	250

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертационного исследования

Для совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации (далее – РФ) необходимы поиск и внедрение новых подходов к организации первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) населению, которая играет большую роль в сохранении общественного здоровья и демографического суверенитета государства [13, 41, 45, 47, 83, 95, 132]. Обеспечение оптимальной доступности и качества ПМСП становится приоритетом стратегии развития здравоохранения в РФ до 2025 г. [163].

С целью совершенствования системы здравоохранения и улучшения медико-демографических показателей в РФ с 2019 г. реализуется национальный проект «Здравоохранение». В него включено 8 федеральных проектов, одним из которых является федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [104, 107, 145].

В настоящий период времени существует значительное количество подходов для повышения результативности работы медицинских организаций. Министерством здравоохранения РФ (далее – Минздрав России) определены задачи по созданию новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи (далее – новая модель), которая основана на внедрении бережливых технологий в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [66, 78, 79, 101, 107]. Данные мероприятия стали продолжением пилотного проекта «Бережливая поликлиника», федерального приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» [105, 135].

С 2022 г. начал реализовываться новый федеральный проект – «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» [106]. В рамках данного проекта было выделено дополнительное финансирование на капитальные ремонты, открытие новых объектов, оказывающих ПМСП, привлечение

квалифицированных кадров и обновление устаревшего оборудования [145]. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью становится важным индикатором эффективности системы здравоохранения. Реализация данных проектов может повысить эффективность оказания ПМСП и оказать положительное влияние на показатели здоровья населения РФ [22, 64, 96].

Вопросы организации ПМСП и ее усовершенствования вызывают интерес как у отечественных, так и зарубежных исследователей. Их работы охватывают различные аспекты, включая основные этапы развития, подходы к формированию моделей организации данного вида помощи [2, 10, 12, 13, 30, 37, 41, 47, 54, 55, 83, 85, 95, 132, 149, 157, 177, 184, 190, 208, 211]. Много работ посвящено повышению результативности работы амбулаторного звена, в том числе внедрению подходов бережливого производства [76, 117, 124, 143, 150, 151, 156, 194, 196, 197, 198, 199, 204, 206, 211, 212]. Опыт реализации новой модели показывает, что совершенствование работы поликлиники с применением бережливых технологий позволяет добиться существенных результатов [42, 124, 143, 144, 145, 150, 151, 156, 171, 179].

При большом количестве представленных практик по использованию бережливых технологий в здравоохранении в немногочисленных работах описаны проблемы, которые могут возникнуть при внедрении новой модели [60, 76, 77, 111, 127, 143, 171, 179]. Некоторые авторы отмечают отсутствие комплексного подхода к реорганизации деятельности, высокую формальность проводимых преобразований, недостаточную вовлеченность всех участников процесса оказания ПМСП [171, 179]. Недостаточность компетенций у руководителей, отсутствие финансирования мероприятий, проблемы информатизации отрасли и сопротивление сотрудников медицинских организаций внедрению новых подходов являются ограничивающими моментами, с которыми сталкиваются медицинские организации в рамках внедрения новой модели [143]. Кроме того, сохраняется необходимость совершенствования подходов к повышению квалификации руководителей и сотрудников медицинских организаций в области бережливых подходов и технологий [44, 45, 134, 166, 167].

Значимость проведения исследований в области совершенствования деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, обусловлена недостаточно проработанной в научной литературе и в нормативно-правовом поле методологической базой. Проблема использования валидных и тиражируемых подходов к оценке проводимых мероприятий по совершенствованию ПМСП продолжает оставаться релевантной для специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья. Таким образом, выбор данной темы для диссертационного исследования обусловлен ее актуальностью как на уровне отдельного региона, так и на уровне РФ.

Степень разработанности темы исследования

На основании действующего законодательства и иных документов, в том числе существующих методических рекомендаций, можно констатировать, что вопросы внедрения новой модели не полностью проработаны на теоретическом и на законодательных уровнях. Предложена методика для оценки 8 критериев первого уровня новой модели, которая законодательно не закреплена. В данный период времени проводится разработка методики оценки для остальных 16 критериев [66, 78, 79].

К настоящему времени не внесены изменения в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в 2020 г. с целью обсуждения был опубликован законопроект о внесении изменений в данный федеральный закон по вопросу внедрения новой модели [111, 169]. Минздравом России совместно с Росздравнадзором на протяжении нескольких лет ведется разработка порядка определения соответствия требованиям, которые предъявляются к медицинским организациям, участвующим в мероприятиях по внедрению новой модели, с внесением в перспективе изменений в положения об организации оказания ПМСП взрослому и детскому населению [173].

На сегодняшний день проблемы внедрения новой модели и оценка изменений показателей деятельности медицинских организаций являются достаточно актуальными [44, 143, 171, 179]. В большинстве работ различных авторов представлен опыт оценки достижения рекомендованных критериев новой модели, применения отдельных инструментов бережливого производства для их достижения, результаты реализации проектов по улучшению [19, 51, 69, 92, 94, 164]. В научных публикациях имеется ограниченное число исследований, посвященных изучению и оценке показателей деятельности медицинских организаций, участвующих в мероприятиях по внедрению новой модели, и их влияния на медико-статистические и демографические показатели различных территорий [62].

В доступной для анализа литературе отсутствуют работы, в которых отражена комплексная оценка ПМСП для разработки стратегических направлений по совершенствованию внедрения новой модели на региональном уровне. Кроме того, для оценки деятельности медицинских организаций используются чаще всего показатели доступности, удовлетворенности населения, а также анализ жалоб и обращений пациентов [23, 99, 110, 142].

Несмотря на достаточно большой период внедрения новой модели в РФ, наличие различных публикаций по данной тематике к настоящему времени недостаточно исследований по оценке результативности создания новой модели. Исходя из этого, актуальной задачей является поиск показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, и оценка их влияния на медико-статистические и демографические показатели территорий обслуживания с целью разработки мероприятий по совершенствованию организации ПМСП.

Цель и задачи диссертационного исследования

Цель исследования – на основании комплексной оценки организации медицинской помощи разработать и оценить мероприятия по совершенствованию

деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области.

Для выполнения поставленной цели были сформулированы задачи диссертационного исследования:

1. Провести сравнительный анализ медико-статистических и демографических показателей муниципальных образований Свердловской области.

2. Оценить степень влияния на медико-статистические и демографические показатели муниципальных образований показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи.

3. Выполнить аудит деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи.

4. Осуществить комплексную оценку удовлетворенности населения медицинской помощью и выявить основные факторы, определяющие ее уровень.

5. Разработать, апробировать и оценить результативность системы мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи.

Научная новизна исследования

Научная новизна исследования состоит в разработке конкретных стратегий по совершенствованию деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, на основе внедрения ресурсосберегающих подходов вовлечения сотрудников, методического сопровождения, стандартизации процессов, организации проведения профилактических медицинских мероприятий, управления потоками пациентов, формирования профессиональных компетенций сотрудников на уровне конкретного субъекта РФ.

Впервые на протяжении всех этапов внедрения новой модели, начиная с 2017 г., проведена оценка удовлетворенности пациентов и апробирована

методика оценки вовлеченности сотрудников медицинских организаций, в которых стали применяться технологии бережливого производства.

На основании анализа показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, предложены показатели для расчета их итогового рейтинга, данная методика апробирована на региональном уровне. Впервые проведена комплексная оценка степени влияния показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, на медико-статистические и демографические показатели муниципальных образований Свердловской области. Осуществлен анализ результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи.

Впервые проведено комплексное обоснование управленческих решений в области внедрения ресурсосберегающих технологий в деятельность медицинских организаций на региональном уровне.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость данного исследования заключается в проведении комплексного анализа системы организации ПМСП, который позволил определить основные направления совершенствования помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в контексте внедрения новой модели.

Практическая значимость работы определяется в разработке конкретных предложений по совершенствованию организации ПМСП, апробированных на уровне отдельных медицинских организаций региона.

На основе диссертационного исследования были разработаны алгоритмы основных процессов оказания ПМСП для руководителей медицинских организаций и методические рекомендации по организации проведения профилактических медицинских мероприятий с использованием подходов бережливого производства (утверждены Ученым советом ГАУДПО «Уральский институт управления здравоохранением им А.Б. Блохина» (далее – Институт

им. Блохина), протокол от 28.04.2023 № 2). Основные принципы, отраженные в данных методических рекомендациях, в 2023 г. были использованы в рамках обучающих семинаров и окружных совещаний с медицинскими организациями Свердловской области.

На основании проведенного исследования разработаны профессиональные программы повышения квалификации «Внедрение бережливых технологий в деятельность медицинских организаций» на 36 часов, «Организация и управление оказанием первичной медико-санитарной помощи» для руководителей амбулаторной службы на 144 часа (утверждены Педагогическим советом Института им. Блохина, протоколы от 15.12.2021 № 4, от 05.04.2023 № 3).

Разработаны, утверждены и внедрены в учебный процесс Института им. Блохина методические рекомендации по совершенствованию внедрения новой модели: «Методические рекомендации по организации рационального рабочего места в медицинских организациях по системе 5С», «Методические рекомендации по стандартизации работы медицинских организаций»; «Методические рекомендации по повышению мотивации и вовлеченности сотрудников медицинских организаций», «Методические рекомендации по управлению запасами в медицинской организации»; «Методические рекомендации по эффективному использованию оборудования в медицинской организации» (утверждены Ученым советом Института им. Блохина, протокол от 20.10.2022 № 2).

В учебный процесс Института им. Блохина были включены тренинги по типу «фабрики процессов» по актуальным темам: «Вакцинация против новой коронавирусной инфекции», «Углубленная диспансеризация после новой коронавирусной инфекции», «Диспансеризация, профилактический осмотр, диспансерное наблюдение», «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи на примере приемного отделения стационара» [134].

Дополнительно добавлены вопросы по бережливым технологиям в рабочие программы дисциплины «Гигиена» («31.05.01 Лечебное дело», «31.05.02

Педиатрия»), реализуемые на кафедре гигиены и экологии ФГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, разработаны учебные задания для студентов.

Результаты проведенного аудита медицинских организаций, внедряющих новую модель, послужили основой для разработки предложений по методическим и методологическим подходам к оценке достижения целевых значений двух критериев новой модели для направления в Минздрав России (совместно с ФГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, приказ ФГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России от 19.10.2023 №406-р).

Методология и методы исследования

Теоретической основой при разработке мероприятий по совершенствованию внедрения новой модели явились научные и практико-ориентированные работы отечественных и зарубежных авторов, специализирующихся на изучении применения подходов бережливого производства в здравоохранении.

Методологической базой данной работы стал комплексный подход оценки деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель в регионе, и научное обоснование предложенных стратегий по совершенствованию ПМСП. Для проведения исследования были применены математический, статистический, рейтинговый, аналитический, социологический методы, метод аудита.

Личное участие автора в исследовании

Автор лично осуществил анализ отечественных и зарубежных научных статей, нормативных правовых актов (далее – НПА) и иных документов, регламентирующих выбранную тему исследования. Личный вклад автора включал определение цели и задач, разработку методологии исследования, создание электронных баз данных, а также проведение статистического анализа собранных материалов.

Разработаны программа исследования, методика оценки степени влияния на медико-статистические и демографические показатели муниципальных образований показателей деятельности медицинских организаций, участвующих в создании новой модели, анкеты для пациентов, врачей, сотрудников регистратуры, операторов колл-центра по оценке удовлетворенности организацией записи на прием к врачу.

В рамках данной работы выполнено комплексное исследование по оценке медико-статистических и демографических показателей в разрезе муниципальных образований (80% вклад автора в сбор материала); проведен аудит медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению (100% вклад автора в сбор материала); исследование по оценке показателя удовлетворенности населения в рамках новой модели и оценки общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью в Свердловской области (ежемесячное формирование и статистическая обработка итоговых баз данных на основании социологических опросов страховых медицинских организаций Свердловской области); оценка показателя удовлетворенности пациентов, врачей, сотрудников регистратуры, операторов колл-центра организацией записи на прием к врачу (100% вклад автора в сбор материала), оценка индекса вовлеченности сотрудников медицинских организаций (95% вклад автора в сбор материала); анализ обращений пациентов по вопросам оказания ПМСП (на основании данных представленных вышестоящими ведомствами), программа SWOT-анализа и последующая разработка стратегий по совершенствованию внедрения новой модели в медицинских организациях (100% вклад автора в сбор материала), оценка результативности мероприятий в рамках внедрения новой модели (95% вклад автора), разработка алгоритмов, методических рекомендаций, профессиональных программ повышения квалификации по ресурсосберегающим технологиям в здравоохранении, тренингов по типу «фабрика процессов» (95% вклад автора в разработку).

Автор осуществил статистическую обработку данных, представление результатов, формирование выводов, практических рекомендаций и предложений

лично (96%). Основные положения и полученные результаты диссертационного исследования представлены соискателем лично и в соавторстве на 95% в научных публикациях и докладах на научно-практических конференциях разного уровня. Подготовка внедренческих документов осуществлялась автором лично на 100%.

Доля личного участия в процессе планирования, организации и проведения исследований по всем разделам работы составила 90,0%.

Публикации результатов исследования

По теме диссертационного исследования опубликовано 14 работ, включая 4 научные статьи в рецензируемых журналах, входящих в список ВАК при Минобрнауки России, а также главы в 2 монографиях (в соавторстве).

Степень достоверности и апробация результатов диссертационного исследования

Достоверность полученных результатов диссертационного исследования подтверждается достаточным объемом аналитических данных, количеством репрезентативных выборок в социологических исследованиях, использованием современных научных методов исследований, которые соответствовали поставленным цели и задачам. Статистическая обработка информации и интерпретация полученных результатов проведены на основании современных подходов анализа и статистической обработки данных.

Материалы исследования доложены и одобрены на общероссийских и международных научно-практических конференциях, конгрессах, форумах: на I научно-практической конференции с международным участием «Актуальные аспекты медицинской деятельности в молодежной среде» (Киров, 2021 г.); VI Всероссийской научной конференции «Клинические и теоретические аспекты современной медицины – 2021. #СТА2021» (Москва, 2021 г.); XIII Уральском демографическом форуме «Глобальные вызовы демографическому развитию»

(Екатеринбург, 2022 г.); Научно-практической конференции «Современные подходы к управлению медицинской организацией» (Тюмень, 2022 г.); Международной научно-практической конференции «Окружающая среда и здоровье населения» (Курск, 2023 г.); XIV Уральском демографическом форуме «Демографические факторы адаптации населения к глобальным социально-экономическим вызовам» (Екатеринбург, 2023 г.); Втором Всероссийском междисциплинарном конгрессе по непрерывному профессиональному образованию работников здравоохранения «ЗОНТ: Здоровье. Образование. Наука. Технологии» (Москва, 2023 г.); Всероссийской конференции с международным участием, посвященной юбилейным датам кафедр педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Москва, 2023 г.).

Результаты диссертации представлены на конкурсе лучших управленческих практик «Смарт Диалог» (2023 г.) с проектом «Внедрение системы обучения бережливым технологиям сотрудников медицинских организаций Свердловской области» и на «Третьем Всероссийском конкурсе педагогического мастерства преподавателей кафедр организации здравоохранения ...» с проектом «Внедрение игровых, симуляционных и цифровых технологий в образовательный процесс Института им. Блохина» (2023 г., проект вошел в число финалистов).

Соответствие диссертационного исследования паспорту научной специальности

Научные положения диссертации, выносимые на защиту, соответствуют паспорту научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, а именно:

- 1) п. 12. «Анализ научных основ ... оказания медицинской помощи»;
- 2) п. 13. «Исследование проблем организации медицинской помощи ... оценки эффективности их деятельности»;
- 3) п. 14. «Исследование ресурсной базы медицинских организаций ... с учетом региональных и субрегиональных особенностей»;
- 4) п. 16. «Исследование медико-социальных ... о качестве оказания

медицинской помощи»; 5) п. 17. «Разработка теоретических и методологических основ ... медицинской помощи».

Объем и структура диссертационного исследования

Данная диссертация включает 258 страниц машинописного текста, сопровождаемых 17 рисунками и 53 таблицами. Текст написан на русском языке и охватывает широкий спектр вопросов, связанных с исследуемой темой.

Диссертация имеет следующую структуру: введение, обзор литературы, предложенные методы исследования, результаты исследования (5 глав), заключение, выводы, рекомендации, список сокращений и список литературы, а также дополнительные 6 приложений. Список литературы составлен из 213 источников, включая 183 отечественных и 30 зарубежных авторов.

Основные научные результаты

В ходе проведенного диссертационного исследования получен ряд научно значимых теоретических и практических результатов.

1. На основании проведенного комплексного анализа системы организации ПМСП определены основные направления совершенствования помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в контексте внедрения новой модели [145, с.441, абзацы 1-2].

2. Предложена и апробирована на уровне региона методика оценки показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель [101, с.36, абзац 2; 75, с.86].

3. Изучены особенности внедрения новой модели на уровне субъекта РФ и установлено, что в медицинских организациях, оказывающих ПМСП детскому населению, наименьший процент достижения выявлен в отношении критериев новой модели, связанных с визуальным управлением процессами, расчетом производственной нагрузки оборудования, пересмотром стандартов улучшенных

процессов», процессом снабжения лекарственными средствами и их расходованием [75, с.82, абзацы 8-9; с.83, абзац 13].

4. Доказано статистически значимое увеличение удовлетворенности пациентов длительностью ожидания на прием к врачу, отношением лечащих врачей на приеме, результатом посещения участкового врача в медицинских организациях, внедряющих новую модель в период с 2017 по 2022 гг. [162, с.89, абзацы 5-6, с.90].

5. На основании использования научного подхода и принципов репрезентативности определено, что в Свердловской области наиболее проблемные вопросы для населения при оказании медицинской помощи связаны с удобством записи к врачу, временем ожидания медицинской помощи от момента возникновения потребности и в очереди перед кабинетом [162, с.92, абзац 2].

6. Разработаны мероприятия по совершенствованию деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, на основе внедрения ресурсосберегающих подходов вовлечения сотрудников, методического сопровождения, стандартизации процессов, организации проведения профилактических медицинских мероприятий, управления потоками пациентов, формирования профессиональных компетенций сотрудников на региональном уровне [75, с.85, абзацы 1-2; 101, с.36, абзац 3; 134; 144, с.465, абзац 5; 145, с.441, абзацы 1-2; 147; 162, с.94, абзацы 5-6; 165].

Положения, выносимые на защиту

1. Муниципальные образования Свердловской области имеют различия по медико-статистическим и демографическим показателям. Данные показатели связаны с показателями деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь населению данных территорий и внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи.

2. Существует региональная дифференциация критериев новой модели по степени достижения медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь отдельным категориям населения.

3. В период внедрения новой модели организации первичной медико-санитарной помощи отмечается повышение показателя удовлетворенности пациентов длительностью ожидания на прием к врачу, отношением лечащего врача на приеме, результатом посещения участкового врача.

4. Совершенствование деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи, на основе внедрения ресурсосберегающих подходов вовлечения сотрудников, методического сопровождения, стандартизации процессов, организации проведения профилактических медицинских мероприятий, управления потоками пациентов и формирования профессиональных компетенций сотрудников приводит к повышению результативности деятельности медицинских организаций в Свердловской области.

ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Организация первичной медико-санитарной помощи: современное состояние

ПМСП является первым уровнем и самым востребованным видом медицинской помощи для населения [10, 90, 54, 135, 178, 181]. Данный вид медицинской помощи признан Всемирной организацией здравоохранения (далее – ВОЗ) приоритетной областью в силу ее эффективности в предотвращении заболеваний и решении актуальных проблем в здравоохранении, что подтверждено практическим опытом исследований [21, 22, 135].

Анализ результатов научных работ свидетельствует, что ПМСП является наиболее массовым видом медицинской помощи, развитие которой влияет на эффективность всей системы здравоохранения и помогает в сохранении общественного здоровья и демографического суверенитета государства [13, 41, 45, 47, 83, 95, 126, 132].

Многочисленные научные работы посвящены вопросам развития и становления ПМСП, в которых отражены основные этапы, исторические аспекты реформирования и направления для ее совершенствования [10, 37, 54]. Авторы, изучающие вопросы организации ПМСП, одним из знаковых событий в современной истории общественного здравоохранения считают Алма-Атинскую декларацию, принятую ВОЗ в 1978 г. и направленную прежде всего на развитие ПМСП [2, 10, 22, 37, 45, 54, 56, 112, 126].

На конференции ВОЗ в 2018 г. в Астане были выделены значительные успехи ПМСП и влияние их на продолжительность жизни населения и состояние общественного здоровья [2, 22, 45, 126]. В 2019 г. на Всемирной ассамблее здравоохранения эксперты вновь обозначили приоритет совершенствования ПМСП [22, 45, 126, 139]. В 2023 г. ВОЗ определила, что ПМСП является

центральным элементом среди всеобъемлющего комплекса услуг в здравоохранении [22].

В РФ основные принципы организации медицинской помощи в амбулаторных условиях определены Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ и приказах Минздрава РФ [120, 121, 122, 169].

С 2019 г. реализуются национальный проект «Здравоохранение», 8 федеральных проектов, в том числе федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», а с 2022 г. – дополнительный федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» [104, 106, 107, 145, 163]. В регионах проводят капитальные ремонты, строят новые объекты, оказывающие ПМСП, и привлекают квалифицированные кадры, заменяют устаревшее оборудование [106, 145]. Таким образом, реализуемые в настоящее время проекты различного уровня свидетельствуют о значительном внимании и направлении больших ресурсов на ПМСП. В Свердловской области мероприятия по совершенствованию ПМСП внедряются в рамках стратегии, региональных проектов и программ [115, 116, 135].

Гарантии медицинской помощи для граждан РФ закреплены в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [114]. Во многих западных странах существует законодательное регулирование доступности медицинской помощи, направленное на сокращение сроков ожидания [3].

Многие исследователи считают, что возможность записи на прием к врачу – важный показатель доступности медицинской помощи [2, 80, 182]. Выявление проблем, с которыми сталкиваются как сотрудники медицинских организаций, так и население при записи, является важной задачей, требующей решения, на современном этапе [18, 20, 38, 80, 182]. Так, А.Ю. Веселкова с соавт. отмечают, что условия достижения высоких показателей доступности медицинской помощи связаны с записью на прием, при наличии у медицинского персонала навыков использования цифровых технологий и новых коммуникаций с пациентами [20].

По результатам исследования А.П. Давитадзе (2023 г.) изучены причины посещаемости и отношение пациентов к государственным и частным медицинским организациям. Почти 90% опрошенных сообщали, что основными причинами неполучения помощи в государственных клиниках было как раз отсутствие записи к нужному врачу, или она была возможна в неудобное им время [38]. При оценке рейтинга проблем российской системы здравоохранения М.В. Валентеенко (2023 г.) было выявлено отсутствие записи на прием к врачам, талонов к узким специалистам, технические сложности при записи из-за возможной некорректной работы сайтов для записи, большие очереди перед кабинетом врача, неуважительное отношение к пациентам и др. [18].

В последнее время во многих исследованиях отмечается актуальность внедрения цифровых информационных технологий, относящихся к одному из стратегических направлений развития здравоохранения [24, 25, 43, 80, 159, 168, 170, 182]. Эксперты подтверждают, что использование цифровых технологий позволяет решить ряд проблем в организации ПМСП путем увеличения доступности и качества медицинских услуг, упрощения процедуры записи к врачу, сокращения сроков ожидания приема у специалиста [43, 159]. В работах Д.В. Вошева (2023 г.) описаны вопросы правового регулирования цифровизации ПМСП, модели цифровой зрелости в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, и ограничивающие факторы, влияющие на внедрение цифровых технологий в здравоохранении [24, 25, 168].

С целью улучшения доступности ПМСП для населения Минздравом России с участием большого количества экспертов в 2022 г. разработаны методические рекомендации по организации записи на прием к врачу [80]. Свердловская область включилась в реализацию проекта по внедрению данных рекомендаций во втором квартале 2023 г.

Вопросы организации ПМСП и ее усовершенствования вызывают интерес как у отечественных, так и зарубежных исследователей, которые отмечают большое количество подходов и концепций [10, 12, 13, 41, 47, 76, 83, 95, 117, 132, 143, 150, 151, 156, 184, 198, 199, 211].

Модели организации ПМСП различаются в странах, что обусловлено историческими особенностями развития национальных систем здравоохранения [30, 85, 145]. По мнению некоторых отечественных и зарубежных исследователей сложившаяся в России модель многопрофильной поликлиники имеет как свои достоинства, так и серьезные недостатки [2, 157, 177, 190]. В то же время принятая за рубежом модель индивидуальной врачебной практики как альтернатива ПМСП подвергается критике частью научного сообщества [2]. В этой связи интересно выглядит исследование В.И. Шевского с соавт. (2022 г.), в котором сравниваются модели многопрофильной поликлиники и индивидуальной врачебной практики [177]. По мнению авторов данная модель имеет свои преимущества, которые касаются получения медицинской помощи в одном месте, возможность консультаций узких специалистов и проведения диагностических и лабораторных исследований, эффективного использования диагностического оборудования и др. Модель же индивидуальной врачебной практики, которая чаще всего функционирует в западных странах, является альтернативой поликлиники, основной недостаток такой модели авторы связывали с ограниченным перечнем оказываемой лечебно-профилактической помощи [177].

С.В. Шишкиным с соавт. (2022 г.) описаны новые модели организации ПМСП, которые могут получить развитие в РФ в будущем [97]. В работе А.С. Тимофеевой (2023 г.) делается акцент на модели управления поликлиникой, основанной на внедрении бережливых и цифровых технологий, командного подхода, передачи функциональных обязанностей на специалистов с немедицинским образованием [157]. Автор подчеркивает, что многие из разработанных моделей доказали свою эффективность. В то же время, очень сложно выбрать оптимальную и универсальную модель управления и организации ПМСП.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что ПМСП на протяжении всей истории развития медицины считается одним из важнейших звеньев функционирования системы здравоохранения, при этом относится к наиболее проблемным. В настоящий период времени существует большое количество

зарубежных и отечественных организационных концепций и моделей для повышения результативности работы медицинских организаций в амбулаторных условиях. За последние годы Минздравом РФ определены методические подходы по совершенствованию ПМСП, включая внедрение новой модели.

1.2. Новая модель оказания первичной медико-санитарной помощи как механизм реализации основных принципов бережливого производства

Основные принципы бережливого производства были определены в 2014 г. в ГОСТ Р 56020-2014 «Бережливое производство. Основные положения и словарь» [32]. Они включают 13 направлений, которые направлены на улучшение процессов, сокращение потерь, создание корпоративной культуры в организации и др. [33].

При анализе зарубежной научной литературы отмечается большое количество публикаций по применению бережливых технологий в здравоохранении [194, 196, 197, 198, 204, 206, 212]. Например, бразильскими учеными было установлено, что в здравоохранении чаще всего применяли такие инструменты бережливого производства, как картирование потока создания ценности, диаграмма Исикавы, 5С для организации рабочих мест. Исследователи получили положительные результаты, заключающиеся в сокращении времени, снижении затрат, рабочей нагрузки и увеличении количества консультаций специалистов [196]. В другом исследовании южноамериканских ученых N.Y. Eiro с соавт. (2015 г.) было описано сравнительное изучение внедрения модели общего качества и модели внедрения бережливого производства в здравоохранении [191]. В Швеции в 2016 г. M. Kaltenbrunner с соавт. (2019 г.) провели исследование по изучению так называемой бережливой зрелости медицинских организаций и влияние ее на качество ПМСП [198].

При анализе отечественной литературы до 2016 г. многочисленные научные работы были посвящены вопросам использования бережливого производства в промышленном секторе экономики, в управлении деятельности государственных и

коммерческих предприятий, в которых был отражен практический опыт реализации данных принципов [53, 87, 103, 141]. Единичные исследовательские работы по опыту применения подходов бережливого производства в здравоохранении представлены в электронных библиотеках открытого доступа [40, 58, 148]. Так, перспективы внедрения системы всеобщего обслуживания оборудования (TPM – Total Productive maintenance) в здравоохранении было рассмотрено в работе Н.В. Князюк (2011 г.) [58]. Я.В. Данильченко с соавт (2014 г.) освещали применение технологий бережливого производства совместно с применением системы менеджмента качества [40]. Сохранение здоровья работников при внедрении здоровье- и ресурсосберегающей технологии, включающей принципы бережливого производства, было описано в исследовании Г.Г. Онищенко с соавт. (2015 г.) [148].

На основании проведенного анализа НПА можно отметить, что применение подходов бережливого производства в здравоохранении РФ началось в 2016 г. при апробации пилотного проекта «Бережливая поликлиника», далее – приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [79, 104, 105, 107].

С целью координации реализации внедрения новой модели в субъектах РФ в 2018 г. начали создаваться Региональные центры организации ПМСП (далее – РЦ ПМСП) [81, 134]. В 2019 г. Минздравом России были рекомендованы 22 критерия новой модели. В 2023 г. вышла третья редакция методических рекомендаций «Новая модель медицинской организации, оказывающая первичную медико-санитарную помощь», в ней разработано 24 критерия. Были изменены наименования некоторых критериев и их целевые значения для разных уровней внедрения новой модели. Все 24 критерия были разделены на 9 блоков [78, 79, 135]. При анализе публикаций многие исследователи описывали результаты достижения критериев новой модели. Так, в работе Н.А. Пестушко (2020 г.) проанализированы критерии новой модели с позиции их функциональной значимости и применимости в учреждениях здравоохранения [66]. В работах А.А. Курмангулова с соавт.

(2019 г., 2021 г., 2022 г.) освещены вопросы и проблемы достижения критериев новой модели, касающиеся систем информирования, навигации, управления запасами в медицинских организациях [19, 67, 70, 71, 86].

В настоящее время на основании изучения НПА и иных документов, в том числе методических рекомендаций, вопросы внедрения новой модели не полностью проработаны на теоретическом и на законодательных уровнях. Предложена методика оценки только для 8 критериев первого уровня новой модели. В данный период проводится разработка методики оценки для остальных 16 критериев [66, 78, 79].

Кроме того, до сих пор не внесены изменения в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в 2020 г. для обсуждения был опубликован законопроект о внесении изменений в данный федеральный закон по вопросу внедрения новой модели [111, 169]. Минздравом России совместно с Росздравнадзором ведется разработка порядка определения соответствия медицинских организаций определенным требованиям новой модели, и внесением в перспективе изменений в положения об организации оказания ПМСП взрослому и детскому населению [173]. Таким образом, остается много вопросов по нормативно-правовому регулированию внедрения и оценки новой модели.

На основании достижения критериев новой модели было предложено определять ее уровень: первый, второй или третий [79]. Для выполнения целевых значений данных критериев в медицинских организациях реализуются проекты по улучшениям на основании методических рекомендаций и предложенного перечня процессов (подпроцессов) для оптимизации и совершенствования [82, 134].

Анализ научных работ, посвященных реализации новой модели показывает повышение результативности оказания ПМСП и значительные достижения [42, 124, 143, 144, 145, 150, 151, 156, 171, 179]. Так, в рамках реализации проектов по улучшениям совершенствуется работа регистратуры, лекарственное обеспечение пациентов, организация и проведение вакцинации, диагностических исследований и др. [42, 124, 135, 144, 145, 150, 151, 156]. Опыт внедрения новой модели и реализации проектов по улучшению в различных подразделениях отражен

в работах А.Ш. Сененко с соавт. (2020 г.), А.В. Смышляева с соавт. (2020 г.), И.В. Потапова с соавт., А.К. Федоськиной с соавт. (2022 г.) и др. [29, 143, 165, 156, 171, 179].

При большом количестве представленных практик по использованию бережливых технологий в здравоохранении в немногочисленных работах описаны проблемы, которые могут сопровождать работу по внедрению новой модели [11, 60, 76, 77, 127, 179]. На сегодняшний день проблемы внедрения новой модели и оценка изменений показателей деятельности медицинских организаций, участвующих в создании новой модели, являются достаточно актуальными [44, 143, 171, 179]. Так, А.К. Федоськина с соавт. (2022 г.) отмечает отсутствие комплексного подхода к реорганизации деятельности в рамках внедрения новой модели, высокую формальность проводимых преобразований, недостаточную вовлеченность всех участников процессов оказания ПМСП [171]. А.В. Смышляев с соавт. (2020 г.) описали трудности при внедрении новой модели, связанные с отсутствием финансирования, недостаточным уровнем управленческих компетенций у руководителя медицинской организации, информатизацией отрасли, сопротивлением персонала при реализации проектов и др. [143]. Д.В. Пивень (2020 г.) представил в своем исследовании риски, которые могут возникнуть в работе при внедрении новой модели [111]. Кроме того, некоторые эксперты дополнительно отмечают актуальность совершенствования подходов к повышению квалификации руководителей и сотрудников медицинских организаций по вопросам бережливого производства в здравоохранении [45, 44].

Одним из важных аспектов внедрения бережливых технологий является финансовая составляющая. Так, в Канаде было проведено исследование по оценке затрат на внедрение бережливых технологий в системе здравоохранения Саскачевана в 2012–2014 гг. Общие затраты на внедрение бережливого производства в течение двух лет (2012–2014 гг.) варьировались от 44 млн до 49,6 млн канадских долларов [185]. Стоит отметить, что в отечественной литературе в открытых базах данных аналогичных исследований не встречалось.

Одной из проблем внедрения новой модели является недостаточная вовлеченность персонала медицинской организации в реализацию бережливых технологий и проектного управления [28, 57, 101, 117, 147]. Один из принципов бережливого производства связан с построением корпоративной культуры в организации и повышению вовлеченности сотрудников в деятельность [33]. Вовлеченность персонала является одним из блоков оценочных критериев новой модели [79]. Руководству медицинской организации рекомендовано ежегодно участвовать в реализации личных проектов по улучшению (не менее одного проекта в год) [79, 82].

В то же время хочется отметить, что впервые понятие вовлеченность возникло в 1990 г., до этого службы по управлению персоналом занимались изучением удовлетворенности сотрудников [48]. Большая часть исследователей выделяет 3 уровня приверженности сотрудников к организации: удовлетворенность, лояльность и вовлеченность [4, 27, 48, 61, 155, 158]. Удовлетворенность означает, что сотрудник доволен условиями труда, коллективом и руководителем. Лояльность показывает, что сотрудник доброжелательно относится к работодателю, к самой работе и принятым правилам. Вовлеченность же является наивысшим уровнем приверженности, когда сотрудник стремится выполнять свою работу как можно лучше, достигать результатов [4, 27]. Отсутствуют единые подходы к пониманию термина «вовлеченность», существует большое количество определений. В качестве наиболее компромиссного можно представить вовлеченность персонала как комплексный показатель, который характеризует систему взаимоотношений между сотрудниками и организацией [155].

В современных условиях в области здравоохранения недостаточно изучен вопрос вовлеченности персонала в деятельность отечественных медицинских организаций [147, 158]. Большинство работ по изучению вовлеченности было проведено в рыночном секторе экономики [4, 61, 155]. Результаты некоторых исследований показывают, что вовлеченность персонала является важным условием для повышения эффективности и результативности компаний [27, 48, 61].

На основании исследований авторов установлено, что не уделяется внимания такому важному параметру внедрения бережливого производства, как вовлеченность сотрудников в процесс реализации новых проектов. Чаще всего упоминают вовлечение сотрудников в процесс реформирования здравоохранения либо мотивацию, но практические меры, конкретные показатели не описываются [28, 57, 108, 117]. Лишь в нескольких публикациях используют удовлетворенность или мотивация медицинского персонала как критерий успешной реализации задач, поставленных в рамках исследования [28, 57, 108, 146]. По мнению Е.А. Переверзенцевой с соавт. (2020 г.) при реализации комплекса мотивирующих мероприятий ключевое значение при внедрении подходов бережливого производства имеет разработка и применение системы материального и нематериального стимулирования, основанной на понятных и достижимых критериях [108]. Н.С. Давыдова с соавт. (2019 г., 2020 г.) считает актуальным направление по внедрению в медицинских организациях системы мотивации персонала на основных принципах системы менеджмента бережливого производства и эффективному вовлечению персонала в проектное управление [39, 146].

Проведенный анализ научных источников показал, что существует большое количество методик для измерения вовлеченности персонала и различные варианты ее оценки. Наиболее распространенные – проведение периодических опросов: модель Aon Hewitt, The Gallup Q12, Utrecht Work Engagement Scale, Oldenburg Burnout Inventory, Методика Мэя, Гилсона и Хартера, Методика А. Сакса, Методика Рича, Лепина и Крофорда, модель Towers Watson (экспоненциальная модель вовлеченности) и др. [26, 61, 136, 176]. Необходимо отметить, что для измерения вовлеченности персонала широкое применение получил опросник Q12, разработанный международной консалтинговой компанией «The Gallup» и включающий двенадцать вопросов об условиях работы, служебном росте и отношении с руководством [73, 101, 207]. Данные по опросам доказывают статистические значимые зависимости производительности труда, удовлетворенности сотрудников и рост капитализации компании от индекса

вовлеченности сотрудников [36, 73, 152, 193, 207]. В Свердловской области с 2018 г. данная методика была доработана для сотрудников медицинских организаций и применялась для оценки вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели [101, 147].

В РФ дополнительно в рамках создания новой модели был реализован механизм мотивации сотрудников медицинских организаций [134]. В апреле 2019 г. Минздрав России и Федеральный фонд ОМС рекомендовали регионам ввести стимулирующие выплаты по ОМС для медицинских организаций, участвующих в создании новой модели, в случае достижения 11 показателей результативности «Бережливой поликлиники», в 2020 г. – 22 показателей результативности. Свердловская область внесла такие изменения в систему оплаты труда в числе первых в РФ. По результатам работы в 2019 г. в Свердловской области были произведены выплаты 20 медицинским организациям, в 2020 г. – 12 медицинским организациям, в 2021 г. – 14 медицинским организациям, что позволило мотивировать руководство и персонал медицинских организаций в рамках внедрения новой модели [101].

В 2022 г. данные выплаты медицинским организациям были прекращены. С целью мотивации персонала медицинских организаций, внедряющих новую модель, с 2022 г. в медицинских организациях Свердловской области остались только внутренние механизмы стимулирования, включая материальные (меры социальной поддержки, предоставление жилья, оплата аренды жилья, оплата коммунальных услуг, стимулирующие ежемесячные выплаты) и нематериальные (награждение грамотами различных уровней, совместные культурные и спортивные мероприятия, возможность повышения квалификации, возможность карьерного роста) [101].

Другим из основных принципов бережливого производства является стандартизация процессов [33, 35]. Система стандартизации распространилась на сферу оказания медицинских услуг в конце XIX – начале XX века, большее развитие деятельность по применению стандартов медицинской помощи получила во второй половине XX века [63, 88]. Центрами наибольшего развития

стандартизации медицинской помощи стали США и Япония, в которых создавались национальные институты по стандартизации, разрабатывались и внедрялись стандарты в различных областях медицинской помощи (стандарты организации медицинских служб и организаций, ресурсов здравоохранения, технологические, медико-экономические, комплексные, организационные стандарты и др.) [63].

На основании проведенного анализа НПА было установлено, что в настоящее время стандартизация в РФ регламентируется Федеральным законом от 29.06.2015 №162-ФЗ «О стандартизации в Российской Федерации». Основные термины и определения описаны в ГОСТ 1.1-2002 «Межгосударственная система стандартизации. Термины и определения», ГОСТ Р 1.12-2020 «Стандартизация в Российской Федерации. Термины и определения». Кроме того, стандартизация работы была отражена и изложена в ГОСТах по бережливому производству [31, 33, 34, 35].

В здравоохранении подходы стандартизированной работы описаны в методических рекомендациях Минздрава России по реализации проектов по улучшению с применением инструментов бережливого производства. В данных методических рекомендациях определены понятия: стандарт, стандарт работы [82]. В них стандартизация в медицинской организации определяется как деятельность, направленная на создание и внедрение улучшенных процессов, основанных на стандартах.

Процесс стандартизации в медицинской организации в рамках внедрения новой модели завершается после закрепления результатов и закрытия проекта. В соответствии с методикой реализации проекта по улучшению после проведения мониторинга стабильности внедренных улучшений и необходимых корректировок разрабатываются стандартные операционные карты для улучшенного процесса, согласно рекомендованной форме [82].

Среди оценочных критериев, разработанных Минздравом России в рамках создания новой модели, к блоку «Стандартизация процессов» относятся два критерии: доля улучшенных процессов поликлиники, доля стандартов

улучшенных процессов, с целевыми значениями не менее 100% [79]. Отмечается, что деятельность медицинских работников должна соответствовать утвержденным стандартам, которые пересматриваются не менее одного раза в год [79].

В рамках проведенного анализа литературных источников было установлено, что стандартизация работы применяется как один из инструментов бережливого производства в рамках внедрения новой модели [33, 35, 82]. Авторы описывают использование стандартизации на этапах реализации проектов [52]. Представлен опыт процесса стандартизации систем визуализации, навигации в медицинских организациях [68, 71].

По мнению многих авторов соблюдение стандартов является необходимым условием для эффективного функционирования и постоянного улучшения процессов [59, 63, 88]. Стандартизация работы применяется для сокращения потерь и оптимизации процесса [33, 34, 35]. Этот метод может использоваться на разных уровнях, включая межорганизационный, уровень организации, процессов либо операций [35].

Эксперты отмечают, что стандартизация в здравоохранении проявляется в единых подходах к нормированию, лицензированию и сертификации медицинской деятельности. Организационные стандарты определяют требования к эффективному использованию ресурсов здравоохранения, к организации системам управления, контролю качества, лечебному процессу и др. Процессы предоставления медицинской помощи отражаются в технологических стандартах [59, 156, 180].

Стандарты разделяются на уровне организации, региона, страны, имеющие международный статус. В здравоохранении стандарты классифицируются на стандарты ресурсов, организации медицинских служб, технологические, медико-экономические, комплексные стандарты и др. [59]. На территории РФ действуют правила, рекомендации, нормы, регламенты и другие документы [31].

В системе здравоохранения существуют сложности в применении стандартов, связанные с отсутствием у пациентов специальных знаний для оценки качества медицинской помощи, поэтому необходима разработка региональных

стандартов [49]. Примером разработки региональных стандартов в здравоохранении может служить стандарт поликлиники Томской области, «Татарстанский стандарт», «Московский стандарт поликлиники» [59, 65, 119]. Опыт применения различных видов стандартов при организации медицинской помощи свидетельствует, что стандартизация приносит положительные результаты и показывает большую эффективность [59, 119, 156].

Из проведенного анализа литературы следует, что внедрение бережливых технологий и новой модели помогает преодолевать основные проблемы, связанные с организацией работы ПМСП, и при этом демонстрирует высокую результативность в улучшении процессов оказания медицинской помощи в поликлинике. [42, 77, 124, 135, 143, 144, 150, 151, 156, 171, 179]. По мнению А.В. Метельской (2020 г.), не все проблемы в здравоохранении решаются бережливыми технологиями, других мероприятий требует решение вопросов недостатка медицинских кадров и обеспеченность медицинских организаций средствами из бюджета, повышения уровня заработной платы медицинских работников, конкурентной борьбы с коммерческим сектором медицины, нежелания медицинских работников обучаться цифровым технологиям, соблюдения пациентами «поточной дисциплины» [77, 145]. Однако О. Л. Задворная (2021 г.) в своем исследовании проблем и направлений развития ПМСП отмечает, что дефицит медицинских кадров связан с недостаточно рациональным распределением нагрузки между медицинским и немедицинским персоналом [45]. Данные проблемы, в свою очередь, могут решиться благодаря применению бережливых технологий и инструментов, основанных на расчете рабочей нагрузки на персонал, выявлении потерь в процессе оказания медицинской помощи, разработки стандартных операционных карт для сотрудников медицинских организаций [156].

Таким образом, на основании изучения НПА и иных документов, регламентирующих данную область, в том числе методических рекомендаций, можно сделать вывод, что в настоящее время вопросы внедрения новой модели не полностью проработаны на теоретическом и законодательном уровнях. Несмотря

на относительно длительный период внедрения новой модели в РФ, наличие большого количества публикаций по данной тематике, которые отражают методологию, опыт, проблемы, по-прежнему определяется недостаточное количество и качество исследований по оценке эффективности и/или результативности внедрения новой модели. В связи с вышесказанным актуальной задачей является поиск и оценка показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций, внедряющих бережливые технологии, и проведение анализа их влияния на медико-статистические и демографические показатели конкретных территорий обслуживания для разработки и оценки мероприятий по совершенствованию организации ПМСП.

1.3. Методические и методологические подходы к оценке мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи

Анализ научной литературы показывает, что результаты мероприятий по совершенствованию амбулаторной службы анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности. М.Г. Карайланов с соавт. (2016 г.) считают, что между этими видами эффективности существует взаимосвязь и взаимообусловленность [55, 135]. Медико-статистические показатели территорий формируются под воздействием демографических, социально-экономических и медико-организационных факторов. Среди них большое влияние оказывают ресурсы объектов ПМСП [46, 85].

Во многих исследованиях оцениваются основные медико-демографические показатели, показатели заболеваемости и кадрового обеспечения системы здравоохранения [6, 16, 135, 172]. Кроме того, часто анализируются изменения основных индикаторов состояния здравоохранения и демографических характеристик в разрезе муниципальных образований (далее – МО) территорий. Так, в Тамбовской области проведено ранжирование МО по 3 медико-

демографическим показателям: коэффициенту рождаемости, коэффициенту смертности и естественному приросту населения для выявления неблагоприятных территорий [118]. А в Краснодарском крае результаты анализа демографической ситуации позволили выявить негативные тенденции в отдельных МО, влияющие и на их экономическое развитие [138]. Статистика показателей смертности изучена в Республике Татарстан по МО и двум населенным пунктам городских округов и 43 муниципальным районам (далее – МР). Выявлены особенности формирования уровней и структуры смертности населения МР, в отдельных случаях кардинально отличающиеся при сопоставимых природно-климатических, политико-экономических, медико-социальных условиях [9]. В Республике Саха (Якутия) проанализирована ресурсная обеспеченность в районах по медицинским кадрам, круглосуточным больничным койками и др. [133].

Показатели деятельности медицинских организаций следует оценивать с позиций медицинской, социальной, экономической эффективности [55, 113].

При анализе зарубежных источников особое внимание на себя обращает инициатива по повышению эффективности ПМСП, выдвинутая в 2015 г. Фондом Билла и Мелинды Гейтс, группой Всемирного банка и ВОЗ, с целью стимулирования совершенствования систем ПМСП в 135 странах с низким и средним уровнем дохода. В рамках данной инициативы разработана концептуальная основа на основе обзоров литературы и консультаций с комитетом международных экспертов, определены два набора показателей эффективности ПМСП. Первый набор показателей эффективности состоял из 36 показателей. Второй набор показателей состоял из 56 диагностических индикаторов, раскрывающих основные факторы производительности ПМСП. Основной проблемой явилось отсутствие доступных данных по некоторым показателям и подтвержденных показателей для важных аспектов качества ПМСП [204, 187].

Отечественные исследователи неоднократно предлагали перечень показателей и методик, с помощью которых можно было бы оценить уровень оказания ПМСП [50, 55, 101, 143, 183]. Эксперты считают, что количество показателей должно быть минимальным, определяться на основе анализа учетно-

отчетной документации учреждения и анкетирования пациентов [55]. Каждый показатель необходимо сравнивать с нормативным значением или с значением в предыдущем периоде. Для оценки деятельности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций чаще используются показатели объема и типа посещений, нагрузку медицинского персонала и др. [55].

Во многих методических рекомендациях и пособиях для медицинских ВУЗов по организации ПМСП к основным показателям деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению, предлагают относить: укомплектованность терапевтов на участках, коэффициент совместительства, число посещений, удельный вес профилактических посещений в амбулаторно-поликлинические медицинские организации и др. [5, 98].

В исследованиях С.А. Бударина с соавт. (2022 г.) представлен опыт разработки методики рейтингования медицинских организаций и результаты ее апробации на примере медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению, на основе кластеризации [15]. В Московской области определены показатели результативности деятельности амбулаторной службы при подушевом финансировании по данным реестров-счетов. Показатели характеризовали качество и эффективность лечебной и профилактической работы среди прикрепленного населения, заболеваемость и смертность [84]. В Ставропольском крае проведен комплексный анализ и оценка динамики интегральных показателей качества и доступности ПМСП, результативности с применением усовершенствованной методики формирования индексов благополучия медицинских организаций [62]. В 2020 г. Р.Н. Терлецкая с соавт. (2021 г.) описали исследование по оценке показателей деятельности амбулаторной службы детского здравоохранения в 31 субъектах РФ, таких как обеспеченность, укомплектованность врачами-педиатрами, педиатрами участковыми и хирургами детскими, их квалификация и коэффициент совместительства и др. [7].

Для определения взаимосвязи между различными показателями многие авторы использовали корреляционный анализ с построением матрицы корреляции

[1, 17, 125, 186]. По анализу научных источников и доступных баз данных аналогичных исследований в рамках внедрения новой модели не найдено.

Анализ литературы позволил выявить основные методы оценки деятельности медицинских организаций: статистический, экспертных оценок, клинико-экономического анализа, социологический [55]. Одним из широко применяемых методов в социально-гигиенических исследованиях в настоящее время по мнению многих исследователей является социологический метод [14, 101]. Одним из неотъемлемых инструментов оценки эффектов от проводимых мероприятий в медицинских организациях является измерение уровня показателя удовлетворенности населения [3, 8, 11, 102, 188, 189, 192, 195, 200, 201, 202, 203, 209, 210].

В Стандарте системы управления медицинской организацией, разработанном специалистами ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, удовлетворенность пациентов относится к оценке деятельности медицинских организаций со стороны пациентов, охватывающей все компоненты и этапы оказания медицинской помощи [128]. Проведенный анализ НПА определил, что показатель удовлетворенности населения системой оказания медицинской помощи в настоящее время является критерием эффективности деятельности органов управления здравоохранением [114, 129].

Актуальная в настоящее время ценностно-ориентированная модель здравоохранения в большей степени направлена на обеспечение долговременной удовлетворенности пациентов и организацию обратной связи с пациентами [109, 131]. Применение информационных технологий в анкетировании пациентов и анализе результатов позволяют обеспечить оперативный мониторинг показателей удовлетворенности пациентов [72].

На федеральном уровне для обеспечения контроля качества и доступности бесплатных медицинских услуг разрабатываются стандарты оказания медицинских услуг, утверждаются методические рекомендации. В утвержденных методических рекомендациях, в работах авторов предлагаются различные системы

показателей и методики мониторинга удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг [102, 188].

В РФ сбор данных об удовлетворенности пациентов медицинской помощью осуществлялся с 2015 г. при помощи анкетирования [127]. Страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) с 2017 г. проводились опросы граждан для оценки удовлетворенности оказанием ПМСП в рамках внедрения новой модели [101].

С 2022 г. в национальный проект «Здравоохранение» включен дополнительный целевой показатель оценки общественного мнения об удовлетворенности населения медицинской помощью с целью определения влияния инфраструктурных изменений на отношение людей к системе здравоохранения [104, 123]. Для расчета данного показателя Минздравом РФ была сформирована новая методика оценки [123].

Большой опыт изучения вопросов удовлетворенности населения медицинской помощью представлен в исследованиях зарубежных авторов. Исходя из анализа публикаций в настоящее время ученые всего мира проводят научные исследования, нацеленные на повышение уровня удовлетворенности населения [3, 192, 202, 203, 213]. Интересно исследование специалистов из Греции, которое охватывает 31 страну за 2007, 2008, 2009 и 2012 гг. По результатам исследования S. Xesfingi (2016 г.) определил, что существует сильная положительная связь между уровнем удовлетворенности пациентов и показателями предоставления медицинских услуг, такими как количество медсестер и врачей на 100 000 жителей. Среди социально-экономических переменных значительную роль играют государственные расходы на здравоохранение, которые положительно влияют на удовлетворенность пациентов: чем старше пациент, тем больше он удовлетворен системой здравоохранения страны [213].

По изучению удовлетворенности пациентов литовскими исследователями R. Kavaliienė с соавт. (2018 г.) отмечают, что низкие оценки услуг ПМСП были более характерны для мужчин, пожилых пациентов, жителей районных центров и деревень, лиц с более низким уровнем образования (средним или ниже среднего),

пациентов с хроническими заболеваниями, более высокая удовлетворенность услугами ПМСП наблюдалась у респондентов, которые жили в городе, а не в сельской местности [202]. Так, P.L. Ferreira (2020 г.), описывает результаты оценки удовлетворенности пациентов в Португалии, которые показывают, что чем больше размер отделения ПМСП, тем ниже удовлетворенность, в сельской местности уровень удовлетворенности выше, чем в городах [192]. В другом исследовании, проведенном в Индии, D. Persai с соавт. (2022 г) оценивают удовлетворенность пациентов услугами ПМСП на различных уровнях системы общественного здравоохранения в трех штатах. В одном из штатов наблюдается снижение показателя удовлетворенности пациентов с увеличением возраста и уровня образования, более высокую удовлетворенность пациенты имеют в медицинских организациях ПМСП по сравнению с учреждениями среднего и третичного уровня в трех штатах [203].

За последние несколько лет в субъектах РФ накоплен значительный массив данных по изучению мнения пациентов о системе здравоохранения, который может быть использован в качестве информационной базы для подобных научных изысканий [8]. Опыт и мнение пациентов все больше признаются одними из условий успешного оказания медицинской помощи наряду с безопасностью пациентов и клинической эффективностью [11]. По результатам проведенных многочисленных исследований уровень удовлетворенности населения РФ в разные годы варьировал в пределах 45–81% [3, 8, 11, 14, 101, 102]. Изучались причины снижения уровня удовлетворенности, которые формировали направления для принятия корректирующих мероприятий [14].

В 2023 г. Д.А. Шелегова с соавт. (2023 г.) провели обобщение исследований и теоретических конструктов, описывающих понятие удовлетворенности пациентов медицинской помощью, для формирования подходов, направленных на повышение данного показателя [154]. На основе проведенного анализа сформирован теоретический конструкт удовлетворенности пациентов медицинской помощью. О.С. Кобяковой с соавт. (2023 г.) проанализированы основные инструменты исследования удовлетворенности качеством медицинской

помощи, оценка их качества и соответствующие исследования, опубликованные в период с 1970 г. по 2015 г. [161].

Удовлетворенность включает в себя определенные параметры, и в последние годы ученые исследователи разрабатывают различные их перечни, включенные в критерии оценки. Некоторые из авторов предлагают считать удовлетворенность пациентов одним из основных показателей оценки результатов функционирования всей системы здравоохранения [130, 174].

А.Б. Цветкова с соавт. (2021 г) отмечают, что рейтинги удовлетворенности порой подвергаются критике за то, что они частично соответствуют реальности и слишком субъективны. Оценка удовлетворенности зависит от пола, возраста, уровня образования, дохода и профессии, состояние здоровья и др. [174]. С. А. Суслин с соавт. (2023 г.) предлагают разработку организационной модели повышения уровня удовлетворенности и создание программы для ЭВМ по мониторингу удовлетворенности пациентов, показателей для оценки результативности мероприятий [130].

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (2023 г.) был проведен анализ факторов, влияющих на оценку удовлетворенности населения на основании данных СМО. В данном исследовании определена связь уровня удовлетворенности медицинской помощью с полом, возрастом, сроками получения медицинской помощью, местом проживания респондента [160].

Большое количество отечественных статей посвящено изучению удовлетворенности пациентов в разных подразделениях медицинских организаций. Так, в г. Астрахани была проведена оценка удовлетворенности пациентов ПМСП. Работа включала анкетный опрос, в котором участвовало 111 пациентов, более 60% пациентов отметили корректность, доброжелательность, вежливость и внимательность в общении врачей с пациентами, удовлетворенность условиями нахождения в поликлинике, доступностью медицинской помощи на дому [100]. В г. Москве была проведена сравнительная оценка доступности ПМСП на основе результатов социологического изучения общественного мнения и данных «Единой медицинской информационно-аналитической системы города

Москвы» (далее – ЕМИАС). В рамках исследования был рассчитан индекс лояльности пациентов по отношению к медицинской организации. Установленные корреляционные зависимости свидетельствуют о совпадении мнений врачей и граждан и данных ЕМИАС по вопросу оценки доступности ПМСП. По данным исследования на количество недовольных пациентов главным образом влияет процесс организации медицинской помощи и ее доступность [175].

По результатам исследования, проведенной в Самарской области, отмечена достаточно низкая удовлетворенность пациентов в амбулаторных условиях. Пациенты не удовлетворены работой регистратуры, оказанием медицинской помощи врачом участковым, врачом узким специалистом, средним медицинским персоналом [153].

М.Г. Карайланов с соавт. (2016 г.) отмечают, что мониторинг удовлетворенности населения помогают разработать мероприятия и принять управленческие решения [55]. В рамках создания новой модели многие авторы отмечают рост показателя удовлетворенности [89, 91, 93]. По данным Минздрава РФ, удовлетворенность населения ПМСП в РФ перед началом внедрения проекта «Бережливая поликлиника» в 2016 г. составила всего 45,7% [105]. Однако зарубежное исследование, проведенное в Швеции, по изучению удовлетворенности пациентов при внедрении бережливого производства, не показало значительно лучших результатов в удовлетворенности пациентов в центрах ПМСП, применяющих данные подходы, по сравнению с теми, которые их не применяют. Кроме того, медицинские центры, внедряющие бережливые технологии, не показали значительных улучшений в удовлетворенности пациентов с течением времени [205].

На основании мнений исследователей одним из возможных инструментов оценки эффективности предоставления ПМСП в условиях внедрения новой модели может стать анализ обращений граждан, особенно важный для медицинских организаций, оказывающих данный вид помощи [42].

Исследование удовлетворенности пациентов осложняется тем, что отсутствуют общепринятое определение «удовлетворенности» и единые

инструменты ее измерения. Показатель удовлетворенности субъективен и зависит от индивидуальных особенностей человека, пола, возраста [55]. Результаты изучения мнений пациентов на основании социологических опросов, как правило, совпадают с результатами исследования обращений граждан по поводу неудовлетворенности медицинской помощи. Наибольшая неудовлетворенность медицинской помощью наиболее часто определяется в амбулаторном звене [55, 96].

Таким образом, одним из наиболее доступных показателей эффективности работы медицинской организации может быть число жалоб и обращений от пациентов, прикрепленных к данной медицинской организации. По мнению экспертов, изучение и анализ обращений граждан способны выступать в качестве основного показателя оценки качества медицинской помощи, одним из аспектов которого является удовлетворенность [77]. Кроме того, «Платформа обратной связи» позволяет гражданам через форму на портале «Госуслуг», мобильное приложение «Госуслуги. Решаем вместе», виджеты на сайтах органов власти направлять обращения по широкому спектру вопросов.

В результате анализа литературы установлено, что анализ показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций, оказывающих ПМСП, представляет собой актуальную проблему, которую исследователи используют для оценки эффективности проводимых мероприятий по совершенствованию этой области здравоохранения. Существует множество методик и подходов для оценки показателей деятельности таких медицинских учреждений. В данных методиках оценивается значительное число показателей и применяются разные методы сбора и обработки статистической информации. На настоящий момент отсутствуют унифицированные методики оценки проводимых мероприятий по совершенствованию ПМСП. Проанализированный обзор отечественной и зарубежной научной литературы показал, что показатель удовлетворенности пациентов медицинской помощью достаточно часто применяется для оценки деятельности медицинских организаций. Кроме того, в доступных базах данных работы по вопросу комплексной оценки показателей, характеризующих

деятельность медицинских организаций, внедряющих новую модель, и влияние их на медико-статистические и демографические показатели конкретных территорий обслуживания не найдено, что требует проведения дополнительных исследований в этой области.

Резюме по главе

Проведенный обзор литературы свидетельствует, что ПМСП на протяжении всей истории развития здравоохранения считается одним из важнейших звеньев функционирования системы здравоохранения и в то же время относится к наиболее проблемным.

На данном этапе существует большое количество зарубежных и отечественных организационных концепций для увеличения результативности работы амбулаторного звена. Минздравом РФ определены методические подходы по совершенствованию ПМСП, основанные на применении принципов бережливого производства в рамках создания новой модели. Вопросы внедрения новой модели не полностью проработаны на теоретическом и на законодательном уровнях. Сохраняется необходимость совершенствования подходов к повышению квалификации руководителей и сотрудников медицинских организаций в области ресурсосберегающих подходов управления.

Несмотря на достаточно большой период внедрения новой модели в РФ, наличия большого количества публикаций по данной тематике, которые отражают методологию, опыт, проблемы, к настоящему времени недостаточно исследований по оценке результативности создания новой модели. Исходя из этого, актуальной задачей является поиск показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, и оценка их влияния на медико-статистические и демографические показатели территорий обслуживания с целью разработки мероприятий по совершенствованию в условиях применения методологических подходов бережливого производства.

Показатели, характеризующие деятельность медицинских организаций, используются многими исследователями для оценки результативности

проводимых мероприятий по совершенствованию ПМСП. Показатель удовлетворенности пациентов медицинской помощью достаточно часто применяется для оценки деятельности медицинских организаций, существует большое количество методик и подходов для его оценки. Кроме того, отмечалось отсутствие результатов исследований комплексной оценки показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций, внедряющих новую модель, что определяет основания для разработки дополнительных методических и методологических подходов к оценке проводимых мероприятий по совершенствованию ПМСП.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Программа и материалы исследования

2.1.1. Общая программа и этапы исследования

Диссертационное исследование заключается в разработке мероприятий по совершенствованию ПМСП в аспекте внедрения новой модели. Исследование основано на анализе научных литературных источников, которые касаются вопросов совершенствования ПМСП и применения бережливых технологий в медицинских организациях, оказывающих ПМСП. Работа опирается на НПА и иные документы, в том числе методические рекомендации РФ, в которых установлены требования к организации ПМСП, к критериям новой модели, к подходам внедрения бережливых технологий.

Для проведения диссертационного исследования были выбраны и обоснованы методические и методологические подходы, обозначены основные этапы, методы, объем, алгоритм и дизайн индивидуальной программы на конкретном этапе. Исследование по совершенствованию внедрения новой модели проводилось в период с 2017 по 2023 гг. В соответствии с целью и задачами определен поэтапный план, составлена комплексная программа исследования (Таблица 1).

Методологической основой диссертационного исследования явилась совокупность методов научного познания и системный подход. В работе были применены следующие общенаучные методы и подходы, в том числе:

- 1) историко-медицинский метод при анализе проблем развития и совершенствования ПМСП, внедрения новой модели;
- 2) организационно-правовой метод при изучении законодательного регулирования внедрения новой модели;
- 3) медико-статистический подход в процессе сбора, изучения, анализа медико-статистических и демографических показателей в разрезе муниципальных

образований Свердловской области и показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, с включением проведения корреляционного анализа;

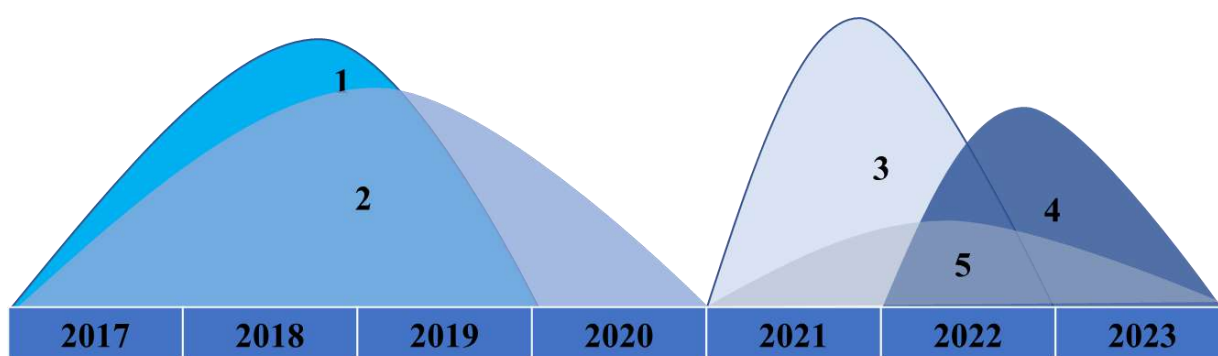
4) метод аудита при независимом и документированном процессе получения объективных свидетельств и их оценки для установления степени соответствия медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, рекомендованным Минздравом РФ критериям новой модели;

5) рейтинговый метод при формировании обобщенных рейтингов муниципальных образований Свердловской области по медико-статистическим и демографическим показателям и медицинских организаций, оказывающих ПМСП, по основным показателям деятельности;

6) медико-социологический метод опроса пациентов и сотрудников медицинских организаций в аспекте внедрения новой модели.

Объекты исследования: медицинские организации Свердловской области (74 медицинские организации), муниципальные образования Свердловской области (59 МО), сотрудники медицинских организаций, пациенты медицинских организаций.

На Рисунке 1 представлены основные этапы диссертационного исследования.



1 – первый этап; 2 – второй этап; 3 – третий этап;
4 – четвертый этап; 5 – пятый этап.

Рисунок 1 – Основные этапы диссертационного исследования

Таблица 1 – Программа исследования

Задача	Метод исследования	Объем исследования, единица наблюдения	Источник информации	Этапы, сроки (г.)
1) Провести сравнительный анализ медико-статистических и демографических показателей муниципальных образований Свердловской области	2 Аналитический, статистический, рейтинговый	3 Муниципальные образования (n = 59), медико-статистические и демографические показатели (n = 7)	4 Базы статистических данных МИАЦ	5 2017 – 2019, 2 этап
2) Оценить степень влияния на медико-статистические и демографические показатели муниципальных образований показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи	Аналитический, статистический, рейтинговый, метод корреляционного анализа	Медицинские организации, оказывающие ПМСП (n = 74), показатели деятельности медицинских организаций (n = 6)	Базы статистических данных МИАЦ, ТФОМС	2017 – 2020, 2 этап
3) Выполнить аудит деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи	Наблюдений, метод аудита, статистический	Медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому населению (n = 8); критерии новой модели (n = 22); показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь ПМСП детскому населению (n = 11)	Чек-листы, базы статистических данных АСММС, ТФОМС, МИАЦ	2021-2022, 3 этап

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
<p>4) Осуществить комплексную оценку удовлетворенности населения медицинской помощью и выявить основные факторы, определяющие ее уровень</p>	<p>Статистический, социологический, аналитический, метод сопоставления</p>	<p>Социологические опросы (n = 6856); респонденты (n = 211686); медицинские организации (n = 86); респонденты (n = 3666); респонденты (пациенты) (n = 354); респонденты (врачи) (n = 840); респонденты (операторы колл-центра) (n = 149); респонденты (регистраторы) (n = 349); медицинские организации (n = 117); обращения граждан в МЗСО (n = 20329); обращения граждан в СМО (n = 21529); обращения граждан в СОГ (n = 4917); сообщения граждан в ПОС (n = 221701); сообщения граждан в ПОС категория «Медицина» подкатегория «запись на прием к врачу» (n = 15678).</p>	<p>База данных ТФОМС, СМО, МЗСО, ЦАОГ, МИАЦ; анкеты</p>	<p>2022 – 2023, 4 этап</p>
<p>5) Разработать, апробировать и оценить результативность системы мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи</p>	<p>аналитический, сравнительный, SWOT-анализ, методический</p>	<p>Респонденты (сотрудники медицинских организаций) (n = 15363); стратегии совершенствования (n = 7); медицинские организации (n = 2)</p>	<p>Анкеты, НПА, базы данных АСММС, ТФОМС, МИАЦ</p>	<p>2021 – 2023, 5 этап</p>

Программа исследования состояла из пяти основных этапов. На первом этапе работы обозначены цели, задачи, предмет, объекты исследования и основные методы для проведения исследования. Проанализированы отечественные и зарубежные научные источники по вопросам совершенствования ПМСП и применения бережливых технологий в здравоохранении.

Второй этап исследования заключался в проведении анализа медико-статистических и демографических показателей по МО Свердловской области за период 2017–2019 гг., начиная с периода, когда началась реализация пилотного федерального проекта «Бережливая поликлиника». Информационной базой послужили электронные статистические данные Медицинского информационно-аналитического центра государственного автономного учреждения дополнительного образования «Уральский институт управления здравоохранением им. А.Б. Блохина» (далее – МИАЦ) за 2017–2019 гг. Далее проведено формирование итоговых рейтингов МО Свердловской области по медико-статистическим и демографическим показателям.

В последующем проведен анализ деятельности медицинских организаций, участвующих в создании новой модели с 2017 по 2019 гг., на основании выбранных 6 показателей для оценки. Сформирован итоговый рейтинг медицинских организаций по данным показателям.

Проведен корреляционный анализ для определения взаимосвязи между показателями деятельности медицинских организаций, участвующих в создании новой модели, и медико-статистическими, демографическими показателями МО (подробное описание представлено в разделе «2.1.2. Программа медико-статистического исследования»).

На основании полученных результатов определено проведение аудита медицинских организаций, участвующих в создании новой модели и оказывающих помощь детскому населению (программа исследования подробно описана в разделе «2.1.3. Программа аудита медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению»).

Полученные на предыдущих этапах результаты определили важность проведения и оценки социологических исследований. Поэтому на четвертом этапе проведена комплексная оценка удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи в аспекте внедрения новой модели. Данная оценка включала в себя проведение и/или оценку социологических исследований. Дополнительно было проведено исследование по оценке удовлетворенности организацией записи на прием. Подробное описание методов и схем социологических исследований описаны в разделе «2.1.4. Программы социологических исследований». На данном этапе проведена оценка обращений граждан по разным каналам обратной связи (программа исследования подробно описана в разделе «2.1.5. Программа анализ обращений граждан по вопросам оказания первично-медико-санитарной помощи, направленных по разным каналам обратной связи»). По результатам выполнения четвертой задачи были определены направления по совершенствованию ПМСП.

На пятом этапе осуществлен SWOT-анализ деятельности медицинских организаций Свердловской области, внедряющих новую модель (программа исследования подробно описана в разделе «2.1.6. Программа SWOT-анализа»). По результатам проведенного анализа разработано 6 стратегий по совершенствованию ПМСП, в том числе по повышению вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели (подробное описание представлено в разделе «2.1.7. Программа оценки вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи»). На примере двух медицинских организаций проведена оценка результативности проведенных мероприятий по совершенствованию внедрения новой модели в Свердловской области (программа исследования подробно описана в разделе «2.1.8. Программа оценка результативности мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи»).

2.1.2. Программа медико-статистического исследования

Медико-статистическое исследование представляло собой аналитическое разовое исследование в 2021 г. и охватило анализ медико-статистических и демографических показателей МО и показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, за период 2017–2019 гг.

Цель исследования – провести оценку степени влияния показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих бережливые технологии в рамках создания новой модели, на медико-статистические и демографические показатели МО

Для достижения поставленной цели были сформулированы задачи для данного исследования: 1) оценить 7 медико-статистических и демографических показателей по МО Свердловской области; 2) оценить 6 показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП; 3) провести корреляционный анализ между выбранными показателями.

Объектом медико-статистического исследования стали 59 МО Свердловской области, по которым проводились основные расчеты медико-статистических показателей, 76 медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Объем выборки исследования для анализа составлял 2607 единиц (59 МО Свердловской области, 7 медико-статистических и демографических показателей МО, 76 медицинских организаций, 6 показателей деятельности медицинских организаций и 3 года наблюдений). Информационной базой явились электронные данные МИАЦ, территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области (далее – ТФОМС).

Проведен анализ 7 медико-статистических и демографических показателей по 59 МО за период 2017–2019 гг. Для оценки МО было выбрано 7 показателей, характеризующих демографические тенденции, заболеваемость на территории, проведение медицинских профилактических мероприятий, ресурсы системы здравоохранения, в том числе и кадровые, на территориях. Данные показатели выбраны в связи с возможностью провести расчеты и анализ не в целом по

Свердловской области, а в разрезе МО (Таблица 2). Далее было проведено формирование итоговых рейтингов МО Свердловской области по отобранным показателям.

Для оценки 76 медицинских организаций, оказывающих ПМСП, были выбраны 6 основных показателей деятельности, рассчитаны итоговые рейтинги медицинских организаций, оказывающих ПМСП (Таблица 3).

В данной программе исследования использовались аналитический, статистический методы. Для анализа данных использовалась программа Microsoft Excel-2013, рассчитывались относительные показатели. Использование большого числа показателей для описания сложных системных явлений создает трудности для их обобщения и последующей интерпретации полученных результатов. Для свертывания многомерной информации был использован подход по расчету обобщающих, рейтинговых показателей, который часто применяется во многих областях науки и практики, где исследуемые объекты или явления описываются большим числом параметров. Выбор был обусловлен следующими причинами: простотой, наличием программного обеспечения, широкой апробацией.

Согласно этой методике, расчет проводился по следующему алгоритму:

1) формируется набор признаков (первичных показателей по МО, медицинским организациям), используемых при расчете конкретного рейтинга;

2) выбранные признаки нормируются к интервалу от 1 до 59 и от 1 до 76 (по количеству МО, медицинских организаций) в зависимости от направленности признака, что позволяет избавиться от априорной неравнозначности признаков, обусловленной наличием у каждого из них своего интервала принимаемых значений;

3) значение итогового рейтинга МО и медицинских организаций рассчитывается как сумма рейтингов всех используемых при расчете первичных признаков, далее проводится повторное ранжирование по суммарному рейтингу.

Таблица 2 – Медико-статистические и демографические показатели по МО Свердловской области

№	Показатели
1.	Общая смертность населения, на 1000 населения
2.	Смертность населения трудоспособного возраста, на 1000 населения
3.	Общая заболеваемость населения по МО, на 1000 населения
4.	Удельный вес профилактических посещений к врачам по МО, %
5.	Отношение плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций в МО, ед.
6.	Обеспеченность врачами, на 10 тыс. населения
7.	Обеспеченность средним медперсоналом, на 10 тыс. населения

Таблица 3 – Показатели, использованные для анализа деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП

№	Показатели
1.	Число посещений на одного человека в год, ед.
2.	Охват диспансеризацией взрослого населения, %
3.	Охват профилактическими осмотрами несовершеннолетних, %
4.	Фактическое выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС) за амбулаторно-поликлиническую помощь (далее – АПП), объем финансирования, тыс. рублей, % выполнения
5.	Фактическое выполнение ТП ОМС за АПП помощь по объемам медицинской помощи, % выполнения
6.	Доля штрафов/удержаний/снятий за АПП, взысканных СМО, ТФОМС по результатам медико-экономического контроля (далее – МЭК), экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП) от фактического выполнения ТП ОМС за АПП, объем финансирования, %

Для проведения корреляционного анализа были взяты два показателя: итоговым рейтингом МО по медико-статистическим и демографическим показателям и итоговый рейтинг показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП и обслуживающих население данных МО. Для характеристики уровня связи применялась шкала: сильная корреляционная связь – от +1,0 до +0,7; средняя – от +0,699 до +0,3; слабая – от +0,299 до 0. Статистическая значимость оценивалась по таблице стандартных коэффициентов корреляции.

2.1.3. Программа аудита медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению

Поводом для проведения аудита медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, послужил перечень поручений по реализации Послания Президента Федеральному посланию (утвержденный Президентом РФ от 26.02.2019 № Пр-294), касающийся обеспечения к 2021 г. перевода детских амбулаторно-поликлинических подразделений на новую модель.

Проведен аудит достижения критериев новой модели и показателей деятельности медицинских организаций Свердловской области, оказывающих ПМСП только детскому населению, за 2021 г.

Цель исследования – оценить деятельность 8 медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, в аспекте внедрения новой модели.

Задачи исследования: 1) провести аудит достижения критериев новой модели; 2) провести оценку показателей деятельности.

В рамках данного исследования проведены: аудит медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, оценка 19 критериев новой модели и 11 показателей деятельности медицинских организаций.

Определены 8 медицинских организаций, оказывающих ПМСП только детскому населению и расположенных в крупных городах Свердловской области, имеющих схожую организационную структуру: ГАУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский», ГАУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил», ГАУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск»,

ГАУЗ СО «ДГБ № 8» (до 2020 г. – МАУ «ДГБ № 8»), ГАУЗ СО «ДГКБ № 9» (до 2020 г. – МАУ «ДГКБ № 9»), ГАУЗ СО «ДГКБ № 11» (до 2020 г. – МАУ «ДГКБ № 11»), ГАУЗ СО «ДГП № 13» (до 2020 г. – МАУ «ДГП № 13»), ГАУЗ СО «ДГБ № 15» (до 2020 г. – МАУ «ДГБ № 15»).

Для проведения аудита была взята разработанная Минздравом РФ методика оценки достижения критериев первого уровня новой модели (редакция методических рекомендаций, 2019 г.) По оставшимся 11 критериям чек-листы были составлены на основании рекомендованных критериев новой модели и источников информации для их оценки.

На основании данных МИАЦ, ТФОМС, Минздрава Свердловской области были проанализированы 11 показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, за 2021 г., сформированы итоговые рейтинги данных медицинских организаций (Таблица 4).

Таблица 4 – Показатели, использованные для анализа деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, в рамках новой модели

№	Показатели
1.	Число посещений на одного человека в год, ед.
2.	Охват диспансеризацией детей, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, %
3.	Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, %
4.	Охват профилактическими осмотрами несовершеннолетних детей, %
5.	Уровень удовлетворенности длительностью ожидания на прием к врачу-педиатру, %
6.	Уровень удовлетворенности отношением лечащего врача-педиатра, %

Продолжение таблицы 4

№	Показатели
7.	Уровень удовлетворенности результатом посещения участкового врача-педиатра, %
8.	Уровень вовлеченности персонала медицинской организации, %
9.	Количество обращений граждан в Минздрав Свердловской области (тематика ПМСП) на 1000 прикрепленного населения
10.	Доля штрафов/удержаний/снятий за АПП, взысканных СМО, ТФОМС по результатам МЭК, ЭКМП от фактического выполнения ТП ОМС за АПП, объем финансирования, %
11.	Доля записей, произведенных без посещения регистратуры, %

Дополнительно проанализированы отчеты медицинских организаций из Автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики (далее – АСММС) по достижению критериев новой модели и по итогам реализации проектов.

Информационной базой явились электронные данные из АСММС, ТФОМС, МИАЦ, Минздрава Свердловской области, социологических исследований, аудита медицинских организаций. Объем выборки составил 240 единиц. В работе применялись статистический, рейтинговый методы, метод аудита и др. Для анализа данных использовалась программа Microsoft Excel-2013.

2.1.4. Программы социологических исследований

2.1.4.1. Оценка удовлетворенности пациентов в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи

Анкетирование по оценке удовлетворенности населения в 2017 г. было инициировано ТФОМС в рамках внедрения пилотного федерального проекта

«Бережливая поликлиника». Это исследование было направлено на оценку эффективности проведения мероприятий по совершенствованию ПМСП.

Цель социологического исследования – оценить удовлетворенность пациентов в медицинских организациях, внедряющих бережливые технологии в рамках создания новой модели, на основании ежемесячных данных опросов СМО Свердловской области.

В рамках данного исследования обозначены следующие задачи: 1) оценить удовлетворенность пациентов в целом по медицинским организациям, участвующим в создании новой модели; 2) оценить динамику показателя удовлетворенности пациентов в период с 2017 по 2022 гг.

Объектом социологического исследования стали жители Свердловской области, получающие медицинскую помощь в подразделениях медицинских организаций, участвующих в создании новой модели. Целевой показатель общей удовлетворенности к 2023 г. должен был составлять не менее 70%.

В 2017 г. анкета для оценки удовлетворенности пациентов качеством и доступностью ПМСП состояла из 10 вопросов, в 2018 г. – из 12 вопросов.

В 2019 г. и по 2022 гг. опрос проводился по 4 показателям. Оценивалась удовлетворенность пациентов временем ожидания приема у кабинета участкового врача (соответствием фактического времени приема времени записи), отношением участкового врача во время приема, результатом обращения к участковому врачу в целом, удовлетворенность застрахованных лиц в рамках прохождения диспансеризации [101, 145].

Анкетирование осуществлялось страховыми медицинскими представителями с помощью распространения анонимной анкеты непосредственно в подразделениях, участвующих в создании новой модели с 2019 г., в ежемесячном режиме. Респонденты заполняли анкету лично в письменном виде (прямой опрос).

Проведена оценка удовлетворенности населения по данным опросов, проведенных СМО за период 2019–2022 гг. Опрошено СМО 211686 человек из 218 подразделений 86 медицинских организаций, проанализировано 6856 единиц информации. Для сбора общей базы данных в ежемесячном режиме проводился

мониторинг удовлетворенности пациентов в целом по Свердловской области, в разрезе медицинских организаций, структурных подразделений.

Для оценки значимости различий двух независимых групп использовался непараметрический критерий χ^2 , при уровне значимости $p > 0,05$ между выборками принималась «нулевая» гипотеза об отсутствии различий между показателя удовлетворенности пациентов в разные периоды исследования.

2.1.4.2. Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью в Свердловской области

С 2022 г. на уровне РФ используется новая методика расчета дополнительного показателя по оценке общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, разработанная ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. В рамках диссертационного исследования проанализированы сводные данные фиксации результатов телефонных опросов, проведенных СМО и загруженных ТФОМС в систему АСММС, выгруженные из системы АСММС за период август 2022 г. по январь 2023 г.

Цель данного социологического исследования – выявить региональные особенности оценки общественного мнения по удовлетворенности населения.

Для выполнения данной цели были поставлены следующие задачи: 1) оценить общественное мнение по удовлетворенности населения в целом по Свердловской области, отдельно по возрастным группам и группам, сформированным по полу, месту проживания и привязке места жительства к административному округу; 2) определить вопросы по которым больше всего не удовлетворены респонденты; 3) оценить мнение респондентов о проблемах на уровне медицинской организации и на уровне региона.

Объектами социологического исследования стали жители Свердловской области.

Предмет данного исследования – общественное мнение населения по вопросу удовлетворенности медицинской помощью в Свердловской области.

СМО Свердловской области было проанкетировано 3666 человек за 6 месяцев (за период с августа 2022 г. по январь 2023 г.). На основании статистической обработки базы данных в Таблице 5 представлена характеристика группы респондентов данного исследования.

Таблица 5 – Характеристика опрошенных групп респондентов, в абс. числах (в %)

Пол		Место проживания		Возраст					
Мужской	Женский	Город	Село	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
1632 (44,5)	2034 (55,5)	3102 (84,6)	564 (15,4)	306 (8,3)	654 (17,8)	744 (20,3)	625 (17,0)	581 (15,8)	756 (20,6)

Оценка проводилась СМО в форме телефонного опроса населения. Анкета «Удовлетворенность населения медицинской помощью» состояла из 21 вопроса [123].

Десять вопросов анкеты, напрямую или опосредованно (№6-12, и №14-16) направленных на выяснение удовлетворенности респондентов по разным аспектам при оказании медицинской помощи, предусматривали получение ответов в баллах от 1 до 6. Один из широко используемых методов анализа ответов на такие вопросы предусматривает расчет и интерпретацию средних значений баллов для всех анкетированных или для отдельных целевых групп, сегментированных по какому-либо признаку. В данном случае представлялось интересным выяснить наличие различий в ответах и, соответственно, в степени удовлетворенности в группах респондентов, сегментированных по полу, возрасту и месту проживания (город-село, г. Екатеринбург, административные округа Свердловской области). Всего было сформировано 17 групп, включая группу «все респонденты», по каждой из которых рассчитан средний балл по ответам на каждый из десяти вопросов.

Показатель «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» рассчитан в целом по региону за 6 месяцев, отдельно по возрастным группам (от 18–24 года, 25–34 года, 35–44 года, 45–54 года, 55–64 года, 65 и более лет) и группам, сформированным по полу, месту

проживания (город или село) и привязке места жительства к административному округу (Южный, Горнозаводской, Северный, Западный, Восточный, г. Екатеринбург).

В данном исследовании использованы аналитический, статистический методы. Анализ данных опроса проводился при помощи электронных таблиц Microsoft Excel-2013, рассчитывались распределение респондентов по вариантам ответов, относительные показатели. Расчеты критериев значимости различий и построение графиков проводились с помощью программы Statistica 10.0.

Для оценки значимости различий двух независимых групп использовался непараметрический двухвыборочный критерий Манна-Уитни. При уровне значимости $p > 0,05$ между выборками принималась «нулевая» гипотеза об отсутствии различий. Для проверки статистических гипотез о равенстве средних для трех и более групп количественных данных обычно используется однофакторный дисперсионный анализ. В случае порядковых переменных для анализа межгрупповых различий в данном исследовании использовался непараметрический критерий Краскела-Уоллиса.

2.1.4.3. Оценка удовлетворенности пациентов, врачей, сотрудников регистратуры, операторов колл-центров организацией записи на прием к врачу

Анкетирование было проведено по поручению Минздрава Свердловской области в 2023 г. в медицинских организациях Свердловской области, оказывающих ПМСП, специализированную медицинскую помощь в рамках реализации проекта по внедрению федеральных методических рекомендаций по организации записи на прием к врачу во втором квартале 2023 г. [80].

Цель предложенного исследования – провести комплексную оценку удовлетворенности пациентов и сотрудников медицинских организаций в аспекте управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: 1) разработать анкеты по оценке удовлетворенности организацией записи на прием к врачу для пациентов, врачей, регистраторов, операторов колл-центров (далее – операторов); 2) провести анкетирования в медицинских организациях Свердловской области; 3) проанализировать полученные базы данных анкетных опросов.

Объекты исследования – пациенты, врачи, регистраторы, операторы, работающие в медицинских организациях Свердловской области.

Предмет исследования – удовлетворенность организацией процесса записи на прием.

В ходе разработки методологии данного исследования были разработаны анонимные анкеты отдельно для пациентов, врачей, регистраторов, операторов (Приложения А, Б, В, Г).

Анкета для пациентов состояла из 22 вопросов, касающихся способов и возможности записи на прием к специалисту, возможности записи при первом обращении в медицинскую организацию, оценки наличия в медицинской организации подтверждения факта записи, предварительного напоминания о приеме, включения в «Лист ожидания», возможности пользования федеральным порталом «Госуслуги» и сложностей записи через него, оценки удовлетворенности в целом записью на прием к врачу, пожеланий и предложений по улучшению качества организации.

Анкеты для сотрудников медицинских организаций состояли из 21–24 вопросов, их количество зависело от должности сотрудника. Вопросы (открытые, закрытые многовариантные и шкальные) касались оценки удовлетворенности организацией управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу, внедрения организационных решений по перераспределению функций между сотрудниками, временных затрат по записи в Медицинской информационной системе (далее – МИС) и сложностей, возникающих при записи, оценки решений вопроса при отсутствии свободных слотов, записи в «Лист ожидания», организации системы напоминания пациентам, сложности записи к специалистам, предложений по улучшению качества организации записи.

Для врачей-специалистов анкета содержала дополнительные вопросы, направленные на оценку проведения приема в соответствии с назначенным в талоне временем, выполнения рекомендуемых временных норм при посещении пациентов по разным причинам. Для сотрудников регистратуры и колл-центра включены вопросы, касающиеся оценки наличия алгоритмов действий и речевых модулей и взаимодействия с пациентом при его обращении в регистратуру или в колл-центр и использования их в работе, обучения с данными алгоритмами.

Добровольное анонимное онлайн-анкетирование проводилось посредством рассылки официальных писем от Минздрава Свердловской области с приложением QR-коды и ссылок для проведения анкетирования. Опрос прошли 354 пациента, 840 врачей, 349 регистраторов, 149 операторов колл-центра из 117 медицинских организаций Свердловской области. Характеристика респондентов представлена в Таблице 6.

Таблица 6 – Характеристика респондентов (в абс. числах)

Группа респондентов	Количество респондентов по группам	Количество медицинских организаций	Средний возраст	Стаж работы
Пациенты	354	52	-	-
Врачи	840	111	44 г. (от 19 до 73 лет)	15,6 лет (от 1 г. до 49 лет)
Регистраторы	349	100	45 лет (от 18 до 69 лет)	8,6 лет (от 1 месяца до 40 лет)
Операторы	149	54	44 г. (от 18 до 69 лет)	7,1 лет (от 1 месяца до 46 лет)

Среди опрошенных врачей большую часть составили врачи-педиатры участковые (36%) и врачи-терапевты участковые (23,7%), среди операторов – специалисты, не имеющие медицинского образования (83,2% специалистов).

Проанализирована общая удовлетворенность респондентов организацией записи на прием по 10-бальной шкале, где 1 – совсем не удовлетворен, 10 –

полностью удовлетворен, от 0 до 5 баллов – респонденты в той или иной мере не удовлетворены записью на прием к врачу, от 6 до 10 баллов – больше удовлетворены.

Работа с данными осуществлялась при помощи электронных таблиц Microsoft Excel-2013 и методов описательной статистики.

2.1.5. Программа анализа обращений граждан по вопросам оказания первично-медико-санитарной помощи, направленных по разным каналам обратной связи

Обоснованием для проведения данного исследования явился анализ обращений граждан, в первую очередь по вопросам оказания ПМСП, направленных по разным каналам обратной связи, в период внедрения новой модели с 2017 по 2023 гг.

Цель исследования – провести анализ обращений граждан по вопросам оказания ПМСП, направленных по разным каналам обратной связи.

Сформулированы задачи для достижения поставленной цели: 1) оценить обращения граждан в Минздрав Свердловской области по тематике «ПМСП»; 2) оценить обращения граждан в СМО, ТФОМС по тематике «ПМСП»; 3) оценить обращения граждан, направленных в систему «Обращения граждан» (далее – СОГ); 4) оценить сообщения граждан на Платформе обратной связи (далее – ПОС); 5) оценить сообщения граждан на ПОС по категории «Медицина» подкатегории «Запись на прием к врачу».

Объектом исследования стали граждане Свердловской области, направившие обращения по вопросам оказания ПМСП, по разным каналам обратной связи.

Предмет исследования – обращения граждан, направленные по разным каналам обратной связи.

Объем обобщенных баз обращений, проанализированных по разным каналам обратной связи, и периоды изучения представлены в Таблице 7.

Таблица 7 – Количество обращений граждан по вопросам оказания ПМСП, по разным каналам обратной связи в период с 2017 по 2023 гг.

Категория обращений	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
1. Обращения граждан в Минздрав Свердловской области по тематике «ПМСП»							
Количество проанализированных обращений, ед.	1969	2890	3543	5212	6713	-	-
2. Обращения граждан в СМО, ТФОМС по тематике «ПМСП»							
Количество проанализированных обращений, ед.	-	-	17822	2894	813	-	-
3. Обращения граждан в СОГ							
Количество проанализированных обращений, ед.	-	-	-	-	-	-	4917
4. Сообщения граждан на ПОС							
Количество проанализированных сообщений, ед.	-	-	-	-	162294	33046	26361
5. Сообщения граждан на ПОС по категории «Медицина», подкатегории «Запись на прием к врачу»							
Количество проанализированных сообщений, ед.	-	-	-	-	-	-	15678

Источником информации явились данные ТФОМС, СМО, Минздрава Свердловской области, Центра анализа обращений граждан (далее – ЦАОГ).

Работа с данными осуществлялась при помощи электронных таблиц Microsoft Excel-2013 и методов описательной статистики.

2.1.6. Программа SWOT-анализа

С целью разработки стратегий совершенствования ПМСП при внедрении бережливых технологий в деятельность медицинских организаций Свердловской области был применен метод SWOT-анализа, который позволял изучить сильные и

слабые стороны в деятельности медицинских организаций, сформулировать основные направления развития.

Было применено построение расширенной SWOT-матрицы, состоящей из оценки состояния внешнего и внутреннего окружения медицинских организаций, оказывающих ПМСП, и разработка стратегий для совершенствования. Для составления стратегий сопоставлялись пары следующих показателей: силы «S» – возможности «O»; силы «S» – угрозы «T»; слабости «W» – возможности «O»; слабости «W» – угрозы «T».

2.1.7. Программа оценки вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи

В Свердловской области с 2018 г. для оценки вовлеченности сотрудников медицинских организаций, внедряющих новую модель, стали использовать методику, разработанную международной консалтинговой компанией «The Gallup», – опросник Q12 по оценке индекса вовлеченности персонала, состоящий из 12 вопросов.

Цель предложенного исследования заключалась в оценке индекса вовлеченности сотрудников медицинских организаций, внедряющих новую модель.

В рамках данного исследования предложено решить следующие задачи: 1) организовать проведение анкетирования сотрудников медицинских организаций по оценке вовлеченности; 2) выявить наиболее проблемные вопросы для сотрудников медицинских организаций по оценке понимания своих задач и функций, критериев оценивания работы, ожиданий руководства организации; 3) оценить динамику изменения индекса вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели.

Объекты исследования – сотрудники медицинских организаций.

Предмет исследования – вовлеченность сотрудников медицинских организаций.

В рамках разработки методологии исследования состав тезисов был адаптирован под сотрудников медицинских организаций социологами МАУ «Городской центр медицинской профилактики» (Приложение Д). Сотрудники при ответе на анкету выражали свое согласие или не согласие с утверждениями. Итогом опроса явилось получение обобщающего индекса вовлеченности персонала. При оптимальном результате индекс вовлеченности равен 70% или более. Если положительных ответов 50% или меньше – это тревожный сигнал для руководителя медицинской организации.

Для изучения вовлеченности сотрудников медицинских организаций использован метод одномоментного анонимного онлайн-опроса. Рассылка писем с ссылками для прохождения анкетирования была осуществлена через Минздрав Свердловской области. В ходе исследования в 2018 г. опрошено 1489 сотрудников из 20 медицинских организаций, в 2019 г. – 3640 сотрудников из 46 медицинских организаций, в 2022 г. – 9533 сотрудника в 78 медицинских организаций. Характеристика базы исследования и групп респондентов представлена в Таблице 8.

Таблица 8 – Характеристика базы исследования и групп респондентов [101]

Перечень вопросов	2018 г. 1 этап	2019 г. 2 этап	2022 г. 3 этап
1	2	3	4
1. Количество медицинских организаций, ед.	30	46	78
2. Количество ответивших в медицинских организациях, чел.	2190	3640	9533
3. Распределение по полу, %			
Женский	92,7	92,1	92,2
Мужской	7,3	7,9	7,8
4. Распределение по возрасту, %			
18-24	7,0	5,1	6,5
25-34	18,8	18,8	19,6
35-44	24,7	25,1	23,5
45-54	25,3	27,6	29

Продолжение таблицы 8

1	2	3	4
55-64	20,0	18,9	16,9
65 и старше	4,1	4,3	4,7
5. Распределение по области деятельности, %			
Медицинский работник	83,4	83,6	81,4
Немедицинский работник	16,6	16,4	18,6
6. Распределение по должности, % (для медицинских работников)			
Врач	25,4	30,6	24,1
Фельдшер	20,9	19,2	21,3
Медицинская сестра	53,7	50,2	54,6
7. Распределение по образованию, % (для немедицинских работников)			
Высшее	19,8	22,7	28,8
Незаконченное высшее	7,2	5,9	5,0
Среднее специальное	44,6	53,9	48,9
Общее среднее	25,6	15,9	14,7
Неполное среднее или начальное	2,8	1,5	2,6

При анализе вовлеченности сотрудников оценивался процент положительных ответов на вопросы по оценке понимания своих задач и функций, критериев оценивания работы, ожиданий руководства организации. Оценка достоверности различий проводилась с помощью расчета критерия χ^2 , при значении $p \leq 0,05$ различия считались статистически значимыми [101].

2.1.8. Программа оценка результативности мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи

С целью оценки результативности проводимых мероприятий по совершенствованию внедрения новой модели были выбраны две медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению, и участвующие в создании новой модели с 2017 г., ЦГБ № «Х» и ЦГБ № «У», с разным уровнем фактического внедрения новой модели, достижения критериев первого, второго и

третьего уровня новой модели, участия в методических и организационных мероприятиях сотрудников данных медицинских организаций.

Медицинские организации, выбранные для оценки, имели в 2017 г. близкие общие рейтинги по показателям деятельности на втором этапе диссертационного исследования, оказывали помощь взрослому населению (разница в один ранг). Проведено сравнение медицинских организаций между собой и в динамике с 2017 по 2023 гг.

В аспекте внедрения критериев новой модели были отобраны показатели для оценки проводимых мероприятий по совершенствованию ПМСП:

- 1) число посещений на одного человека в год, ед.;
- 2) охват диспансеризацией взрослого населения, %;
- 3) уровень удовлетворенности пациентов, %;
- 4) уровень вовлеченности персонала медицинской организации, %;
- 5) доля записей, произведенных без посещения регистратуры, %;
- 6) фактическое выполнение ТП ОМС за АПП, объем посещений, % выполнения;
- 7) доля штрафов/удержаний/снятий за АПП, взысканных СМО, ТФОМС по результатам ЭКМП от фактического выполнения ТП ОМС за АПП (объем финансирования), %.

2.2. Характеристика базы исследования

2.2.1. Свердловская область как база проведения исследования

Территория Свердловской области составляет 194,3 тыс. квадратных километров (17 место среди субъектов РФ). По данным Управления Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области (далее – Свердловскстат) среднегодовое постоянное население Свердловской области на начало 2022 г. составляло 4 251 426 человек (5 место в РФ среди субъектов). В городской местности проживало 3 648 823 человек, или 85,8%

населения, в сельской – 602 603 человек, или 14,2% населения. В МО «город Екатеринбург» проживали 1 587 182 человека.

На территории Свердловской области расположено 94 МО, оценка по медико-статистическим показателям ведется по 59 объединенным МО. В стратегии развития здравоохранения Свердловской области определены основные проблемные направления [115]. Одной из проблем считается устаревшая производственная база здравоохранения Свердловской области и несоответствие требованиям СанПиН [137].

2.2.2. Оценка медико-демографических показателей в Свердловской области

Сведения об ожидаемой продолжительности жизни при рождении в период 2017–2022 гг. в целом по Свердловской области представлены в Таблице 9, соответствующий показатель в разрезе МО не разрабатывался. Отмечается увеличение ожидаемой продолжительности жизни в период с 2017 по 2019 гг., снижение показателя в период 2020 по 2021 гг. связано с распространением новой коронавирусной инфекции (далее – НКВИ), в 2022 г. значение показателя вернулось к значению 2018 г.

Таблица 9 – Ожидаемая продолжительность жизни с 2017 по 2022 гг. в Свердловской области, лет

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	71,23	71,29	71,81	70,15	68,8	71,3

В 2022 г. в Свердловской области показатель младенческой смертности по данным Свердловскстата составил 4,7 случая на 1000 родившихся живыми (Таблица 10), что выше на 9,3% установленного показателя.

Таблица 10 – Динамика показателя младенческой смертности в Свердловской области в 2017–2022 гг. (число умерших детей до одного года на 1000 родившихся живыми)

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021г.	2022 г.
Младенческая смертность	4,9	4,7	4,7	4,1	4,02	4,7

Показатели смертности населения Свердловской области приведены по данным Федеральной службы государственной статистики, данным региональной базы медицинских свидетельств о смерти. Повышение показателя общей смертности, наблюдавшееся в 2017–2018 гг., сменилось в 2019 г. снижением и стабилизацией вплоть до 2020 г., когда количество смертей в Свердловской области за год увеличилось на 10 251 в сравнении с 2019 г., а в 2021 г. – на 9122 (Таблица 11). В 2022 г. ситуация изменилась: число умерших в сравнении с 2021 г. снизилось на 17 533 человека. Коэффициент общей смертности составил 13,9 случая на 1000 человек населения, что ниже уровня 2021 г. на 22,3%, а уровня 2020 г. – на 11,5%. Естественная убыль населения в 2022 г. составила 19 399 человек (4,5 случая на 1000 человек населения).

Таблица 11 – Изменение показателя общей смертности населения в Свердловской области, за 2017–2019 гг. (на 1000 человек населения)

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Показатель общей смертности населения	13,3	13,5	13,4	15,7	17,9	13,9

По данным Свердловскстата в 2022 г. показатель смертности в трудоспособном возрасте составил 6,19 случая на 1000 человек трудоспособного населения, что ниже, чем в 2021 г. на 10,8% (Таблица 12).

Таблица 12 – Изменение показателя смертности в трудоспособном возрасте населения 2017–2022 гг. в Свердловской области (на 1000 трудоспособного населения)

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Смертность в трудоспособном возрасте на 1000 трудоспособного населения	5,81	5,76	5,53	6,38	6,94	6,19

Удельный вес трудоспособного населения от числа умерших всех возрастов в 2022 г. составил 24,9% (выше, чем за период с 2017 по 2021 гг.), косвенно демонстрируя, что в 2021 г. в возрастную структуру избыточной смертности в большей степени внесли вклад старшие возрастные группы, а в 2022 г. со снижением общего показателя смертности эта ситуация изменилась.

2.2.3. Анализ организации первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области

В 2022 г. сеть государственных медицинских организаций Свердловской области и их структурных подразделений, оказывающих ПМСП, представлена в Таблице 13 [145].

По данным ТФОМС численность застрахованных по ОМС граждан на 01.01.2024 составляла 4313,9 тыс. человек. В перечне медицинских организаций, участвовавших в реализации ТП ОМС, числилось 235 медицинских организаций (в 2018 г. – 215, в 2019 г. – 223, в 2020 г. – 238, в 2021 г. – 236 медицинских организаций), из них 18 федеральных, 153 областных и 64 частных медицинских организаций. Бесплатную медицинскую помощь населению в рамках ТП ОМС в 2022 г. предоставляли 219 медицинских организаций.

Таблица 13 – Структурные подразделения медицинских организаций Свердловской области, оказывающих ПМСП, 2017–2022 гг.

Структурные подразделения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Поликлиники (поликлинические отделения)	136	117	114	114	115	112
Детские поликлиники	63	81	81	90	82	88
Самостоятельные поликлиники	4	5	5	5	5	5
Женские консультации	49	49	51	52	52	52
Стоматологические поликлиники	27	27	27	27	27	27
Амбулатории	21	24	26	27	27	30
Участковые больницы в составе медицинских организаций	7	6	5	5	5	5
Здравпункты врачебные	5	6	6	6	6	7
Здравпункты фельдшерские	8	8	8	8	7	7
Фельдшерско-акушерские пункты (включая передвижные)	561	556	574	580	580	579
Фельдшерские пункты (включая передвижные)	-	4	6	5	5	5
Отделения (кабинеты) врача общей практики	259	241	230	222	222	207
Отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи	99	98	100	132	135	144

Свердловская область входит в 10 неблагоприятных регионов России по уровню обеспеченности населения врачами (85 место в РФ на 2022 г.). Обеспеченность региона врачами ниже показателя по РФ на 22,8%, по УРФО – на 17,2% (Таблица 14). Более 35% врачей Свердловской области сосредоточены в областном центре региона, в сельской местности работает 3,3% врачей. Врачи женщины составляют 68,4% от общего числа врачей [145].

Таблица 14 – Показатель обеспеченности врачами в медицинских организациях Свердловской области, УРФО и РФ в 2022 г., в абс. числах, на 10 000 населения

Территория	Количество врачей	Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения)
УРФО	42096	34,3
РФ	541530	36,8
Свердловская область	12098	28,4

Результаты изучения обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики показали, что в 2022 г. данные показатели были ниже, чем в УРФО и РФ (Таблица 15) [145].

Таблица 15 – Обеспеченность врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики в государственных медицинских организациях Свердловской области в 2022 г. (в абс. числах, на 10 000 человек населения)

Специальность	Численность (физ. лица)			Обеспеченность (на 10 тыс. населения)		
	РФ	УФО	СО*	РФ	УФО	СО*
Врач-терапевт участковый	38456	2792	571	3,30	2,94	1,71
Врач-педиатр участковый	28547	2246	584	9,42	8,06	6,29
Врач общей практики	9139	306	101	0,62	0,25	0,24

*СО – Свердловская область

В 2022 г. число посещений к врачам на одного жителя в год в медицинские организации Свердловской области на 29,7% ниже, чем показатели по УРФО, и на 18% ниже, чем по РФ, и составило 6,4 посещения на 10 000 человек населения (Таблица 16).

Динамика обращаемости в государственные медицинские организации с профилактической целью, на дому, в неотложной форме представлена в Таблице 17. Наблюдается увеличение значения показателя посещений на дому, в неотложной форме в период с 2017 по 2022 гг.

Таблица 16 – Динамика числа посещений на одного жителя в год в Свердловской области, УРФО и РФ в 2017–2022 гг. (в абс. числах)

Территория	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
УРФО	8,2	8,1	8,1	6,8	7,8	9,1
РФ	8,4	8,3	8,4	6,9	7,8	7,8
Свердловская область	6,9	6,7	6,7	5,4	6,4	6,4

Таблица 17 – Динамика обращаемости населения в медицинские организации Свердловской области в 2017–2022 гг. (на 1000 прикрепленного населения)

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Число посещений врача, в т. ч.:	6422,0	6291,9	6277,4	4829,9	5816,1	5910,0
- с профилактической целью	2325,6	2234,6	2301,3	1882,7	2421,4	2358,1
- на дому	204,7	183,5	170,4	417,7	396,9	330,8
- в неотложной форме	183,7	176,1	222,5	213,0	240,8	237,9

В 2022 г. в медицинских организациях Свердловской области функционировало 26 отделений и 118 кабинетов неотложной медицинской помощи, их задача – снизить нагрузку на участковую службу. Объем неотложных посещений в 2022 г. составил 2 625 100 (0,599 посещения на одного жителя в год) (в 2021 г. – 0,535, в 2020 г. – 0,24, в 2019 г. – 0,396), в том числе в отделениях и кабинетах неотложной медицинской помощи – 1 872 501 (71,3%). Таким образом, в 2022 г. был перевыполнен на 11% нормативный показатель обеспеченности населения неотложной медицинской помощью, установленный ТП ОМС – 0,54 посещения на одного жителя. Дополнительным направлением совершенствования оказания ПМСП является открытие в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, кабинетов доврачебной медицинской помощи.

Доступность ПМСП связана с численностью прикрепленного населения на врачебных участках. В 2022 г. численность прикрепленного населения на участках была больше рекомендуемых значений в 39 из 70 медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению, и в 34 из 63 медицинских организаций,

оказывающих ПМСП детскому населению. Из 44 медицинских организаций, имеющих в структуре общие врачебные практики (далее – ОВП), в 32 определено превышение численности прикрепленного населения. В 8 медицинских организациях из 16, имеющих в своей структуре комплексные участки, были превышены нормативы, в 5 из них – более чем на 20%. В 22 медицинских организациях из 41, имеющих в своей структуре фельдшерские участки, были превышены нормативы, в 19 из них – более чем на 20%.

Эффективность организации работы медицинских организаций, оказывающих ПМСП, по профилактике и лечению заболеваний определяют показатели здоровья обслуживаемого населения. В 2017–2020 гг. уровень общей заболеваемости населения был относительно стабилен, но в 2021–2022 гг. превысил среднегодовые показатели за последние 10 лет [145].

Охват профилактическими мероприятиями разных групп населения используется для оценки эффективности организации ПМСП. После ослабления противоэпидемических мер, связанных со снижением интенсивности распространения НКВИ, увеличилось число лиц, прошедших диспансеризацию и медицинские осмотры, в сравнении с 2021 г. (так, в 2022 г. все виды медицинских профилактических осмотров и диспансеризации прошли 1 169 384 человека, в 2021 г. – 608 891).

Данные показатели в период с 2017 по 2022 гг. достигнуты не были, однако наблюдалась тенденция их увеличения. В 2022 г. объемы ПМСП выполнены на уровне 2021 г. (87% к плану). Выполнение объемов профилактических мероприятий за 2022 г. выше, чем в 2021 г.

В 2022 г. в структуре профилактических мероприятий отмечалась отчетливая положительная динамика проведения профилактических мероприятий взрослому населению. Профилактические мероприятия детскому населению всегда выполняются в соответствии с планом, что позволяет достигать максимального охвата детей профилактическими мероприятиями, в том числе проводить их в условиях угрозы распространения НКВИ.

В 2016 г. внедрение бережливых технологий начало реализовываться в 2 поликлиниках города Екатеринбурга. На 2022 г. в реализации мероприятий по внедрению новой модели участвовали 94 медицинских организации, из них: 8 станций скорой медицинской помощи (далее – СМП), 6 специализированных медицинских организаций, 80 медицинских организаций, оказывающих ПМСП (в т. ч. 1 стоматологическая поликлиника). Количество структурных подразделений, участвующих в создании новой модели – 306 (из них подразделений СМП – 50 (включая станции СМП – 8), амбулаторно-поликлинических подразделений – 256), в т. ч. 123 детских, в том числе 2 детских стоматологических отделения, 1 детско-взрослое стоматологическое отделение, 5 детско-взрослых амбулаторно-поликлинических подразделений; 100 взрослых, в том числе 3 стоматологические поликлиники, 2 ФАП, 1 амбулатория, 3 ОВП; 1 стационар приемного покоя поликлиники; 32 женских консультации, в т. ч. кабинеты пренатальной диагностики. Динамика доли медицинских организаций, внедряющих новую модель, в Свердловской области и РФ представлена в Таблице 18 [145].

В Свердловской области реализуются проекты по улучшениям с использованием подходов бережливого производства: в 2019 г. было открыто 857 проектов, в 2020 г. – 1664 проекта, в 2021 г. – 691 проект, в 2022 г. – 688 проектов [101].

Таблица 18 – Динамика доли медицинских организаций, внедряющих новую модель, в Свердловской области и РФ, %

Территория	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
РФ	35,2	61,7	70,8	75,1
Свердловская область	61,1	73,7	81	83,6

Данные по всем анализируемым показателям не представлены за 2023 г. в связи отсутствием этих данных в открытом доступе на сайтах ведомств, ответственных за формирование статистической отчетности, на момент написания диссертационной работы.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

По результатам анализа из 59 МО в период с 2017 по 2019 гг. положительная динамика показателя общей смертности установлена в 25 МО (максимальный темп снижения составил 21% в Волчанском городском округе (далее – ГО)), отрицательная динамика установлена в 33 МО (максимальный темп прироста составил 81% в Махневском МО), в 1 МО данный показатель был без динамики. Наибольший ранг в 2019 г. определен в ГО Закрытое административно-территориальное образование (далее – ЗАТО) Свободный, МО Екатеринбург, Камышловский ГО, в т. ч. МО Камышловский МР, ГО Верхняя Пышма, в т. ч. ГО Среднеуральск, Березовский ГО. Наименьший ранг в 2019 г. определен в Кушвинском ГО, Кировградском ГО, Североуральском ГО, Махневском МО, МО г. Алапаевск (Рисунок 2). В Махневском МО в 2019 г. зафиксирован существенный подъем показателя общей смертности населения за счет роста по всем основным причинам смерти. Коэффициент вариации показателя общей смертности в 2019 г. составил 15,1%, что свидетельствует об относительной однородности изучаемой совокупности МО по данному признаку. В 2018 г. в 36 МО наблюдался рост данного показателя, в 22 МО – снижение, а в 1 МО не было изменений.

В период 2017 по 2019 гг. положительная динамика по показателю смертности в трудоспособном возрасте определена в 36 из 59 МО (максимальный темп снижения составил 38,9% в ГО Рефтинский), отрицательная динамика – в 23 МО (максимальный темп прироста составил 55% в Малышевском ГО). Наибольший ранг в 2019 г. определен в ГО ЗАТО Свободный, ГО Рефтинский, МО Екатеринбург, Камышловском ГО, в т. ч. МО Камышловский МР, Березовском ГО. Наименьший ранг – в Махневском МО, Шалинском ГО, Североуральском ГО, Кировградском ГО, Бисертском ГО (Рисунок 3). В Березовском ГО в 2018 г. наблюдалось увеличение показателя смертности

в трудоспособном возрасте, МО переместилось с 5 места в рейтинге на 14 место. В Бисертском ГО наблюдалась аналогичная тенденция роста показателя. При анализе структуры смертности в трудоспособном возрасте в данных МО рост произошел за счет роста смертности от онкологических заболеваний. Значение коэффициента осцилляции данного показателя в 2019 г., равное 148,8%, позволяет сделать вывод о наличии территориальных различий в смертности в трудоспособном возрасте в Свердловской области. В 2018 г. в 26 МО наблюдался рост показателя смертности в трудоспособном возрасте, в 33 МО – снижение.

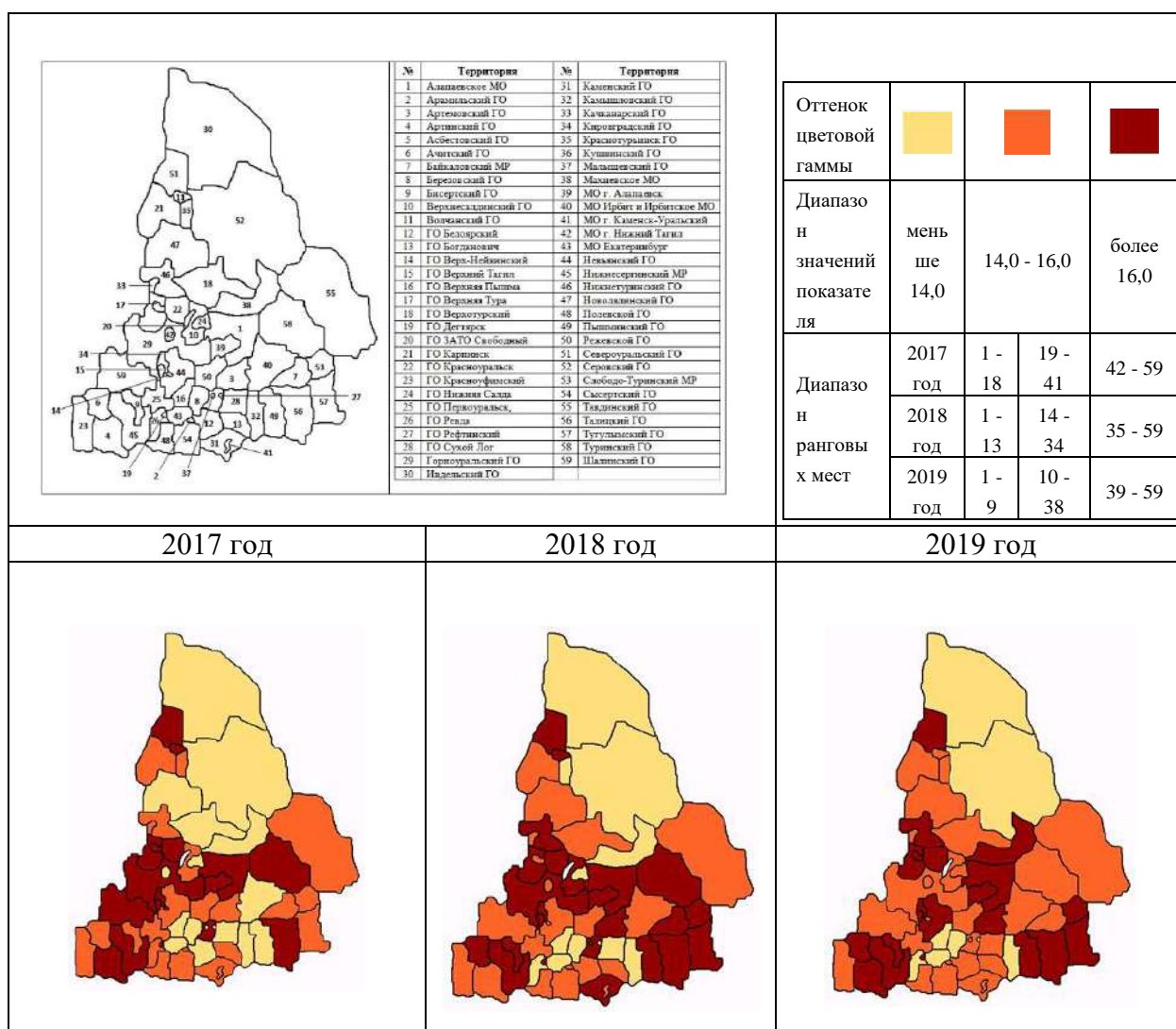


Рисунок 2 – Ранжирование МО по показателю общей смертности в Свердловской области, 2017–2019 гг. (на 1000 населения)

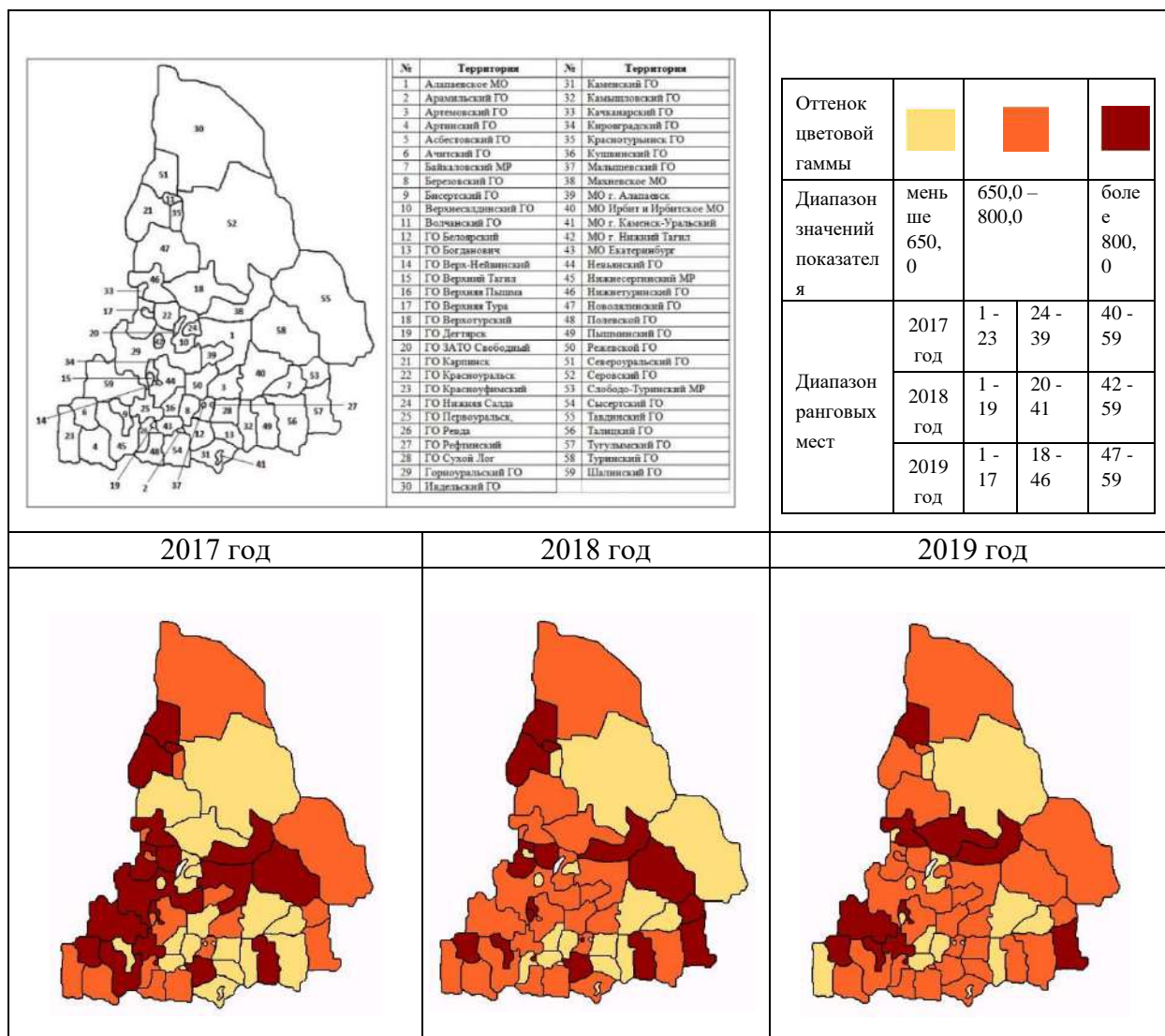


Рисунок 3 – Ранжирование МО по показателю смертности в трудоспособном возрасте в Свердловской области, 2017–2019 гг. (на 100 тыс. населения трудоспособного возраста)

По показателю общей заболеваемости населения в период 2017 по 2019 гг. положительная динамика установлена в 8 из 59 МО (максимальный темп снижения составил 42% в ГО Первоуральск, в т. ч. ГО Староуткинский), отрицательная динамика установлена в 51 МО (максимальный темп прироста составил 97,5% в ГО ЗАТО Свободный). Значительные различия общей заболеваемости населения могут отражать неоднородность в состоянии здоровья населения в МО, уровень качества и условия оказания медицинской помощи. Поэтому наименьшие показатели заболеваемости населения, регистрируемые в 2019 г.

в Махневском МО, ГО Верхотурский, ГО Верх-Нейвинский, Пышминском ГО, Ивдельском ГО, могут свидетельствовать о недостаточности выявляемости заболеваний у населения. Высокие значения показателя заболеваемости в 2019 г. определены в Волчанском ГО, ГО Красноуфимском, в т. ч. МО Красноуфимский округ, Артинском ГО, Арамилском ГО (Таблица 19). В 2018 г. по сравнению с 2017 г. наблюдается рост показателя в 43 МО и снижение – в 16 МО.

Таблица 19 – Ранжирование МО Свердловской области по показателю общей заболеваемости населения, на 1000 населения* (1–5 ранги, 55–59 ранги, сортировка по рангу 2019 г.)

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг
Махневское МО	601,1	1	519,2	1	523,8	1
ГО Верхотурский	810,1	4	811,4	4	836	2
ГО Верх-Нейвинский	684,4	2	772,3	2	886,9	3
Пышминский ГО	902,8	5	845,2	5	977,7	4
Ивдельский ГО	986,9	9	1006	10	987,9	5
.....
Арамилский ГО	1777,7	51	1782,5	52	2095,3	55
Артинский ГО	1372,7	37	1441,3	35	2106,3	56
ГО Ревда	2142,6	58	2117,6	59	2280,5	57
ГО Красноуфимский, в т. ч. МО Красноуфимский округ	2079,5	57	2046,3	57	2298,6	58
Волчанский ГО	2012,6	56	2062,2	58	2452,2	59

* ранжирование 59 МО Свердловской области приведено в Приложении Е

В период 2017 по 2019 гг. по показателю отношения плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций (самостоятельных и структурных подразделений) наблюдалась положительная динамика в 35 из 59 МО (максимальный темп прироста составил 2507,86% в Махневском МО), отрицательная динамика установлена в 24 МО (максимальный темп снижения составил 35,3% в Малышевском ГО). Наибольший ранг в 2019 г. определен в Махневском МО,

ГО ЗАТО Свободный, Ачитском ГО, МО г. Екатеринбург, Байкаловском МР. Наименьший ранг – в Ивдельском ГО, ГО Красноуральск, ГО Верх-Нейвинском, Горноуральском ГО, Каменском ГО (Таблица 20). В 2018 г. в 23 МО из 59 МО наблюдался рост данного показателя.

Таблица 20 – Ранжирование МО Свердловской области по показателю отношения плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций в МО*, (1–5 ранги, 55–59 ранги, сортировка по рангу 2019 г.)

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг
Махневское МО	0,15	58	0,15	58	3,81**	1**
ГО ЗАТО Свободный	1,82	1	2,03	1	1,6	2
Ачитский ГО	1,08	2	1,15	2	1,22	3
МО Екатеринбург	1,07	3	1,05	3	1,06	4
Байкаловский МР	0,48	22	0,93	4	0,88	5
.....
Каменский ГО	0,22	51	0,21	53	0,21	55
Горноуральский ГО	0,18	55	0,2	54	0,21	56
ГО Верх-Нейвинский	0,2	53	0,2	55	0,2	57
ГО Красноуральск	0,18	56	0,18	57	0,17	58
Ивдельский ГО	0,08	59	0,06	59	0,07	59

* ранжирование 59 МО Свердловской области приведено в Приложении Е

** данные, представленные в официальной статистике при проведении анализа установлена ошибка представлением данных медицинской организацией

В период 2017 по 2019 гг. в Свердловской области наблюдается незначительное увеличение показателя удельного веса профилактических посещений к врачам на 0,6%: с 35,2% до 35,8%. В 2018 г. по сравнению с 2017 г. наблюдалось незначительное снижение на 0,6% (до 34,6%). Данный показатель рекомендован не менее 30% числа всех врачебных посещений [74]. Показатель удельного веса профилактических посещений к врачам за данный период имел положительную динамику в 31 из 59 МО (максимальный темп прироста составил

60,5% в ГО Верхняя Тура), отрицательная динамика установлена в 28 МО (максимальный темп снижения составил 50% в Махневском МО). В 2018 г. в 25 МО наблюдалось увеличение данного показателя по сравнению с 2017 г. Наибольший ранг в 2019 г. определен в Качканарском ГО, ГО Верхотурском, Камышловском ГО, в т. ч. в МО Камышловский МР, ГО Красноуральск, ГО Верхняя Тура. Наименьший ранг – в Волчанском ГО, Горноуральском ГО, Каменском ГО, ГО Рефтинский, ГО Дегтярск (Таблица 21).

Таблица 21 – Ранжирование МО Свердловской области по удельному весу профилактических посещений к врачам в медицинские организации Свердловской области, % (1–5 ранги, 55–59 ранги, сортировка по рангу 2019 г.)

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг
Качканарский ГО	43,74	13	49,77	6	57,21	1
ГО Верхотурский	60,23	2	60,57	1	56,56	2
Камышловский ГО, МО Камышловский МР	39,02	23	45,53	11	55,4	3
ГО Красноуральск	54,8	5	49,89	5	51,81	4
ГО Верхняя Тура	31,76	50	37,01	29	50,99	5
.....
ГО Дегтярск	33,89	41	32,85	44	26,5	55
ГО Рефтинский	27,52	58	23,55	58	26,46	56
Каменский ГО	35,91	33	30,23	55	23,68	57
Горноуральский ГО	30,8	54	27,55	56	23,06	58
Волчанский ГО	34,17	39	32,72	45	19,26	59

* ранжирование 59 МО Свердловской области приведено в Приложении Е

Показатель обеспеченности врачами в период 2017 по 2019 гг. в 13 МО (максимальный темп прироста составил 51,1% в ГО Верх-Нейвинский) имел положительную динамику, в 46 МО (максимальный темп снижения составил 22,1% в Ачитском ГО) была установлена отрицательная динамика. В 2018 г. всего в 11 МО из 59 МО регистрировался рост данного показателя. Наилучшая ситуация

по обеспеченности врачами – в областном центре, Западном и Южном управленческих округах.

Наибольшие показатели зарегистрированы в 2019 г. в МО г. Екатеринбург, Бисертском ГО, ГО Первоуральск в т. ч. ГО Староуткинск, Арамильском ГО, Асбестовском ГО. Наименьшие показатели обеспеченности врачами установлены в Ивдельском ГО, Махневском МО, Волчанском ГО, ГО Верхняя Тура, Камышловском ГО, в т. ч. МО Камышловский МР, относящихся к Северному, Восточному и Горнозаводскому управленческим округам (Рисунок 4). Это может быть связано, в первую очередь, с разным социально-экономическим развитием территорий и удаленностью от областного центра. Полученные результаты находят подтверждения в исследованиях других авторов. На примере МР Курской области в период 2015–2019 гг. была рассмотрена обеспеченность врачами в качестве критерия социально-экономического потенциала отдельных территорий региона. Уровень обеспеченности врачебным персоналом определяется рядом факторов и не обусловлен исключительно уровнем оплаты труда в районе. Проблема низкого развития социальной инфраструктуры сельской местности связана с отсутствием инвестиций и низкой привлекательностью данных территорий как объекта для развития, так и для проживания населения [140].

Снижение обеспеченности врачами в регионе в разрезе МО может быть связана с оптимизацией структуры коечного фонда в некоторых медицинских организациях, переводом на эффективные контракты и систему непрерывного медицинского образования, оттоком в негосударственные медицинские организации, кроме того в МО, расположенных отдаленно от регионального центра, дефицит врачебных кадров регистрируется чаще. Различия дефицита врачебных кадров в отдаленных территориях может быть связан с реализацией мер социальной поддержки по привлечению сотрудников для работы в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных в территориях, удаленных от административного центра (с 2012 г. на территории Свердловской области реализуется программа «Земский доктор»).

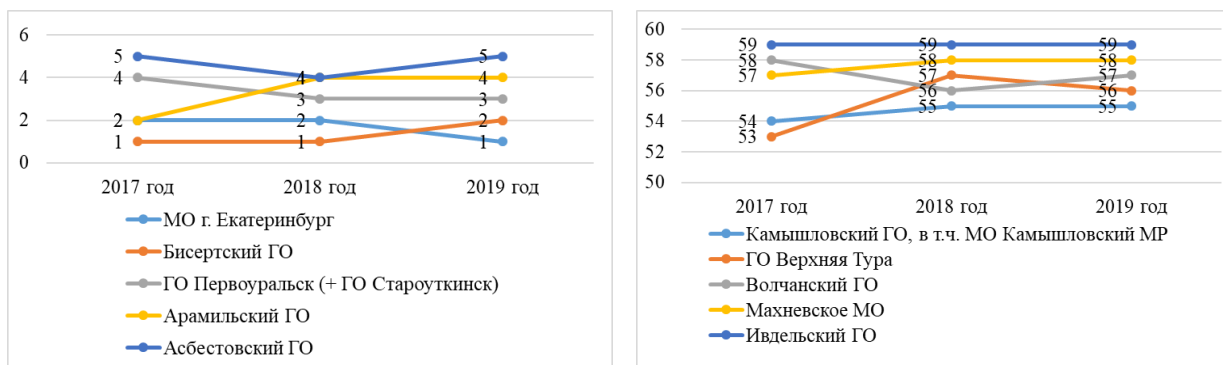


Рисунок 4 – Ранжирование МО Свердловской области по обеспеченности врачами в МО Свердловской области, 2017-2019 гг., (на 10 тыс. населения) (1-5 ранги, 55-59 ранги)*

* ранжирование 59 МО Свердловской области приведено в Приложении Е

Положительная динамика наблюдалась в 17 из 59 МО по показателю обеспеченности средним медицинским персоналом в период 2017 по 2019 гг. (максимальный темп прироста составил 18,8% в ГО Верх-Нейвинский), отрицательная динамика установлена в 41 МО (максимальный темп снижения составил 18,9% в Нижнетуринском ГО). С 2017 по 2018 гг. наблюдался рост обеспеченности средним медицинским персоналом только в 16 МО. Показатель обеспеченности средним медицинским персоналом имел наименьшие значения в ГО Нижняя Салда, ГО Дегтярск, ГО Верх-Нейвинский, Горноуральском ГО, Каменском ГО в период с 2017 по 2019 гг. Первые пять мест по данному показателю занимали и имели наивысший ранг в ГО Краснотурьинск, МО г. Ирбит, в т. ч. Ирбитском МО, МО г. Алапаевск, Асбестовском ГО, Слободо-Туринском МР (Рисунок 5). С 2018 г. в Свердловской области действует программа «Земский фельдшер» и предоставляются единовременные компенсационные выплаты медицинским фельдшерам и другие меры поддержки на уровне МО. Екатеринбург же менее востребован для приобретения жилья и в нем отсутствуют такие компенсационные программы поддержки медицинских работников.

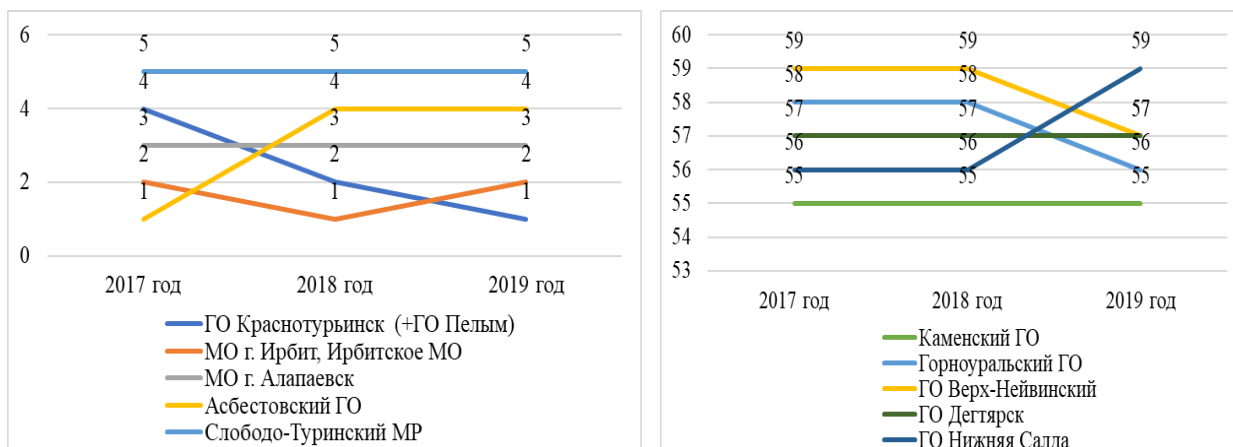


Рисунок 5 – Ранжирование МО Свердловской области по обеспеченности средним медицинским персоналом в МО Свердловской области, 2017–2019 гг., (на 10 тыс. населения) (1–5 ранги, 55–59 ранги)*

* ранжирование 59 МО Свердловской области приведено в Приложении Е

Проведенный анализ 7 медико-статистических и демографических показателей позволил сформировать итоговый рейтинг МО Свердловской области в порядке возрастания от занимающих более высокие позиции к менее высоким [135]. Результаты ранжирования МО по медико-статистическим и демографическим показателям представлены в Таблице 22. Из 59 МО в период с 2017 по 2019 гг. положительная динамика по 7 выбранным показателям наблюдалась в 23 МО (максимальный темп снижения составил 22,7% в Качканарском ГО), отрицательная динамика установлена в 36 МО (максимальный темп прироста составил 73,7% в ГО ЗТО Свободный). В 2018 г. по сравнению с 2017 г. положительная динамика регистрировалась в 32 МО.

Наименьшие суммы баллов по 7 оцениваемым показателям в 2017 г., 2018 г., 2019 г. имели 2 МО – Волчанский ГО, Горноуральский ГО, занимавшие 57–59 места в общем рейтинге по годам. Каменский ГО в 2018–2019 гг. занимал 58–59 места. В 2017 г. ГО Верхняя Тура занял 58 место. ГО ЗТО Свободный, занимавший лидирующие 1–2 места в 2017–2018 гг., в 2019 г. спустился на 26 место

за счет роста показателя общей заболеваемости населения и снижения удельного веса профилактических посещений к врачам в 2019 г.

Таблица 22 – Ранжирование МО Свердловской области по медико-статистическим и демографическим показателям в период 2017–2019 гг. (представлено в алфавитном порядке)

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Сумма рангов	Итоговый ранг	Сумма рангов	Итоговый ранг	Сумма рангов	Итоговый ранг
1	2	3	4	5	6	7
Алапаевское МО	244	44	246	42	249	46
Арамилский ГО	183	17	158	8	197	24
Артемовский ГО	205	34	215	35	167	13
Артинский ГО	184	18	160	9	193	20
Асбестовский ГО	187	20	194	25	162	10
Ачитский ГО	155	8	180	19	177	16
Байкаловский МР	196	26	189	22	162	10
Березовский ГО	164	10	169	13	161	9
Бисертский ГО	165	11	216	36	194	21
Верхнесалдинский ГО	215	36	249	43	209	33
Волчанский ГО	347	59	341	59	317	58
ГО Белоярский, в т. ч. ГО Верхнее Дуброво, МО пос. Уральский	188	21	214	34	213	36
ГО Богданович	224	38	229	40	210	34
ГО Верх-Нейвинский	309	56	249	43	273	51
ГО Верхний Тагил	253	49	279	55	237	43
ГО Верхняя Пышма, в т. ч. ГО Среднеуральск	122	3	121	5	119	3
ГО Верхняя Тура	340	58	282	56	290	55
ГО Верхотурский	154	7	172	14	198	26
ГО Дегтярск	286	55	271	52	281	54
ГО ЗАТО Свободный	114	1	105	2	198	26
ГО Карпинск	245	46	222	38	199	28
ГО Красноуральск	255	51	252	45	235	42
ГО Красноуфимский, в т. ч. МО Красноуфимский округ	190	22	197	26	151	7
ГО Нижняя Салда	185	19	182	20	240	45

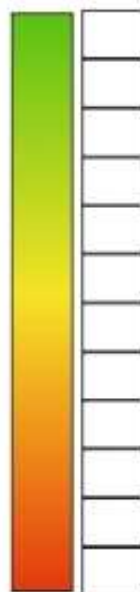
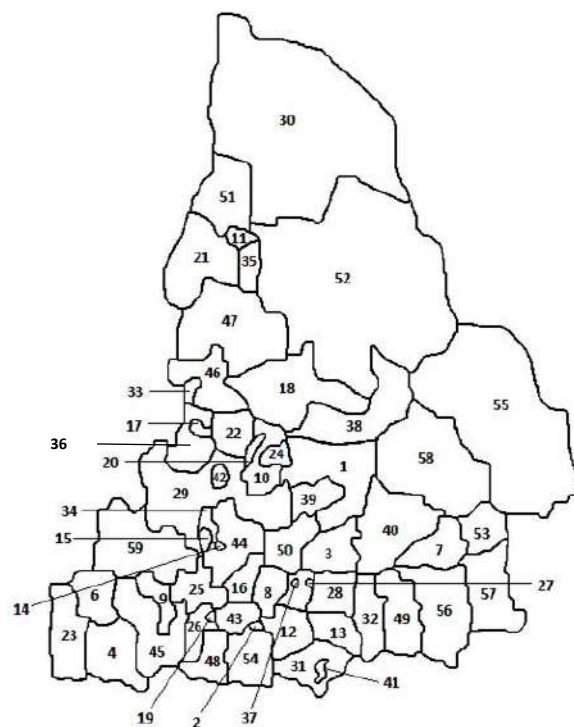
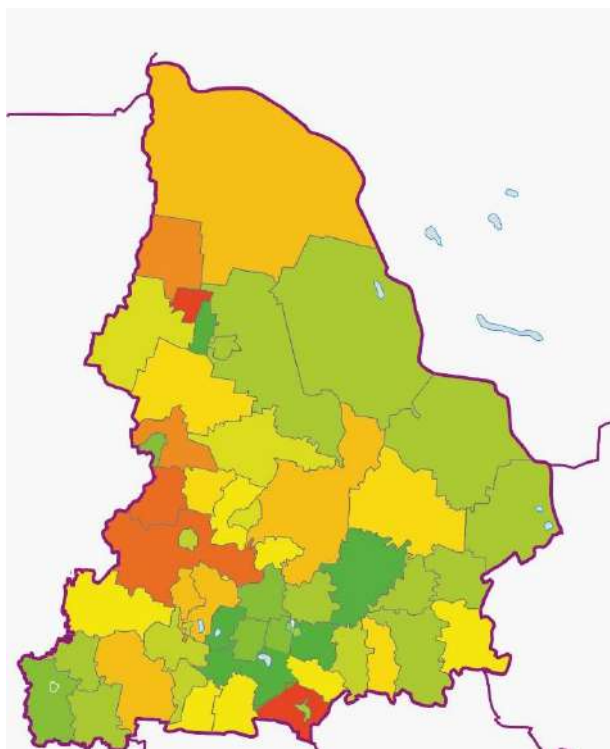
Продолжение таблицы 22

1	2	3	4	5	6	7
ГО Первоуральск, в т. ч. ГО Староуткинск	237	42	222	38	224	38
ГО Ревда	204	32	178	18	194	21
ГО Рефтинский	201	29	189	22	186	17
ГО Сухой Лог	134	5	104	1	131	4
Горноуральский ГО	334	57	319	57	298	57
Ивдельский ГО	277	54	271	51	255	48
Каменский ГО	268	53	328	58	328	59
Камышловский ГО, в т. ч. МО Камышловский МР	220	37	208	31	197	24
Качканарский ГО	194	24	172	14	150	6
Кировградский ГО	253	49	274	53	292	56
Красноурьинск ГО	131	4	108	3	105	1
Кушвинский ГО	260	52	265	48	252	47
Малышевский ГО	207	35	274	53	204	30
Махневское МО	226	40	264	47	262	50
МО г. Алапаевск	199	28	201	27	211	35
МО г. Ирбит и Ирбитское МО	117	2	120	4	118	2
МО г. Каменск-Уральский	178	14	167	12	171	15
МО г. Нижний Тагил	203	31	192	24	196	23
МО Екатеринбург	144	6	147	6	136	5
Невьянский ГО	225	39	201	27	255	48
Нижнесергинский МР	245	46	217	37	237	43
Нижнетуринский ГО	204	32	269	50	278	53
Новолялинский ГО	182	16	213	33	226	40
Полевской ГО	244	44	203	29	206	31
Пышминский ГО	194	24	236	41	219	37
Режевской ГО	169	12	156	7	157	8
Североуральский ГО	247	48	254	46	275	52
Серовский ГО	202	30	163	10	162	10
Слободо-Туринский МР	156	9	184	21	191	18
Сысертский ГО	227	41	210	32	208	32
Тавдинский ГО, в т. ч. Таборинский МР	180	15	175	16	168	14
Талицкий ГО	176	13	175	16	191	18
Тугулымский ГО	192	23	203	29	225	39
Туринский ГО	237	42	259	47	234	41
Шалинский ГО	198	27	164	11	200	29

Краснотурьинск ГО стал лидером в 2019 г. по результатам суммарной оценки 7 показателей, поднялся с 4 места на 1 место рейтинга. В 2019 г. МО г. Ирбит и Ирбитское МО, ГО Верхняя Пышма, в т. ч. ГО Среднеуральск заняли 2 и 3 места соответственно. МО Екатеринбург занимал 5 место по 7 медико-статистическим и демографическим показателям в 2019 г.

Графическая визуализации ранжирования итогового рейтинга МО по медико-статистическим и демографическим показателям представлена на Рисунке 6. На основании данной картограммы видно, что наилучшие итоговые рейтинги по анализируемым показателям регистрировались в административном центре Свердловской области и близлежащих к нему территориях и в крупном административном образовании на севере региона. Хочется отметить, что наиболее неблагоприятные территории выделялись в Северном, Южном и Горнозаводском округах.

На картограмме (Рисунок 6) отмечается особенность некоторых территорий. В трех административных центрах управленческих округов Свердловской области отмечаются благоприятные итоговые рейтинги по 7 оцениваем показателям: МО г. Каменск-Уральский, МО г. Нижний Тагил, МО Краснотурьинск, Качканарский ГО. Наиболее неблагоприятные территории находятся вокруг данных МО. Так, вокруг МО г. Каменск-Уральский находится Каменский ГО с достаточно низким рейтингом. К МО г. Краснотурьинск примыкает Волчанский ГО с одним из самых низких рейтингов. Такая же особенность определяется рядом с МО г. Нижний Тагил и расположенным рядом Горноуральским ГО; Качканарским ГО и находящимися рядом Нижнетуринским ГО и Кушвинским ГО.



1-5 ранг
6-10 ранг
11-15 ранг
16-20 ранг
21-25 ранг
26-30 ранг
31-35 ранг
36-40 ранг
41-45 ранг
46-50 ранг
51-55 ранг
56-59 ранг

№	Территория	№	Территория
1	Алапаевское МО	31	Каменский ГО
2	Арамилский ГО	32	Камышловский ГО
3	Артемовский ГО	33	Качканарский ГО
4	Аргинский ГО	34	Кировградский ГО
5	Асбестовский ГО	35	Красноуральск ГО
6	Ачитский ГО	36	Кушвинский ГО
7	Байкаловский МР	37	Мальшевский ГО
8	Березовский ГО	38	Мажневское МО
9	Бисертский ГО	39	МО г. Алапаевск
10	Верхнесалдинский ГО	40	МО Ирбит и Ирбитское МО
11	Волчанский ГО	41	МО г. Каменск-Уральский
12	ГО Белоярский	42	МО г. Нижний Тагил
13	ГО Богданович	43	МО Екатеринбург
14	ГО Верх-Нейвинский	44	Невьянский ГО
15	ГО Верхний Тагил	45	Нижнесергинский МР
16	ГО Верхняя Пышма	46	Нижнетуринский ГО
17	ГО Верхняя Тура	47	Новолялинский ГО
18	ГО Верхотурский	48	Полевской ГО
19	ГО Дегтярск	49	Пышминский ГО
20	ГО ЗАТО Свободный	50	Режевской ГО
21	ГО Карпинск	51	Североуральский ГО
22	ГО Красноуральск	52	Серовский ГО
23	ГО Краснофимский	53	Слободо-Туринский МР
24	ГО Нижняя Салда	54	Сысертский ГО
25	ГО Первоуральск	55	Тавдинский ГО
26	ГО Ревда	56	Талицкий ГО
27	ГО Рефтинский	57	Тугулымский ГО
28	ГО Сухой Лог	58	Туринский ГО
29	Горноуральский ГО	59	Шалинский ГО
30	Ивдельский ГО		

Рисунок 6 – Ранжирование по 2019 г. муниципальных образований Свердловской области по итоговому рейтингу медико-статистических и демографических показателей

Можно сделать вывод, что вокруг крупных административных центров управленческих округов Свердловской области наблюдаются территории с наиболее неблагоприятными итоговыми рейтингами, что может быть связано с разным социально-экономическим уровнем территорий, с миграцией кадровых ресурсов в более крупные и развитые административные образования.

Резюме по главе

По результатам проведенного анализа 7 оцениваемых показателей в разрезе МО Свердловской области в период с 2017 по 2019 гг. отрицательная динамика наблюдалась по показателям общей заболеваемости населения (в 51 МО), обеспеченности врачами (в 46 МО), обеспеченности средним медицинским персоналом (в 41 МО), общей смертности (в 33 МО). Положительная динамика регистрировалась по показателям смертности в трудоспособном возрасте (в 36 МО), отношения плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций (в 35 МО), удельного веса профилактических посещений к врачам (в 31 МО).

На следующем этапе исследования методом формально-логического анализа были сформированы рейтинги МО Свердловской области по оцениваемым показателям. Наблюдалась дифференциация территорий и различный вклад в общие показатели по Свердловской области. Наилучшие показатели регистрировались в административном центре Свердловской области и близлежащих к нему территориях и в крупном административном образовании на севере субъекта РФ. В период с 2017 по 2019 гг. установлены незначительные колебания показателей и в целом большинство из них оставались стабильными в разрезе МО. Разница значений рангов между 2017–2019 гг. в разрезе показателей не превышала более 10 рангов по показателю: обеспеченности средним медицинским персоналом – в 100% МО, обеспеченности врачами – в 95% МО, общей заболеваемости населения – в 93% МО, отношения плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций – в 95% МО, удельного веса профилактических

посещений к врачам – в 68% МО, общей смертности в – 64% МО, смертности в трудоспособном возрасте – в 63% МО. Изменения в этих показателях на территории каждого МО оказали влияние на итоговые рейтинги за исследуемый период.

Организация медицинской помощи и деятельность медицинских организаций являются ключевыми факторами, влияющими на основные медико-статистические и демографические показатели территорий. В Свердловской области с 2017 г. начался пилотный проект «Бережливая поликлиника». Реализация проектов с использованием ресурсосберегающих технологий предполагает совершенствование организации медицинских процессов, что может приводить к увеличению доступности медицинской помощи, профилактических мероприятий. Это, в свою очередь, может оказать влияние на медико-статистические и демографические показатели обслуживаемой территории, способствуя раннему выявлению заболеваний и увеличению числа обращений пациентов в медицинские организации, снижению уровня показателя общей смертности населения.

Мероприятия включают в себя внедрение принципов эргономики и создание условий для соблюдения объема рабочего пространства сотрудников медицинских организаций. Это направлено на улучшение условий труда медицинского персонала, что способствует устранению кадрового дефицита, повышению уровня показателя вовлеченности сотрудников медицинских организаций. В итоге эти усовершенствования в деятельности медицинских организаций могут оказывать влияние на общую картину медико-статистических и демографических показателей на территории обслуживания.

Одной из следующих задач было провести анализ деятельности медицинских организаций в Свердловской области, оказывающих ПМСП и участвующих в создании новой модели, на территории МО в период с 2017 по 2019 гг.

ГЛАВА 4. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ВНЕДРЯЮЩИХ НОВУЮ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, НА ОСНОВНЫЕ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

4.1. Сравнительная оценка медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи, по основным показателям деятельности

Для оценки медицинских организаций, оказывающих ПМСП, были выбраны 6 основных показателей деятельности (5 показателей деятельности – для медицинских организаций, оказывающих ПМСП только детскому населению или взрослому населению).

Основным показателем для оценки объема АПП, оказываемой прикрепленному населению, является среднее число посещений, выполненных на одного жителя за год. В Таблице 23 по данному показателю представлены результаты ранжирования медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому, взрослому и детско-взрослому населению. Из 8 медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, в 2019 г. на 1-ом месте по среднему числу посещений на одного человека в год находилась ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил», на 2-ом месте – МАУ «ДГП № 13», в которой наблюдается рост числа посещений с 2017 г., связанный с присоединением в 2017 г. к данной медицинской организации всех амбулаторно-поликлинических подразделений МАУ «ДГБ № 10» и реорганизационными изменениями. МАУ «ДГКБ № 11» имеет наименьший ранг по данному показателю, и в ней произошло снижение с 2017 г., что могло быть связано со структурными изменениями. Среди медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению, наибольшие ранги имели ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский», ГБУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»,

а среди медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому и детскому населению, – ГБУЗ СО «ГБ ЗАТО Свободный», ГБУЗ СО «Нижнесалдинская ЦГБ» (Таблица 23).

Таблица 23 – Ранжирование медицинских организаций по среднему числу посещений на одного человека в год за 2017–2019 гг.* (ранжирование по 2019 г.)

Наименование медицинской организации	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому населению						
ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил»	17,72	2	17,49	2	17,57	1
МАУ «ДГП № 13»	14,54	6	17,88	1	17,15	2
...
МАУ «ДГБ № 15»	13,03	8	14,10	8	13,52	7
МАУ «ДГКБ № 11»	24,71	1	14,12	7	13,51	8
Медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению						
ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский»	6,07	2	5,96	1	6,05	1
ГБУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»	6,03	3	5,91	2	5,97	2
...
МБУ «ЦГКБ № 6»	4,83	10	4,99	10	5,05	11
ГБУЗ СО «ГП № 4 г. Нижний Тагил»	5,85	4	5,75	3	4,90	12
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому и взрослому населению						
ГБУЗ СО «ГБ ЗАТО Свободный»	8,79	5	8,64	5	10,81	1
ГБУЗ СО «Нижнесалдинская ЦГБ»	8,73	6	8,59	6	10,62	2
...
ГБУЗ СО «Дегтярская ГБ»	6,67	45	6,59	44	5,67	52
ГБУЗ СО «Нижнетуринская ЦГБ»	5,40	53	5,32	53	4,69	54

* ранжирование медицинских организаций Свердловской области приведено в Приложении Ж

Выполнение ТП ОМС за АПП по объемам медицинской помощи в 2019 г. не обеспечили 60,8% медицинских организаций. Наибольшее невыполнение объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях в 2019 г. зарегистрировано в ГБУЗ СО «Качканарская ЦГБ», МАУ «ЦГКБ № 24», ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил» (Таблица 24). Положительная динамика с 2017 по 2019 г. зарегистрирована в 36,5% медицинских организаций (максимальный темп прироста составил 20,2 % в ГБУЗ СО «Богдановичская ЦРБ»). Отрицательная динамика зарегистрирована в 63,5% медицинских организаций (максимальный темп снижения 16,8% в ГБУЗ СО «Качканарская ЦГБ»).

Таблица 24 – Ранжирование медицинских организаций по фактическому выполнению ТП ОМС за АПП по объемам медицинской помощи (посещений), % выполнения (ранжирование по 2019 г.)

Наименование медицинской организации	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому населению						
ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск»	100,66	7	100,51	5	107,33	1
МАУ «ДГБ № 8»	106,09	5	104,68	3	104,32	2
...
МАУ «ДГКБ № 11»	107,12	4	91,81	8	94,35	7
ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил»	105,88	6	97,11	6	90,97	8
Медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению						
МАУ «ГКБ № 14»	95,88	7	100,77	2	116,51	1
ГБУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»	98,96	5	99,47	3	104,18	2
...
МБУ «ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского»	83,13	12	94,63	5	83,45	11
МАУ «ЦГКБ № 24»	97,39	6	89,84	10	82,64	12
Медицинские организации, оказывающие помощь детско-взрослому населению						
ГБУЗ СО «ГБ ЗАТО Свободный»	119,01	2	130,66	1	109,96	1

Продолжение таблицы 24

1	2	3	4	5	6	7
ГБУЗ СО «Нижнесалдинская ЦГБ»	121,07	1	122,64	2	109,88	2
...
ГБУЗ СО «Шалинская ЦГБ»	89,67	52	78,05	53	82,44	53
ГБУЗ СО «Качканарская ЦГБ»	94,80	42	86,85	51	78,86	54

* ранжирование медицинских организаций Свердловской области приведено в Приложении Ж

По данным ТФОМС были проанализированы данные за 2017–2019 гг. по количеству и сумме штрафов/удержаний/снятий за АПП, взысканных СМО, ТФОМС по каждой медицинской организации [101]. Больше информативное значение имеет анализ не количество и суммы штрафов за АПП, взысканных СМО, ТФОМС, а анализ доли штрафов/удержаний, от фактического объема финансирования медицинской организации. Анализ показал, что за данный промежуток времени в 68% медицинских организаций снизилась доля штрафов/удержаний за АПП, взысканных СМО, ТФОМС, от фактического объема финансирования [101]. Результаты ранжирования медицинских организаций в порядке возрастания от занимающих более высокие позиции к менее высоким по данному показателю за 2017-2019 гг. приведены в Таблице 25. Согласно ей, в 2019 г. наиболее высокие рейтинги среди медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, имели МАУ «ДГКБ № 11», среди медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению – МАУ «ГКБ № 14», МБУ «ЦГБ № 7», среди медицинских организаций, оказывающих ПМСП и взрослому и детскому населению – ГАУЗ СО «ГБ г. Асбест» [75].

В 2019 г. охват диспансеризацией взрослого населения более 80% и выше достигли все медицинские организации, оказывающие помощь взрослому населению, охват профилактическими осмотрами несовершеннолетних 80% и менее составил в ГБУЗ СО «Нижнетуринская ЦГБ», ГБУЗ СО «Горноуральская РП». Во всех медицинских организациях отмечается увеличение охвата

диспансеризацией взрослого населения и охвата детей первого года жизни профилактическими осмотрами в медицинских организациях в период с 2017 по 2019 гг. Дополнительно было проведено ранжирование данных показателей в разрезе медицинских организаций.

Таблица 25 – Доля штрафов/удержаний/снятий за АПП, взысканных СМО, ТФОМС по результатам МЭК, ЭКМП от фактического выполнения ТП ОМС за АПП, объем финансирования, % (первые два и последние два ранга, сортировка по 2019 г.)

Наименование медицинской организации	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг	Значение показателя	Ранг
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому населению						
МАУ «ДГКБ № 11»	0,15	5	0,11	3	0,05	1
МАУ «ДГБ № 8»	0,14	4	0,07	1	0,06	2
...
ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск»	0,11	2	0,12	4	0,15	7
ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский»	0,18	6	0,22	8	0,18	8
Медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению						
МАУ «ГКБ № 14»	0,01	1	0,01	1	0,04	1
МБУ «ЦГБ № 7»	0,04	2	0,19	8	0,05	2
.....
МБУ «ЦГКБ № 6»	0,18	8	0,23	10	0,21	11
МАУ «ЦГКБ № 24»	0,20	9	0,15	6	0,23	12
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детско-взрослому населению						
ГАУЗ СО «ГБ г. Асбест»	0,08	2	0,03	2	0,02	1
ГБУЗ СО «Рефтинская ГБ»	0,14	9	0,22	22	0,04	2
.....
ГБУЗ СО «Туринская ЦРБ им. О.Д. Зубова»	0,39	41	1,02	54	0,52	53
ГБУЗ СО «Слободо- Туринская РБ»	0,28	34	0,91	53	0,58	54

* ранжирование медицинских организаций Свердловской области приведено в Приложении Ж

Таким образом, значение рангов по анализируемым показателям в разрезе медицинских организаций имеют различия между собой. Так, например, в ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил» в 2019 г. по среднему числу посещений на одного человека в год занимала первое место, а по фактическому выполнению ТПОМС за АПП по объемам медицинской помощи (посещений), занимало последнее 8 место в рейтинге медицинских организаций, оказывающих помощь только детскому населению. По этой причине необходим расчет итогового рейтинга медицинских организаций, оказывающих ПМСП, который будет учитывать вклад всех основных показателей деятельности.

4.2. Формирование итогового рейтинга медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи, по основным показателям деятельности

На основании анализа деятельности медицинских организаций Свердловской области были рассчитаны итоговые рейтинги медицинских организаций, оказывающих ПМСП, по основным 6 показателям деятельности в зависимости от характера показателя по возрастанию или по убыванию в целом и отдельно для медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому, взрослому и детско-взрослому населению.

Результаты итогового ранжирования медицинских организаций, оказывающих ПМСП, по показателям деятельности в порядке возрастания от занимающих более высокие позиции к менее высоким представлены в Таблице 26. По итогам 2019 г. более высокие рейтинги имели: среди медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению – МАУ «ДГБ № 8», ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск»; среди медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению – МАУ «ЦГБ № 20»; среди медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому и взрослому населению – ГАУЗ СО «ГБ г. Асбест», ГАУЗ СО «Краснотурьинская ГБ».

Таблица 26 – Итоговый рейтинг показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП 2017-2019 гг.

№ п/п	Наименование медицинской организации	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
		Сумма рангов	Ранг	Сумма рангов	Ранг	Сумма рангов	Ранг
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский»	84,0	5	101,0	7	121,0	10
2.	ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск»	57,0	1	79,0	5	70,0	2
3.	ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил»	70,0	4	137,0	14	140,0	15
4.	МАУ «ДГКБ № 9»	183,0	37	148,0	18	101,0	8
5.	МАУ «ДГКБ № 11»	65,0	2	155,0	22	96,0	7
6.	МАУ «ДГБ № 15»	86,0	6	102,0	8	83,0	6
7.	МАУ «ДГБ № 8»	66,0	3	46,0	1	31,0	1
8.	МАУ «ДГП № 13»	119,0	14	105,0	9	74,0	4
9.	ГБУЗ СО «ГП № 4 г. Нижний Тагил»	243,0	63	186,0	37	226,0	60
10.	МБУ «ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского»	323,0	75	228,0	59	210,0	53
11.	МАУЗ «ЦГБ № 3»	326,0	76	224,0	57	175,0	36
12.	МАУ «ЦГБ № 20»	165,0	29	223,0	56	158,0	25
13.	ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский»	210,0	52	202,0	44	174,0	35
14.	ГБУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»	221,0	57	213,0	51	186,0	42
15.	МБУ «ЦГКБ № 6»	195,0	43	244,0	67	211,0	54
16.	МБУ «ЦГБ № 7»	200,0	45	248,0	69	179,0	39
17.	МБУ «ЦГКБ № 1»	283,0	73	236,0	65	231,0	62
18.	МАУ «ЦГКБ № 24»	190,0	40	251,0	70	263,0	71
19.	МАУ «ЦГКБ № 23»	254,0	66	283,0	74	233,0	63
20.	МАУ «ГКБ № 14»	258,0	68	168,0	29	137,0	12
21.	ГБУЗ СО «Алапаевская ГБ»	220,0	38	186,0	22	188,0	23
22.	ГБУЗ СО «Артемовская ЦРБ»	206,0	32	100,0	6	183,0	21
23.	ГАУЗ СО «ГБ г. Асбест»	152,0	16	146,0	13	93,0	5
24.	ГБУЗ СО «Артинская ЦРБ»	120,0	8	85,0	2	195,0	29
25.	ГБУЗ СО «Серовская ГБ»	206,0	32	220,0	36	165,0	13
26.	ГБУЗ СО «Алапаевская ЦРБ»	248,0	48	189,0	25	167,0	14

Продолжение таблицы 26

1	2	3	4	5	6	7	8
27.	ГБУЗ СО «Ирбитская ЦГБ»	208,0	34	261,0	53	264,0	57
28.	ГАУЗ СО «Режевская ЦРБ»	197,0	28	256,0	52	242,0	49
29.	ГБУЗ СО «Березовская ЦГБ»	141,0	12	130,0	10	246,0	50
30.	ГБУЗ СО «Камышловская ЦРБ»	217,0	35	248,0	48	188,0	23
31.	ГБУЗ СО «Малышевская ГБ»	242,0	46	264,0	55	301,0	69
32.	ГАУЗ СО «Сухоложская РБ»	170,0	22	246,0	46	156,0	11
33.	ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д.Бородина»	196,0	27	202,0	30	201,0	32
34.	ГБУЗ СО «Красноуфимская РБ»	124,0	10	179,0	19	184,0	22
35.	ГБУЗ СО «Ревдинская ГБ»	145,0	15	131,0	11	194,0	28
36.	ГБУЗ СО «Полевская ЦГБ»	142,0	13	231,0	41	181,0	19
37.	ГБУЗ СО «Верхнесалдинская ЦГБ»	116,0	7	227,0	39	300,0	68
38.	ГБУЗ СО «ЦГБ г. Верхняя Тура»	303,0	65	246,0	46	272,0	61
39.	ГБУЗ СО «Качканарская ЦГБ»	248,0	48	238,0	43	282,0	64
40.	ГБУЗ СО «Красноуральская ГБ»	245,0	47	218,0	35	195,0	29
41.	ГБУЗ СО «Нижнесалдинская ЦГБ»	155,0	17	90,0	4	177,0	17
42.	ГБУЗ СО «Волчанская ГБ»	274,0	59	250,0	49	260,0	55
43.	ГБУЗ СО «Ивдельская ЦРБ»	330,0	70	328,0	73	349,0	76
44.	ГАУЗ СО «Краснотурьинская ГБ»	175,0	23	183,0	21	86,0	3
45.	ГБУЗ СО «Североуральская ЦГБ»	262,0	55	230,0	40	293,0	67

Продолжение таблицы 26

1	2	3	4	5	6	7	8
46.	ГБУЗ СО «Карпинская ЦГБ»	193,0	26	207,0	32	193,0	27
47.	ГБУЗ СО «Байкаловская ЦРБ»	175,0	23	169,0	15	198,0	31
48.	ГБУЗ СО «Пышминская ЦРБ»	217,0	35	211,0	34	270,0	58
49.	ГБУЗ СО «Слободо-Турунская РБ»	161,0	18	186,0	22	250,0	52
50.	ГБУЗ СО «Тавдинская ЦРБ»	332,0	71	282,0	63	234,0	45
51.	ГАУЗ СО «Талицкая ЦРБ»	188,0	25	133,0	12	221,0	41
52.	ГБУЗ СО «Тугулымская ЦРБ»	250,0	51	236,0	42	324,0	73
53.	ГБУЗ СО «Турунская ЦРБ им. О.Д. Зубова»	278,0	60	305,0	71	284,0	66
54.	ГБУЗ СО «Арамилевская ГБ»	262,0	55	176,0	17	190,0	26
55.	ГБУЗ СО «Белоярская ЦРБ»	232,0	42	197,0	27	213,0	37
56.	ГБУЗ СО «Богдановичская ЦРБ»	332,0	71	347,0	75	237,0	47
57.	ГБУЗ СО «Каменская ЦРБ»	307,0	67	294,0	68	180,0	18
58.	ГБУЗ СО «Рефтинская ГБ»	254,0	53	269,0	58	171,0	16
59.	ГАУЗ СО «Сысертская ЦРБ»	198,0	29	196,0	26	181,0	19
60.	ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ»	166,0	21	179,0	19	247,0	51
61.	ГБУЗ СО «Бисертская ГБ»	123,0	9	202,0	30	234,0	45
62.	ГБУЗ СО «Дегтярская ГБ»	248,0	48	277,0	61	201,0	32
63.	ГБУЗ СО «Нижнесергинская ЦРБ»	234,0	43	175,0	16	215,0	40
64.	ГБУЗ СО «Шалинская ЦГБ»	281,0	61	306,0	72	332,0	74

Продолжение таблицы 26

1	2	3	4	5	6	7	8
65.	ГБУЗ СО «Демидовская ГБ»	165,0	20	200,0	28	224,0	43
66.	ГБУЗ СО «ГБ г. Верхний Тагил»	205,0	31	226,0	38	322,0	72
67.	ГБУЗ СО «Горноуральская РП»	300,0	64	281,0	62	315,0	70
68.	ГБУЗ СО «Кировградская ЦГБ»	287,0	62	251,0	50	213,0	37
69.	ГБУЗ СО «ЦГБ г. Кушва»	261,0	54	275,0	60	270,0	58
70.	ГБУЗ СО «Невьянская ЦРБ»	229,0	41	263,0	54	229,0	44
71.	ГБУЗ СО «ГБ ЗАТО Свободный»	132,0	11	89,0	3	134,0	9
72.	ГБУЗ СО «ЦРБ Верхотурского района»	163,0	19	208,0	33	201,0	32
73.	ГБУЗ СО «Нижнетуринская ЦГБ»	362,0	74	358,0	76	336,0	75
74.	ГБУЗ СО «Новолялинская РБ»	225,0	39	286,0	66	283,0	65
75.	ГАУЗ СО «Верх- Нейвинская ГП»	304,0	69	265,0	63	227,0	48
76.	ГБУЗ СО «Махневская районная больница»	259,0	58	229,0	45	247,0	56

Стоит отметить, что наиболее стабильные позиции в рейтинге на протяжении 2017–2019 гг. показали медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому населению: МАУ «ДГБ № 8», ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск», МАУ «ДГБ № 15», ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский».

Наибольшая разница (61 позиция) между рейтингами медицинских организаций за период 2017–2019 гг. отмечена в ГБУЗ СО «Верхнесалдинская ЦГБ» в сторону резкого снижения позиции в рейтинге за счет снижения числа посещений, охвата профилактическими медицинскими мероприятиями детского и взрослого населения и увеличения доли штрафов. Повышение позиции рейтинга

отмечено в МАУ «ГКБ № 14» (56 позиций), ГБУЗ СО «Каменская ЦРБ» (35 позиций). Изменение рейтинга в МАУ «ГКБ № 14» может быть связано с тем, что с 2018 г. к данной медицинской организации был присоединен МАУ «Екатеринбургский консультационно-диагностический центр», в том числе и поликлиника, оказывающая ПМСП взрослому населению. В ГБУЗ СО «Каменская ЦРБ» рост рейтинга произошел за счет значительного увеличения объемов охвата диспансеризации взрослого населения, профилактическими осмотрами несовершеннолетних и снижение доли штрафов/удержаний/снятий за АПП в период 2017 по 2019 гг. Наименьшая динамика в рейтингах медицинских организаций была отмечена в МАУ «ДГБ № 15», ГБУЗ СО «Нижнесалдинская ЦГБ».

На основании оценки основных показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, можно изучить влияние этих показателей на медико-статистические и демографические показатели территорий, население которых получают медицинскую помощь в данных медицинских организациях.

4.3. Корреляционный анализ показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи, и медико-статистических и демографических показателей территорий

На основании корреляционного анализа между итоговым рейтингом МО по медико-статистическим и демографическим показателям (далее – ИР МО) и итоговым рейтингом медицинских организаций, оказывающих ПМСП, по основным показателям деятельности (далее – ИР ПД) парный коэффициент корреляции Спирмена составил в 2017 г. $r = 0,56$, $p < 0,001$; в 2018 г. $r = 0,44$, $p < 0,001$; в 2019 г. $r = 0,36$, $p < 0,01$. Наблюдается прямая статистически значимая корреляционная связь средней силы между двумя интегральными показателями в период с 2017 по 2019 гг., однако к 2019 г. наблюдается снижение этой связи (Таблица 27).

Таблица 27 – Ранжирование МО по ИР МО и ИР ПД

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	ИР МО	ИР ПД	ИР МО	ИР ПД	ИР МО	ИР ПД
1	2	3	4	5	6	7
Алапаевское МО	44	39	42	17	46	6
Арамилский ГО	17	45	8	11	24	18
Артемовский ГО	34	26	35	4	13	12
Артинский ГО	18	2	9	1	20	21
Асбестовский ГО	20	9	25	8	10	2
Ачитский ГО	8	13	19	12	16	40
Байкаловский МР	26	15	22	9	10	23
Березовский ГО	10	6	13	5	9	39
Бисертский ГО	11	3	36	23	21	34
Верхнесалдинский ГО	36	1	43	31	33	52
Волчанский ГО	59	48	59	41	58	42
ГО Белоярский, в т. ч. ГО Верхнее Дуброво, МО пос. Уральский	21	35	34	21	36	28
ГО Богданович	38	57	40	58	34	36
ГО Верх-Нейвинский	56	55	43	51	51	37
ГО Верхний Тагил	49	25	55	30	43	55
ГО Верхняя Пышма, в т. ч. ГО Среднеуральск	3	19	5	23	3	25
ГО Верхняя Тура	58	53	56	38	55	47
ГО Верхотурский	7	12	14	26	26	25
ГО Дегтярск	55	39	52	49	54	25
ГО ЗАТО Свободный	1	5	2	2	26	3
ГО Карпинск	46	18	38	25	28	19
ГО Красноуральск	51	38	45	28	42	21
ГО Красноуфимский, в т. ч. МО Красноуфимский округ	22	4	26	12	7	13
ГО Нижняя Салда	19	10	20	3	45	8
ГО Первоуральск, в т. ч. ГО Староуткинск	42	22	38	22	38	13
ГО Ревда	32	8	18	6	21	20
ГО Рефтинский	29	43	22	47	17	7
ГО Сухой Лог	5	14	1	38	4	4
Горноуральский ГО	57	52	57	50	57	54
Ивдельский ГО	54	56	51	57	48	59
Каменский ГО	53	54	58	54	59	9
Камышловский ГО, в т. ч. МО Камышловский МР	37	29	31	40	24	16
Качканарский ГО	24	39	14	35	6	48

Продолжение таблицы 27

1	2	3	4	5	6	7
Кировградский ГО	49	51	53	42	56	28
Краснотурьинск ГО	4	15	3	14	1	1
Кушвинский ГО	52	44	48	48	47	45
Мальшевский ГО	35	37	53	46	30	53
Махневское МО	40	47	47	37	50	43
МО г. Алапаевск	28	31	27	15	35	16
МО г. Ирбит и Ирбитское МО	2	28	4	44	2	44
МО г.Каменск-Уральский	14	21	12	18	15	15
МО г.Нижний Тагил	31	22	24	20	23	30
МО Екатеринбург	6	34	6	35	5	24
Невьянский ГО	39	33	27	45	48	33
Нижнесергинский МР	46	36	37	10	43	31
Нижнетуринский ГО	32	59	50	59	53	58
Новолялинский ГО	16	32	33	53	40	49
Полевской ГО	44	7	29	33	31	10
Пышминский ГО	24	29	41	27	37	45
Режевской ГО	12	20	7	43	8	38
Североуральский ГО	48	45	46	32	52	51
Серовский ГО	30	26	10	29	10	5
Слободо-Туринский МР	9	11	21	15	18	41
Сысертский ГО	41	22	32	19	32	10
Тавдинский ГО, в т. ч. Таборинский МР	15	57	16	51	14	34
Талицкий ГО	13	17	16	7	18	32
Тугулымский ГО	23	42	29	34	39	56
Туринский ГО	42	49	47	55	41	50
Шалинский ГО	27	50	11	56	29	57

На основании сопоставления ИР МО и ИР ПД установлено, что в некоторых МО при наличие наиболее неблагоприятных рейтингов по медико-статистическим и демографическим показателям наблюдаются более высокие рейтинги по показателям деятельности медицинских организаций, обслуживающих население данных МО (например, Алапаевское МО, ИР МО = 46, ИР ПД = 6; 2019 г.), так и наоборот (например, Качканарский ГО ИР МО = 6, ИР ПД = 48; 2019 г.). Так, в Алапаевском МО в период с 2017 по 2019 гг. наблюдается изменение ИР МО на более низкий рейтинг при повышении ИР ПД, что говорит об отсутствии влияния

улучшения показателей деятельности некоторых медицинских организаций на рассматриваемые медико-статистические и демографические показатели в 2019 г. В Качканарском ГО наблюдается обратная тенденция, что требует более детального рассмотрения дополнительных факторов, влияющих на рассматриваемые медико-статистические и демографические показатели аналогичных территорий.

Графическая зависимость между (ИР МО) и итоговым рейтингом медицинских организаций, оказывающих ПМСП, по основным показателям деятельности (ИР ПД) и обслуживающих население данных МО представлены на Рисунках 7–9.

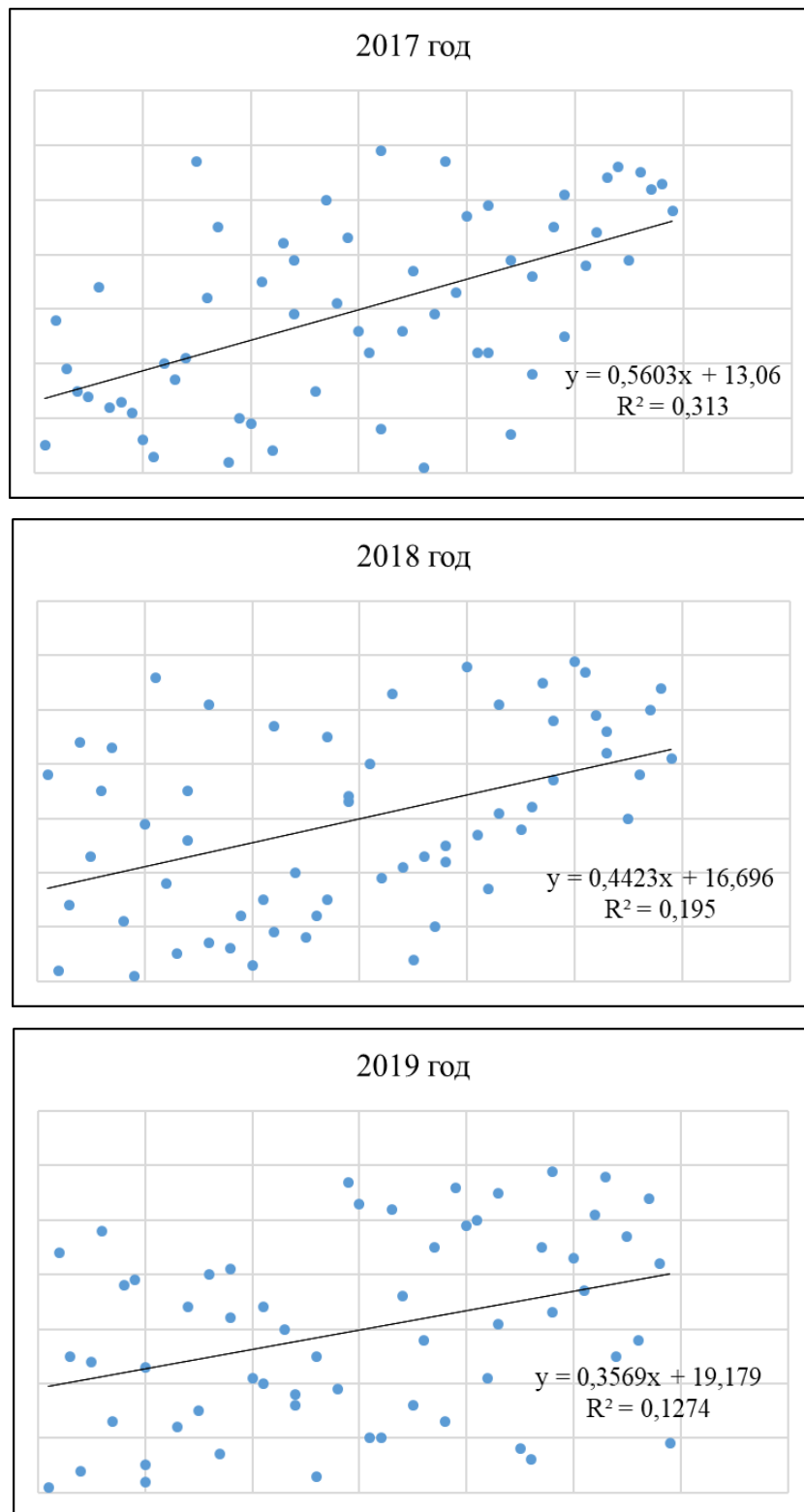
На диаграммах рассеяния (Рисунки 7–9) восходящее скопление точек слева направо означает положительную корреляционную зависимость. Кроме того, с помощью диаграмм рассеяния можно доказать линейный характер связи между переменными, что является условием применения классического корреляционного анализа. В нашем случае коэффициенты детерминации по годам составили $R^2 = 31,3\%$ в 2017 г., $R^2 = 19,5\%$ в 2018 г., $R^2 = 12,7\%$ в 2019 г. Данная модель анализа данных требует детальной доработки и выбора дополнительных показателей для изучения.

Для более детального рассмотрения взаимосвязи интегральных показателей проанализирована матрица корреляции по всем медико-статистическим, демографическим показателям МО и показателям, характеризующим деятельность медицинских организаций.

На основании проведенного анализа показатель обеспеченности врачами в муниципальных образованиях статистически значимо связано с показателем исполнения годового плана профилактических осмотров несовершеннолетних в медицинских организациях ($r = 0,56$, $p < 0,001$).

Число посещений медицинских организаций статистически значимо связано с показателями отношения плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций в МО ($r = 0,47$, $p < 0,001$), с обеспеченностью врачами ($r = 0,4$, $p < 0,05$) и средним

медицинским персоналом ($r = 0,41, p < 0,05$), с показателями общей заболеваемости населения МО ($r = 0,4, p < 0,05$).



Рисунки 7, 8, 9 – Графическая зависимость между ИР МО и ИР ПД в 2017–2019 гг.

Определяется статистически значимая связь между показателями общей смертности населения, в том числе трудоспособного возраста, и долей штрафов, взысканных СМО, ТФОМС, на основании мероприятий МЭК, ЭКМП за АПП ($r = 0,32$, $p < 0,05$; $r = 0,43$, $p < 0,001$). Доля штрафов, взысканных СМО, ТФОМС с медицинских организаций, статистически связана с показателем обеспеченности врачами в данных МО ($r = - 0,3$, $p < 0,05$).

Дополнительно при рассмотрении матрицы корреляции медико-статистических и демографических показателей установлена статистически значимая связь между общей смертностью в трудоспособном возрасте и отношением плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций в МО ($r = 0,68$, $p < 0,001$); отношением плановой мощности к фактической амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций в МО и обеспеченностью врачами по МО Свердловской области ($r = 0,56$, $p < 0,001$); обеспеченностью врачами и обеспеченностью средним медицинским персоналом по МО ($r = 0,48$, $p < 0,001$), общей заболеваемостью по МО ($r = 0,46$, $p < 0,001$); обеспеченностью средним медицинским персоналом и общей заболеваемостью населения по МО ($r = 0,44$, $p < 0,05$); общей заболеваемостью населения и общей смертностью населения по МО ($r = 0,35$, $p < 0,05$).

Стоит обратить внимание, что статистически значимой связи не было установлено между показателями общей смертности населения по МО, в том числе и трудоспособного возраста, и показателями исполнения годового плана диспансеризации взрослого населения, профилактических осмотров несовершеннолетних, фактического выполнения медицинскими организациями ТП ОМС по объемам финансирования и по объемам медицинской помощи за АПП.

Резюме по главе

Формирование медико-статистических и демографических показателей происходит в результате влияния сложного комплекса факторов.

Проведена корреляционный анализ итогового рейтинга МО по медико-статистическим и демографическим показателям и итогового рейтинга медицинских организаций, оказывающих ПМСП, по основным показателям деятельности. Наблюдается прямая статистически значимая корреляционная связь средней силы между двумя интегральными показателями за период 2017–2019 гг., к 2019 г. наблюдается снижение этой связи (в 2017 г. $r=0,56$, $p < 0,001$; в 2018 г. $r=0,44$, $p < 0,001$; в 2019 г. $r = 0,36$, $p < 0,01$). Коэффициенты детерминации по годам составили 31,3% в 2017 г., 19,5% – в 2018 г., 12,7% – в 2019 г. Анализ матрицы корреляции определил показатели, имеющие статистически значимую взаимосвязь: общая смертность в трудоспособном возрасте и отношение плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций в муниципальных образованиях ($r = 0,68$, $p < 0,001$), исполнение годового плана профилактических осмотров несовершеннолетних в медицинских организациях и обеспеченность врачами в муниципальных образованиях ($r = 0,56$, $p < 0,001$), смертность населения в трудоспособном возрасте и доля штрафов, взысканных СМО, ТФОМС, на основании мероприятий МЭК и ЭКМП за АПП ($r = 0,43$, $p < 0,001$).

Согласно поручению Президента РФ от 26.02.2019 № Пр-294, органам исполнительной власти субъектов РФ было поручено обеспечить к 2021 г. перевод детских поликлиник на новую модель. Основным требованием к медицинским организациям, внедряющим новую модель, является выполнение критериев, рекомендованных Минздравом РФ.

На основании вышесказанного в рамках исследовательской работы в 2022 г. акцент был сделан на детских поликлиниках, участвующих в создании новой модели.

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ВНЕДРЯЮЩИХ НОВУЮ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

5.1. Мониторинг реализации мероприятий в рамках внедрения новой модели в медицинских организациях, оказывающих помощь детскому населению

Перед проведением аудита всех 8 медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, проанализированы период включения в реализацию мероприятий по созданию новой модели, количество структурных подразделений участников, количество реализуемых проектов по улучшениям в 2021 г. Установлено, что в 2021 г. чаще всего данные медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому населению, реализовали проекты, актуальные в период распространения НКВИ: по совершенствованию процесса вакцинации (18,3%), диагностических исследований (14,6%), работы транспорта (13,7%), работы регистратуры медицинской организации (12,7%). Такие направления как управление качеством и безопасностью в медицинской организации (6,4%), лекарственное обеспечение (5,5%), снабжение медицинской организации (2,3%), управление ресурсами в медицинской организации (0,9%) выбирались значительно реже, а часть процессов в принципе не выбирается медицинскими организациями для отработки [75]. Возможно, это обусловлено более высокой трудоемкостью реализации данных процессов, значительными временными и ресурсными затратами на их изучение и отработку. Однако такие процессы как управление ресурсами медицинских организаций, управление качеством и безопасностью медицинской деятельностью являются основополагающими и должны реализовываться в числе первых, так как их совершенствование способно оказывать системные изменения в деятельности медицинских организаций.

Ежеквартальный мониторинг достижения критериев первого уровня новой модели показал, что количество пересечений потоков пациентов при предоставлении

платных медицинских услуг и медицинской помощи сократилось с 2 до 1 пересечения; организованы зоны комфортного пребывания для маленьких пациентов и их родителей, соответствующие формату «минимум», разработана и размещена система навигации для быстрого нахождения нужного кабинета, усовершенствована система информирования для ознакомления с нормативными документами; более 80% плановых пациентов посещают врачей по установленному времени и более 87% пациентов – по предварительной записи; более 75% пациентов записываются к врачу без посещения регистратуры [75]. В 2021 г. все детские поликлиники Свердловской области по данным самоаудитов соответствовали критериям первого уровня новой модели [134]. Кроме того, отмечено, что по данным отчетных форм количество сотрудников медицинских организаций, обученных бережливым технологиям (с выдачей удостоверения установленного образца), в регионе недостаточно и составлял менее 10% сотрудников в 17,9% медицинских организациях.

5.2. Оценка достижения критериев новой модели в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению

Для достижения первого уровня новой модели медицинским организациям, оказывающих ПМСП детскому населению, необходимо достичь 7 обязательных критериев новой модели. По результатам очного аудита в 62,5% исследуемых подразделениях определено достижение 7 обязательных критериев новой модели.

Количество мест для пациентов в зоне комфортного ожидания соответствовало во всех 100% подразделениях, но зоны комфортного ожидания не соответствовали формату «минимум».

Во всех медицинских организациях г. Екатеринбурга разработаны индивидуальные системы навигации, в областных же организациях используется единый брендбук Свердловской области, разработанный в 2017 г. Поиск необходимой информации занимал не больше 30 секунд в 100% оцениваемых подразделениях.

Критерий по обеспечению амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи был достигнут в 100% подразделений.

Доля дистанционной записи на прием обеспечивается в рекомендованных значениях только в 62,5% подразделений, в 1 подразделении не удалось оценить данный критерий в связи с невозможностью выгрузить данные из МИС. В Свердловской области медицинские организации в 2021 г. работали в трех автономных МИС: региональная медицинская информационная система (далее – РМИС), региональная информационно-аналитическая медицинская система «ПРОМЕД» (далее – ПРОМЕД), автоматизированная информационная система «Медицинская интегрированная регистратура» (далее – АИС «МИР»). В АИС «МИР» и РМИС не учитывалась запись «Врач к другим специалистам», в РМИС не учитывалась запись «Врач к себе» как форма дистанционной записи, что приводило к недостоверности в расчете показателя в АИС «МИР» и РМИС, расчет показывал стабильно низкие значения, не достигающие плановых.

Система информирования в медицинских организациях соответствовала значениям критериев новой модели в 75% подразделений. Основные причины не достижения значений показателя были связаны с недостаточной доступностью элементов системы информирования для пациентов.

По критериям второго и третьего уровней новой модели на 2021 г. не было разработанных и утвержденных чек-листов для оценки. Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи во всех подразделениях соответствовал целевому значению. Организация рабочих мест сотрудников по системе 5С соответствовала только в 62,5% оцениваемых подразделений, из них в 50% подразделений была внедрена только система 3С и требовалась разработка стандартов рабочих мест, в 37,5% подразделений данный критерий не был достигнут. В рамках работы по оценке данного критерия на основании лучших практик был сформирован стандарт кабинета и стандарт рабочего места врача-педиатра для детских поликлиник, отработан на базе кабинета ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск».

Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами и их расходования в медицинских организациях осуществлялся по принципу «точно вовремя» в 50% подразделений, отсутствовали стандарты организации данного процесса. Текущая деятельность медицинской организации стандартизированной работе улучшенных процессов соответствовала в 87,5% подразделениях, деятельность осуществлялась в рамках разработанных стандартов процессов при реализации проектов по улучшению, имелся перечень разработанных стандартов. Ежегодный пересмотр стандартов осуществлялся только в 37,5% подразделений.

Количество и сумма штрафов/удержаний/ снятий, взысканных СМО, была оценена только в одной медицинской организации, по предоставленным данным. В остальных медицинских организациях данный критерий не оценивался в связи с отсутствием информации от медицинских организаций. На основании данных ТФОМС была проведена дополнительная оценка доли штрафов/удержаний/снятий за АПП, взысканных СМО, ТФОМС по результатам МЭК, ЭКМП от фактического выполнения ТП ОМС за АПП, объем финансирования в разрезе данных медицинских организаций [75].

Критерии «Время добавления ценности на приеме пациентов врачом», «Выравнивание нагрузки между сотрудниками в процессе трудовой деятельности в одном рабочем помещении» не оценивались в рамках данного аудита.

При аудите была отмечена высокая вовлеченность и наличие у руководителей и их заместителей личных проектов по улучшению во всех медицинских организациях, оказывающих помощь детскому населению. Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению организована только в одной медицинской организации. Производственная нагрузка оборудования рассчитана в 25% подразделений медицинских организаций.

Визуальное управление процессами организовано в ГАУЗ СО «ДГБ № 15», данная база и лучшая практика была использована при разработке предложений по методике оценки данного критерия в 2023 г.

В процессе аудита было выбрано лучшее подразделение, реализующее проект, направленный на повышение эффективности проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, с целью достижения критерия новой модели «Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике» [144].

Таким образом, наиболее легкие к достижению определены следующие критерии новой модели (достигнуты в 100% подразделений): «Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации ... в поликлинике», «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг...», «Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов», «Организация системы навигации в медицинской организации», «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов...», «Вовлеченность руководителей ... во внедрение бережливых технологий» (Рисунок 10).

Наиболее сложные критерии к достижению: «Визуальное управление процессами» (12,5% подразделений), «Производственная нагрузка оборудования» (25% подразделений), «Пересмотр стандартов улучшенных процессов» (37,5% подразделений), «Процесс снабжения лекарственными средствами ... по принципу «точно вовремя» (50% подразделений) [165].

По итогам аудитов составлен перечень процессов, требующих улучшения. Выделены направления, требующие разработки стандартов и алгоритмов внедрения. Наиболее высоких результатов по достижению критериев новой модели отмечены в ГАУЗ СО «Детская городская больница № 15» (14 критериев из 17 оцениваемых), ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск» (12 критериев из 19 оцениваемых), ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница № 11» (10 критериев из 17 оцениваемых), ГАУЗ СО «Детская городская поликлиника № 13» (10 критериев из 17 оцениваемых) [75].

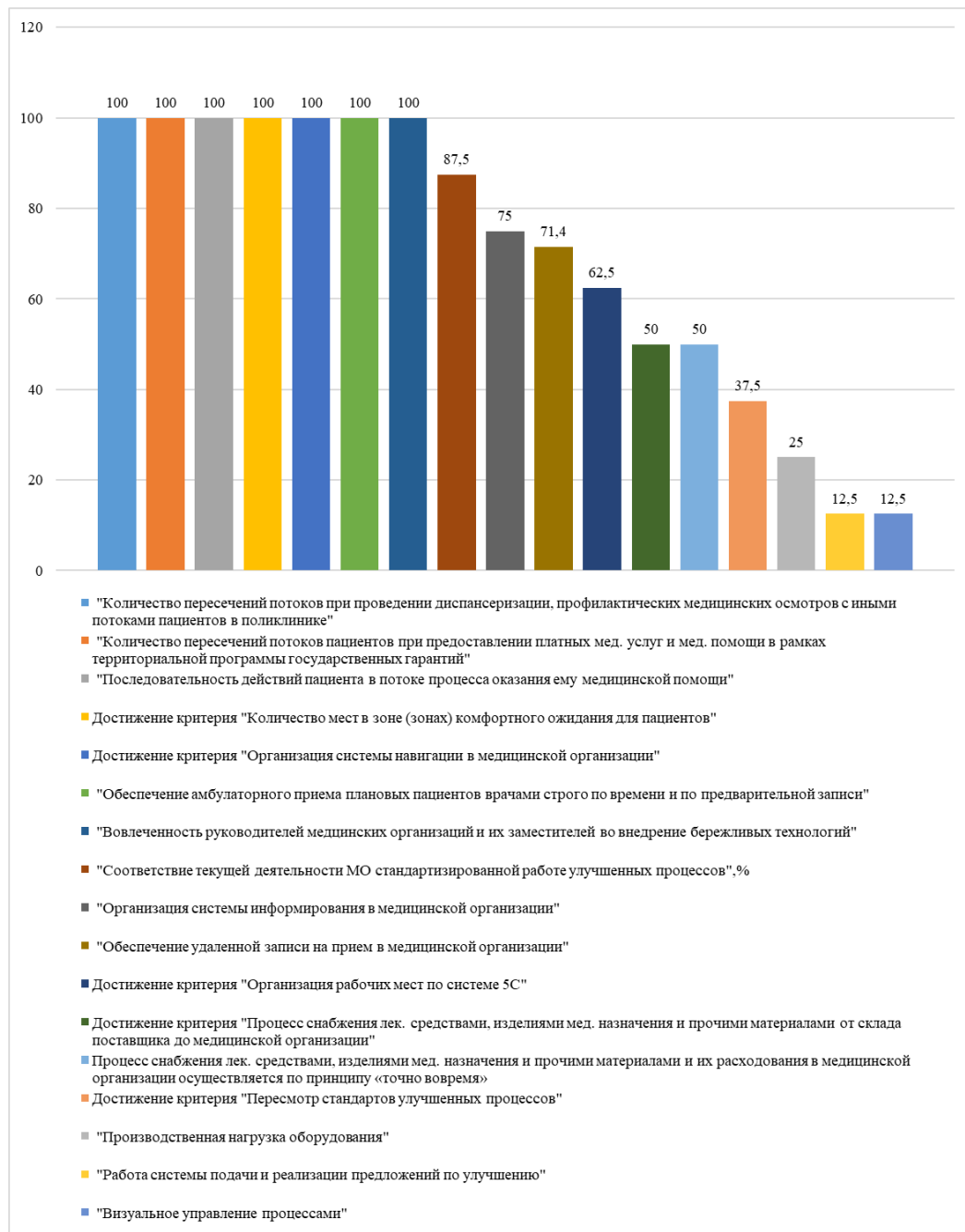


Рисунок 10 – Достижение критериев новой модели медицинской организации, оказывающей ПМСП детскому населению, на основании данных очных аудитов, % подразделений

При проведении аудита даны рекомендации по доработке достижения критериев новой модели. Требуется проработка достижения наиболее сложных критериев второго и третьего уровней: по организации рабочих мест сотрудников по системе 5С (стандарты разработаны только в двух медицинских организациях),

по внедрению системы снабжения лекарственными средствами (отсутствуют единые подходы, алгоритмы, стандарты), системы стандартов деятельности медицинской организации, системы подачи и реализации предложений по улучшению, системы визуального управления процессами, расчета производственной нагрузки оборудования.

На основании опыта по внедрению критериев новой модели в медицинских организациях, оказывающих ПМСП детскому населению, совместно с ФГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России разработаны методические подходы к оценке двух критериев новой модели.

Создание новой модели комплекс мероприятий, направленных на повышение уровня показателя удовлетворенности уровнем оказанной медицинской помощью [78, 79]. Поэтому кроме проведенного аудита медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, необходимо было дополнительно оценить и другие показатели деятельности данных медицинских организаций, и характеризующие результативность проводимых мероприятий в рамках достижения критериев новой модели.

5.3. Оценка итогового рейтинга медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению, по основным показателям деятельности

На основании анализа показателей деятельности были рассчитаны итоговые рейтинги медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, за 2021 г. по 11 выбранным показателям.

Результаты ранжирования медицинских организаций по итоговому рейтингу медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, по основным показателям деятельности в порядке возрастания от занимающих более высокие позиции в менее высокие представлены в Таблице 28. По итогам 2021 г. наилучший рейтинг имели: МО* № 2, МО* № 3, МО* № 1.

Таблица 28 – Итоговый рейтинг медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, по основным показателям деятельности в 2021 г.

Показатель	МО* №1	МО* №2	МО* №3	МО* №4	МО* №5	МО* № 6	МО* №7	МО* №8
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число посещений на одного человека в год, ед.	13,8	17,2	15,4	13,2	5,8	11,3	10,5	12,4
Ранг	3	1	2	4	8	6	7	5
Охват диспансеризацией детей, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, %	106,6	118,8	106,4	112,7	96,3	120,4	102,4	101,5
Ранг	4	2	5	3	8	1	6	7
Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, %	100,8	107,4	106,0	108,5	92,4	94,1	97,3	100,2
Ранг	4	2	3	1	8	7	6	5
Охват профилактическими осмотрами несовершеннолетних детей, %	86,0	101,4	92,7	92,2	84,1	87,2	83,3	82,9
Ранг	5	1	2	3	6	4	7	8
Уровень вовлеченности персонала медицинской организации, %	76,4	83,1	76,6	82	81,9	79,2	76,2	94
Ранг	7	2	6	3	4	5	8	1
Уровень удовлетворенности длительностью ожидания на прием к врачу-педиатру, %	93,5	96,1	97	75,4	65	76,1	68,6	32,9
Ранг	3	2	1	5	7	4	6	8

Продолжение таблицы 28

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Уровень удовлетворенности отношением лечащего врача-педиатра, %	98,1	96	99	85,8	90,2	86,2	87,9	87,7
Ранг	2	3	1	8	4	7	5	6
Уровень удовлетворенности результатом посещения участкового врача-педиатра, %	97,9	96,9	99,1	86,1	85,6	83,5	86,4	79,2
Ранг	2	3	1	5	6	7	4	8
Количество обращений граждан в Минздрав Свердловской области (тематика ПМСП) на 1000 прикрепленного населения	0,43	1,22	1,01	1,23	1,64	0,68	0,71	1,60
Ранг	1	5	4	6	8	2	3	7
Доля штрафов/удержаний/снятий за АПП, взысканных СМО, ТФОМС по результатам МЭК, ЭКМП от фактического выполнения ТП ОМС за АПП, %	0,08	0,19	0,08	0,02	0,05	0,09	0,02	0,08
Ранг	5	8	6	1	3	7	2	4
Доля записей, произведенных без посещения регистратур, %	55,8	73,37	71,31	21	8,2	23,1	29,6	14,8
Ранг	3	1	2	6	8	5	4	7
Сумма рангов	40	29	32	48	70	50	57	70
Ранг итоговый	3	1	2	4	8	5	6	7

МО* - медицинская организация

Во всех 8 медицинских организациях, оказывающих помощь детскому населению, отмечается высокая, более 70%, вовлеченность персонала медицинской организации в рамках внедрения новой модели. Уровень удовлетворенности

отношением лечащего врача-педиатра и удовлетворенности результатом посещения участкового врача-педиатра во всех медицинских организациях более 70%. Уровень удовлетворенности длительностью ожидания на прием к врачу-педиатру ниже 70% в трех медицинских организациях.

Показатель «доля записей, произведенных без посещения регистратуры», не достигал рекомендуемых значений в медицинских организациях г. Екатеринбурга, работающих в АИС «МИР», в связи с неправильной выгрузкой информации с учетом всех способов записи пациентов. Наибольшее количество обращений граждан в Минздрав Свердловской области (тематика ПМСП) на 1000 прикрепленного населения зарегистрировано в МО* № 5, 8.

Таким образом, при расчете рейтинга медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, были выбраны показатели деятельности, характеризующие как объемы оказываемых медицинских услуг, так и профилактическую работу, доступность записи на прием, результаты МЭК, ЭКМП от фактического выполнения ТП ОМС за АПП удовлетворенность родителей маленьких пациентов качеством и доступностью медицинской помощи и вовлеченность медицинского персонала в рамках внедрения новой модели. Отмечено, что наиболее высокие рейтинги были определены в областных медицинских организациях, оказывающих помощь только детскому населению, в медицинских организациях г. Екатеринбурга по этим показателям рейтинги были ниже. Это может быть связано в первую очередь с меньшим количеством прикрепленного детского населения, недостоверной выгрузкой информации о способах записи из разных МИС. В свою очередь, по результатам проведенного аудита по достижению критериев новой модели, более высокие результаты были отмечены в медицинских организациях г. Екатеринбурга (достижение некоторых критериев второго и третьего уровней) [75].

Резюме по главе

По данным самоаудита медицинских организаций по достижению критериев новой модели все 100% медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому

населению, достигли 7 критериев новой модели, обязательных для детских поликлиник. По результатам же очного аудита только в 62,5% исследуемых подразделениях определено достижение данных критериев. Более высокие результаты были отмечены в медицинских организациях г. Екатеринбурга. Среди критериев второго и третьего уровней наименьший процент достижений установлен в отношении критериев, связанных с визуальным управлением процессами (12,5% подразделений), расчетом производственной нагрузки оборудования (25% подразделений), пересмотром стандартов улучшенных процессов» (37,5% подразделений), процессом снабжения лекарственными средствами и их расходом (50% подразделений). Высокие рейтинги по показателям деятельности были определены в областных медицинских организациях, в медицинских организациях г. Екатеринбурга по этим показателям рейтинги были ниже.

Оценка удовлетворенности пациента результатом посещением врача является необходимым показателем для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП.

Получение обратной связи как от пациентов, так и сотрудников медицинских организаций является неотъемлемой частью оценки проводимых мероприятий по совершенствованию оказания ПМСП, в рамках внедрения новой модели. Поэтому было важно проанализировать данные из различных источников по оценке удовлетворенности пациентов и оценить проводимые мероприятия на региональном уровне.

ГЛАВА 6. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

В настоящее время в мировой и в отечественной практике применяются большое количество методик оценки удовлетворенности пациентов медицинских организаций.

В рамках настоящей работы согласно утвержденному протоколу исследования мнения пациентов о системе здравоохранения изучались в рамках реализации федерального пилотного проекта «Бережливая поликлиника» и мероприятий по внедрению новой модели.

Неудовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощи, становится основной причиной обращений пациентов в вышестоящие организации, которые регистрируются и рассматриваются в СОГ в строгом соответствии с федеральным законодательством. Для работы создана и функционирует единая федеральная информационная ПОС с гражданами на базе Единого портала государственных и муниципальных услуг (далее – ЕПГУ). Сообщения и вопросы, поступающие через ПОС, не попадают под действие федерального закона, регулирующего работу с обращениями граждан, что позволяет существенно де бюрократизировать и ускорить процесс их рассмотрения, является дополнительным инструментом для оценки удовлетворенности пациентов.

6.1. Анализ удовлетворенности населения медицинской помощью в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи

На старте пилотного проекта «Бережливая поликлиника» в 2016 г. показатель общей удовлетворенности пациентов в 2-х поликлиниках составил 48,6% и 78% соответственно. В 2017 г. средний показатель удовлетворенности пациентов

качеством и доступностью ПМСП оценивался в 15 медицинских организациях и составил в начале года 57,5%, к концу года – 69,7%.

С 2018 по 2022 гг. в медицинских организациях Свердловской области, внедряющих новую модель, повысился уровень показателя удовлетворенности пациентов временем ожидания на прием к врачу – с 61,1% до 77,3%, отношением лечащих врачей – с 70,4% до 89,4%, результатом посещения участкового врача – с 75,7% до 87,0% (Таблица 29).

Таблица 29 – Динамика показателей удовлетворенности пациентов в медицинских организациях за 2018-2022 гг., %

Показатели удовлетворенности пациентов	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Количество опрошенных пациентов, чел.	н/д	32662	47672	60514	69423
Уровень удовлетворенности временем ожидания приема у кабинета участкового врача (соответствием фактического времени приема времени записи), %	61,1	71,5*	75,5	75,1***	77,3
Уровень удовлетворенности отношением участкового врача во время приема, %	70,4	84,5*	85,9**	87,7***	89,4
Уровень удовлетворенности результатом обращения к участковому врачу в целом, %	75,7	81,6*	83,9**	85,3***	87
Уровень удовлетворенности застрахованных лиц в рамках прохождения диспансеризации, %	50,9	62,9*	58,4**	53,6***	54,4

* при сравнении показателей 2019 и 2020 гг. различия статистически значимы ($p \leq 0,05$)

** при сравнении показателей 2020 и 2021 гг. различия статистически значимы ($p \leq 0,05$)

*** при сравнении показателей 2021 и 2022 гг. различия статистически значимы ($p \leq 0,05$)

Данные изменения связаны с внедрением бережливых технологий, реализацией проектов по улучшению процессов в медицинских организациях, с совершенствованием организационных технологий выстраивания оказания амбулаторной помощи, с проведением текущих и капитальных ремонтов поликлиник. В период с 2018 по 2019 гг. наблюдалось увеличение показателя удовлетворенности пациентов при прохождении ими диспансеризации с 50,9% до 62,9%. В последующий период констатировалось снижение данного показателя до 54,4%, обусловленное ограничительными мероприятиями и снижением доступности профилактических мероприятий для населения в связи с распространением НКВИ [162].

Таким образом, по данным опросов, проведенных СМО, с 2019 по 2022 гг. в медицинских организациях, внедряющих новую модель, увеличилась удовлетворенность пациентов длительностью ожидания на прием ($p < 0,001$), отношением лечащих врачей на приеме ($p < 0,001$), результатом посещения участкового врача ($p < 0,001$). Показатель удовлетворенности пациентов результатом прохождения диспансеризации не достигал плановых значений 70%, с 2018 г. отмечено снижение данного показателя ($p < 0,001$), что требует совершенствования организации данного направления работы [162].

С 2023 г. данные опросы, проводимые СМО в рамках новой модели, были отменены в связи с внедрением в 2022 г. оценки общественного мнения по удовлетворенности населения.

6.2. Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью

По результатам оценки общественного мнения по удовлетворенности населения в Свердловской области, проведенной СМО за период с августа 2022 г. по январь 2023 г., среди 3666 анкетированных в государственных медицинских организациях преимущественно получают медицинскую помощь 46,3%

респондентов, только в государственных – 41,2% респондентов, преимущественно в частных – 9% респондентов, только в частных – 3,5% респондентов.

В 67,6% случаев респонденты были согласны, что существует возможность записи к врачу в удобное для них время. При анализе данных удовлетворенности населения 34,6% респондентов были не удовлетворены – длительностью ожидания приема врача, 32,8% респондентов – длительностью ожидания медицинской услуги, 26,8% респондентов – уровнем доступности медицинской помощи, 21,6% респондентов – в целом медицинской помощью, 18,4% респондентов – условиями пребывания в медицинской организации, 13,6% респондентов – объяснением врачом, причин назначения лечения, 11,5% респондентов – отношением со стороны сотрудников медицинской организации.

Данные причины неудовлетворенности населения могут быть связаны с проблемами отсутствия необходимых специалистов и исследований в медицинских организациях, организацией записи на прием к специалистам, нерациональным распределением функций между медицинским и немедицинским персоналом, отсутствием обучения специалистов медицинских организаций по вопросам этики и деонтологии, недостаточным временем на приеме для общения с пациентом, с проблемами недостаточного материально-технического оснащения медицинских организаций. Данные причины требуют организационных и финансовых решений на уровне региона.

У женщин показатель удовлетворенности медицинской помощью выше, чем у мужчин: 34,6% против 30,5% соответственно. В городе у населения показатель удовлетворенности медицинской помощью выше, чем у населения, проживающего в сельской местности: 32,9% против 31,7% соответственно. В разрезе городских округов у населения выше всего показатель удовлетворенности в Горнозаводском управленческом округе – 56,9%, самые низкие показатели у населения в Западном и Северном управленческих округах: 18,9% и 19,5% соответственно. Самый высокий показатель удовлетворенности медицинской помощью отмечен в возрастной группе от 25 до 34 лет (38,5%), в возрастной группе от 55 до 64 лет (25,9%) – самый низкий показатель (Таблица 30) [162].

Показатель удовлетворенности оказался выше у пациентов, которые получают помощь только в частных медицинских организациях (62,5%) и преимущественно в частных (56,8%). Более низкие показатели удовлетворенности были отмечены у пациентов, которые получают помощь только в государственных (36,7%) и преимущественно в государственных (21,1%) медицинских организациях.

Таблица 30 – Показатель «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» в зависимости возраста, пола, места проживания и городского округа респондентов (абс., %) [162]

Анализируемая группа	Количество респондентов, чел.	Показатель
Все респонденты	3666	32,76
Пол:		
1. Мужчины	1632	30,45
2. Женщины	2034	34,61
Место жительства:		
1. Город	3102	32,95
2. Село	564	31,74
Управленческий округ:		
1. Екатеринбург	1141	33,22
2. Южный округ	829	36,19
3. Горнозаводской округ	401	56,86
4. Северный округ	559	19,5
5. Западный округ	281	18,86
6. Восточный округ	440	29,32
Возраст		
1. 18-24 г.	306	33,33
2. 25-34 г.	654	38,53
3. 35-44 г.	744	32,26
4. 45-54 г.	625	34,08
5. 55-64 г.	581	25,99
6. 65 и более лет	756	32,14

Десять вопросов анкеты, напрямую или опосредованно направленных на выяснение удовлетворенности респондентов отдельными аспектами оказания медицинской помощи, предусматривали получение ответов в баллах от 1 до 6.

Наиболее высокие средние баллы (от 4,26 до 5,05) в большинстве групп получены по ответам на вопросы об удовлетворенности отношением со стороны медработников и объяснениями врача, а наиболее низкие оценки относятся к вопросам, касающимся удобства записи к врачу, и времени ожидания медицинской услуги («от момента возникновения потребности» и «в очереди перед кабинетом»).

На основании математического анализа статистической значимости различий между изучаемыми группами в разрезе отдельных вопросов можно отметить следующие особенности (Таблица 31).

Статистически значимые различия в ответах мужчин и женщин определены по вопросам «удовлетворенность временем ожидания приема врача-специалиста» ($p < 0,05$), «удовлетворенность отношением к Вам со стороны медицинских работников» ($p < 0,001$), «удовлетворенность объяснением врача по вопросам лечения и назначения диагностических процедур» ($p < 0,01$). Средние значения баллов по большинству вопросов у женщин оказались несколько выше. Статистически значимых различий в средних баллах между мужчинами и женщинами по вопросу общей удовлетворенности медицинской помощью не выявлено ($p > 0,05$). Статистической значимости различий между изучаемыми группами жителей города и села в разрезе отдельных вопросов не выявлено ($p > 0,05$). Удовлетворенность городских жителей оказалась выше, чем у сельского населения, что может быть связано с более низкой доступностью медицинской помощью и кадровым дефицитом врачей в сельских территориях, что подтверждается и исследованиями других авторов [162].

Что касается анализа средних значений баллов в шести различных возрастных группах, то наиболее высокие оценки по всем вопросам даны респондентами возрастной группы «25–34 года», а наиболее низкие – в группе «55–64 года». Это может быть связано с тем, что с возрастом население чаще обращается в медицинские организации. Уровень различий между данными возрастными группами по вопросу удовлетворенности медицинской помощью оказался статистически значимым ($p < 0,01$).

Таблица 31 – Средние значения баллов в ответах респондентов различных групп населения на вопросы, предусматривающие 6-балльную оценочную шкалу

Анализируемая группа	Средний возраст	6. Насколько Вы согласны с утверждением, что сейчас Вы можете записаться к врачу в удобное для Вас время?	7. Насколько Вы удовлетворены длительностью ожидания медицинской услуги с момента возникновения потребности в медицинской помощи до момента ее получения?	8. Насколько Вы удовлетворены длительностью ожидания перед кабинетом ?	9. Насколько комфортно было Ваше пребывание в медицинской организации ?	10. Насколько Вы удовлетворены отношением к Вам со стороны медицинского персонала ?	11. Удовлетворены ли Вы объяснениями врача?	12. Насколько результат Вашего обращения в медицинскую организацию соответствует Вашим ожиданиям?	14. Вы бы посоветовали близким, друзьям или родственникам обратиться за МП в Вашу медицинскую организацию?	15. Оцените, насколько Вам комфортно Вы удовлетворяете потребности МП в Вашем регионе?	16. Оцените, насколько Вы удовлетворяете потребности МП в Вашем регионе?
Все респонденты	47,52	3,96	3,97	3,93	4,30	4,51	4,48	4,27	4,12	4,16	4,03
Мужчины	45,19	3,97	3,97	3,88	4,26	4,46	4,42	4,23	4,08	4,12	4,01
Женщины	49,39	3,95	3,97	3,97	4,33	4,56	4,53	4,30	4,15	4,20	4,05
Город	47,74	3,97	3,98	3,93	4,30	4,53	4,49	4,28	4,13	4,18	4,05
Село	46,28	3,89	3,92	3,93	4,28	4,44	4,39	4,18	4,07	4,11	3,93
Екатеринбург	46,26	3,95	3,91	3,94	4,31	4,49	4,46	4,25	4,16	4,18	4,02
Южный округ	47,43	4,00	4,05	3,82	4,25	4,45	4,46	4,25	4,05	4,16	4,02
Горнозаводской	51,45	4,49	4,50	4,55	4,82	5,05	5,02	4,82	4,68	4,68	4,58
Северный округ	46,29	3,69	3,68	3,74	4,14	4,34	4,34	4,06	3,93	3,94	3,78
Западный округ	47,02	3,64	3,81	3,69	4,10	4,36	4,26	4,08	3,91	3,96	3,83
Восточный округ	49,19	4,00	3,99	3,98	4,23	4,51	4,40	4,23	4,01	4,08	4,04
До 24 лет	21,16	4,07	4,05	3,96	4,40	4,43	4,42	4,23	4,13	4,18	4,02
25-34 г.	30,38	4,08	4,08	4,04	4,45	4,66	4,59	4,40	4,24	4,28	4,11
35-44 г.	39,49	3,94	3,97	3,90	4,24	4,50	4,50	4,29	4,11	4,17	4,04
45-54 г.	49,28	4,00	4,01	3,99	4,28	4,49	4,48	4,27	4,13	4,18	4,04
55-64 г.	59,68	3,82	3,80	3,74	4,18	4,40	4,32	4,13	3,96	4,02	3,93
65 и более лет	70,11	3,91	3,96	3,97	4,29	4,55	4,51	4,25	4,11	4,16	4,04

При анализе групп респондентов из разных управленческих округов области определено, что наиболее высокие средние значения баллов (от 4,58 до 5,05 в зависимости от вопроса) получены в группе Горнозаводского округа, а наиболее низкие – в группах Северного (3,68–4,34) и Западного (3,64–4,36) округов. Выявлены статистически значимые различия между округами по всем изучаемым вопросам (тест Краскела-Уоллиса, $p < 0,05$), а при попарном сравнении установлено, что в Горнозаводском округе отмечаются статистически значимые различия со всеми округами ($p < 0,001$). По оценке общей удовлетворенности населения, на Рисунке 11 представлен тест Краскела-Уоллиса и диаграмма размаха в разрезе управленческих округов. Следует заметить, что средний возраст группы респондентов Горнозаводского округа оказался самым высоким среди групп всех 5 округов – 51,45 лет [162].

Multiple Comparisons z' values; Vopros-15 (okr_ekb_rab) Independent (grouping) variable: Okrug Kruskal-Wallis test: H (5) =142,4295 p =0,000						
Depend.: Vopros-15	В	Г	З	С	Ю	Екб
	R:1748,8	R:2312,9	R:1602,2	R:1600,1	R:1834,8	R:1844,0
В		7,75159	1,821830	2,21401	1,382376	1,609779
Г	7,751586		8,667221	10,33384	7,457611	7,662462
З	1,821830	8,66722		0,02706	3,196615	3,445485
С	2,214008	10,33384	0,027059		4,068056	4,482885
Ю	1,382376	7,45761	3,196615	4,06806		0,192820
Екб	1,609779	7,66246	3,445485	4,48288	0,192820	

Multiple Comparisons p values (2-tailed); Vopros-15 (okr_ekb_rab) Independent (grouping) variable: Okrug Kruskal-Wallis test: H (5) =142,4295 p =0,000						
Depend.: Vopros-15	В	Г	З	С	Ю	Екб
	R:1748,8	R:2312,9	R:1602,2	R:1600,1	R:1834,8	R:1844,0
В		0,00	1,000000	0,402424	1,000000	1,000000
Г	0,000000		0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
З	1,000000	0,00		1,000000	0,020858	0,008551
С	0,402424	0,00	1,000000		0,000711	0,000110
Ю	1,000000	0,00	0,020858	0,000711		1,000000
Екб	1,000000	0,00	0,008551	0,000110	1,000000	

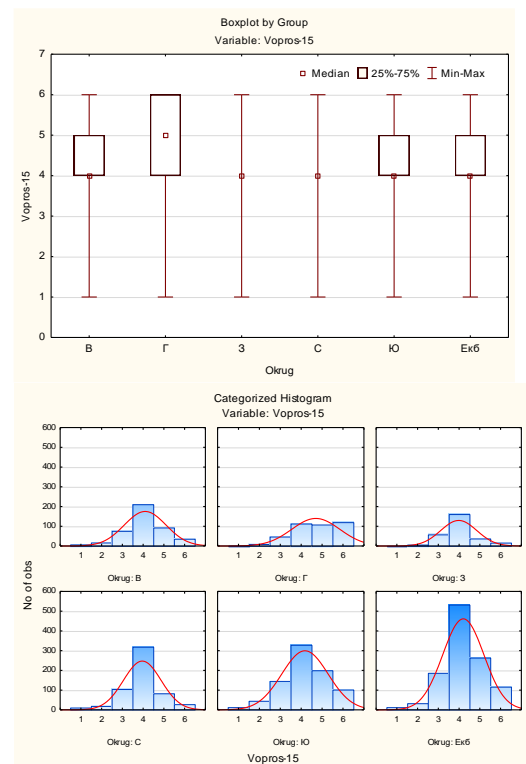


Рисунок 11 – Результаты сравнения удовлетворенности населения медицинской помощью (в целом) в разрезе управленческих округов Свердловской области с помощью критерия Краскела – Уоллиса и квартильного анализа

Респондентам были заданы вопросы об их мнении о наибольшей проблеме в процессе получения медицинской помощи в медицинской организации и в регионе их проживания. Так, 23,3% респондентов наибольшей проблемой в медицинской организации считали нехватку врачей и специалистов, 13,3% респондентов – длительное ожидание записи на прием, 7,1% – большое время ожидания приема у кабинета, 3,6% респондентов – недостаточное оснащение медицинским оборудованием, 3,41% респондентов – недостаточно времени на прием, осмотр к специалисту, 2,4% респондентов – недоступность современных исследований, 2,1% респондентов – большое время ожидания перед кабинетом врача и др. У 12,2% респондентов отсутствовали сложности и проблемы, у 20,1% отсутствовал ответ либо были затруднения с ответом.

В процессе получения медицинской помощи в целом в регионе 19,4% респондентов отметили нехватку врачей, 13,2% респондентов указали на недостаточное оснащение медицинским оборудованием, 12,5% – длительное ожидание медицинской помощи и др.

Проведенная комплексная оценка позволила выявить основные факторы, определяющие уровень удовлетворенности населения в Свердловской области. Для более детального изучения удовлетворенности населения по вопросам доступности и качества медицинской помощи требуется дополнительный анализ обращений населения по другим каналам обратной связи: обращения в Минздрав Свердловской области, в СМО, в СОГ, на ПОС и др. [162].

6.3. Анализ обращений граждан по вопросам оказания первично-медико-санитарной помощи, направленных по разным каналам обратной связи

Одним из наиболее важных показателей для оценки работы медицинских организаций является анализ обращений и жалоб в вышестоящие организации, контролирующие их деятельность.

Установлено, что период с 2017 по 2021 гг. наблюдается тенденция увеличения количества обращений в Минздрав Свердловской области по вопросам оказания ПМСП на 164%, по вопросам оформления листка нетрудоспособности – на 413% (в 2021 г. связано с распространением НКВИ и дистанционного оформления больничных листов, хотя до 2019 г. наблюдалась тенденция снижения обращений по этой тематике), снизилось количество жалоб в 2020 г. по вопросам записи на прием к врачу на 32% в связи с отменой плановых посещений. Но в 2021 г. количество обращений по теме записи на прием к врачу увеличились на 106,4% по сравнению с 2020 г. и занимает по-прежнему второе место после вопросов помощи в организации лечения (Таблица 32).

Таблица 32 – Информация по обращению граждан в Минздрав Свердловской области (тематика: ПМСП)

Кодировка	Тема обращения	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
		Кол-во	Кол-во	Кол-во	Кол-во	Кол-во
1.1.	Оказание медицинской помощи в ФАП, ОВП	176	268	219	171	249
1.2.	Диспансеризация	22	39	26	14	42
1.3.	Запись на прием к врачу	488	583	342	330	681
1.4.	Направление на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ)	109	139	140	213	248
1.5.	Оформление листка нетрудоспособности	51	55	46	262	318
1.6.	Назначение обезболивающей терапии онкологическим пациентам	5	1	4	9	3
1.7.	Сроки ожидания медицинской помощи	108	164	126	298	252
1.8.	Помощь в организации лечения	936	1564	2597	3897	4779
1.9.	Медицинская помощь инвалидам	16	20	35	15	39

Продолжение таблицы 32

1.10.	Льготное зубопротезирование	57	54	8	5	26
1.11.	Медицинская помощь беженцам трудовым мигрантам	1	3	0	-	0
1.12.	Медицинские информационные системы.	-	-	-	-	2
1.13.	Оказание медицинской помощи в поликлинике.	-	-	-	-	74
1.14.	Скорая медицинская помощь	-	-	-	-	11
Итого		1969	2890	3543	5214	6713

Результаты анализа обращений граждан в СМО по вопросам оказания ПМСП за 2019–2021 гг. показывают снижение количества обращений в СМО в связи с ограничительными мероприятиями по распространению НКВИ. В 2019 г. на первом месте стояли обращения, связанные с оказанием медицинской помощи (29,4%), на втором – с обеспечением полисами (20,7%), на третьем – с организацией работы медицинской организации (19,5%). В 2021 г. зафиксировано изменение количества и структуры обращений в СМО, на первом месте стоят обращения, связанные с оказанием медицинской помощи (86,1%), на втором – с взиманием денежных средств по программе ОМС (8,2%), на третьем – с работой медицинской организации (3,2%) [145].

Для комплексной оценки удовлетворенности населения дополнительно были проанализированы обращения граждан, переадресованные в медицинские организации для ответа из Минздрава Свердловской области из СОГ за 2023 г.

На основании анализа информации из СОГ за 2023 г. проведен анализ 4917 ответов медицинских организаций на обращения граждан. Всего обращения поступили по 46 тематикам, из них обращения по 10 темам составили более 85,3%. На Рисунке 12 представлены показатели по «топ-10» тем. В 2023 г. наибольшее количество копий ответов от медицинских организаций поступило по тематике

«Оказание медицинской помощи в поликлинике» (35,1% ответов), на втором месте – обращения по тематике «Запись на прием к врачу» (14,4 % ответов).



Рисунок 12 – Тематическая структура обращений, переадресованных в медицинские организации из СОГ в 2023 г., абс., %

Основную долю обращений в 2023 г. составили обращения по вопросам ПМСП, включая вопросы записи на прием к врачу и направления на МСЭ. Суммарно эти обращения составили 54,9% от всех, по сравнению с 2022 г. выросла доля обращений по вопросам оказания государственных услуг в сфере здравоохранения – записи на прием к врачу и направления на МСЭ. Оказание данных услуг с 2023 г. проводится только в электронном виде, много обращений связаны с работой электронных сервисов, на которых «работают» данные услуги.

Снизился удельный вес обращений по вопросам этики и деонтологии, оформления листка нетрудоспособности и др. Таким образом, наибольшее количество обращений граждан были связаны с оказанием медицинской помощи в поликлинике и с записью на прием к врачу, что связано с организационными вопросами оказания ПМСП и переходом медицинских организаций региона на

единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения Свердловской области (далее – ЕГИСЗ СО).

По результатам проведенного анализа в 2023 г. на ПОС поступило 26361 сообщение граждан, по сравнению с 2022 г. отмечено снижение числа сообщений в 1,3 раза, а с 2021 г. – в 6 раз (в 2022 г. – 33046, в 2021 г. – 162294), что связано с сокращением количества сообщений по вопросам лечения и профилактики НКВИ.

Результаты анализа показали, что за 2022 г. наибольшее количество сообщений поступило на ПОС по категориям: «Обращение по проблеме вакцинации или лечения от Коронавируса» – 28993 сообщения (96,0% от количества поступивших), «Медицина» – 950 сообщений (3,2% от количества поступивших).

В 2021 г. наблюдается увеличение доли сообщений на ПОС в подкатегории «QR-код и сертификат переболевшего» – с 6,6% (10684) в 2021 г. до 54,4% (16417) в 2022 г.; снижение доли сообщений по подкатегориям: «Запись в лист ожидания» с 55,6% (90298 сообщений) в 2021 г. до 8,8 % (2669) в 2022 г.; «QR-код и сертификат вакцинированного» с 35628 (22,0 %) в 2021 г. до (5232) 17,3 % в 2022 г.; «Запись на вакцинацию» с 14,0 % (22725) в 2021 г. до 1,9 % (587) в 2022 г.

В 2023 г. анализ сообщений по категориям показал, что основную долю сообщений (95%) составили две категории – «Электронная запись на прием к врачу» и «Медицина» (подкатегория «Электронные медицинские документы»). Детально показатели по категориям: «Электронная запись на прием к врачу» – 15680 (59,5 % от общего количества сообщений), «Медицина» – 9353 (35,4%), «Обращение по проблеме вакцинации или лечения от Коронавируса» – 1072 (4,1%), «Обращение по проблеме льготного лекарственного обеспечения» – 139 (0,5%), «Иное» – 102 (0,4%), «Телефонные обращения по вопросам здравоохранения» – 14 (0,05%), «Колледж, техникум» – 1 (0,01%).

Дополнительно был проведен анализ причин обращений граждан, поступивших на ПОС по категории «Медицина» подкатегории «Запись на прием к врачу» в период с 01.01.2023 по 01.12.2023. Данные по количеству сообщений и причины обращений приведены в Таблице 33.

Таблица 33 – Причины обращений граждан, поступивших на Платформу обратной связи по категории «Медицина» подкатегории «Запись на прием» (с 01.01.2023 по 01.12.2023)

Электронная запись на прием к врачу (категории)	Электронная запись на прием (подкатегории)	Количество сообщений, ед.	% распределение по подкатегориям	% распределение по категориям
1	2	3	4	5
Некорректная информация о моей записи к врачу	Пришло уведомление о неявке, хотя врача посетил по записи на портале Госуслуг	18	0,1	0,7
	В личном кабинете имеется запись к врачу, хотя я не записывался	24	0,2	
	Другое	65	0,4	
Проблемы с посещением врача по записи на прием	Медицинская организация не принимает по записи, выполненной на портале Госуслуг	222	1,4	3,5
	Другое	332	2,1	
Проблемы с выбором региона при записи	Другое	554	3,5	7,3
	Выдает ошибку, что услуга записи к врачу не доступна	589	3,8	
Проблемы с выбором временного слота для записи	Расписание врача в поликлинике не соответствует расписанию на портале Госуслуг	42	0,3	14,6
	Малое количество временных слотов или неудобное время приема	73	0,5	
	Другое	350	2,2	
	Выдает ошибку «Запись невозможна»	658	4,2	
	Нет доступных временных слотов для записи на прием	1166	7,4	

Продолжение таблицы 33

1	2	3	4	5
Проблемы с прикреплением к медицинской организации	Другое	461	2,9	25,6
	Я прикреплен в данном регионе, но выдает ошибку	1140	7,3	
	Не отображается медицинская организация, к которой я прикреплен	2414	15,4	
Проблемы с выбором медицинского специалиста	Факт не задан	1	0,0	48,3
	У меня есть направление к врачу, но запись к нему не доступна	177	1,1	
	Другое	678	4,3	
	Нет конкретного ФИО специалиста (лечащего врача) для записи	993	6,3	
	Выдает ошибку «Нет доступных специалистов»	2040	13,0	
	Не отображаются нужные специальности врача для выбора	3681	23,5	
Итого		15678	100,0	100,0

При анализе чаще всего обращения граждан по вопросу электронной формы записи на прием к врачу были связаны с проблемами выбора специалиста (48,3% обращений), с проблемами прикрепления к медицинской организации (25,6% обращений), с выбором временного слота для записи (14,6% обращений), с выбором региона при записи (4,0 % обращений) и др.

На основании проведенного анализа обращений граждан по вопросам оказания ПМСП наблюдается динамика увеличения количества обращений по вопросам оказания ПМСП в Минздрав Свердловской области, в том числе и по вопросам записи на прием. На основании анализа информации из СОГ наибольшее количество копий ответов от медицинских организаций поступило по тематике «Оказание медицинской помощи в поликлинике» (35,1% ответов), на втором месте – обращения по тематике «Запись на прием к врачу» (14,4 % ответов). По результатам оценки обращений граждан на ПОС основную долю составили две категории – «Электронная запись на прием к врачу» и «Медицина», в ней – подкатегория «Электронные медицинские документы»). Чаще всего обращения

граждан по вопросу электронной формы записи на прием были связаны с проблемами выбора специалиста, прикрепления к медицинской организации, временного слота для записи, региона при записи, что обусловлено переходом медицинских организаций на ЕГИСЗ СО. Поэтому вопросы записи на прием являются приоритетной причиной обращения пациентов по разным каналам обратной связи и требуют мероприятий по совершенствованию на уровне региона.

6.4. Комплексная оценка удовлетворенности пациентов и сотрудников медицинских организацией процесса записи на прием к врачу

В рамках реализации федерального пилотного проекта по внедрению методических рекомендаций по организации записи на прием к врачу осуществлен анализ обеспечения дистанционной записи на прием в медицинские организации. Для ее оценки использовался показатель «Доля записей, произведенных без посещения регистратуры». Результаты анализа показали, что в период с 2017 по 2023 гг. отмечается увеличение дистанционной записи пациентов с 18% до 81% (Рисунок 13).

В начале 2022 г. на территории Свердловской области работало три медицинские информационные системы в государственных медицинских организациях: РМИС, ПРОМЕД, АИС «МИР». В конце 2022 г. в Свердловской области началось поэтапное подключение всех трех медицинских информационных систем в государственных медицинских организациях к Единой цифровой платформе (ЕЦП). Поэтому был проведен дополнительный анализ количества записей, зарегистрированных в Федеральной электронной регистратуре (ФЭР), в разрезе источников записи в период с 2022 по 2023 гг. Дистанционная запись на ФЭР от общего количества записей ФЭР увеличилась с 57% до 72%.

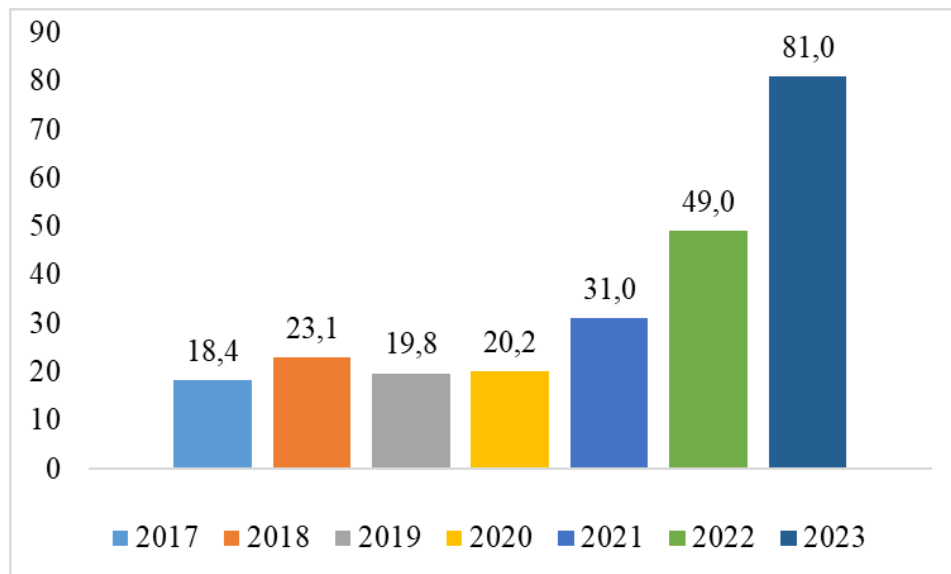


Рисунок 13 – Динамика показателя «доля записей, произведенных без посещения регистратуры», в период 2017–2023 гг., %

В рамках интеграции информационных медицинских систем в государственных медицинских организациях к ЕГИСЗ СО и мониторинга реализации пилотного проекта по обеспечению записи граждан на прием были разработаны анкеты для пациентов, врачей, сотрудников регистратуры, операторов колл-центра по оценке удовлетворенности организацией записи на прием.

По результатам анкетирования пациентов установлено, что они чаще всего обращаются в государственные медицинские организации в случае болезни – 41,8%, для регулярного прохождения диспансеризации, профилактических осмотров – 38,4% пациентов. При первом обращении в медицинскую организацию удалось записаться на прием к специалистам 83,6% пациентам. Кроме того, большая часть пациентов (87,6%) ожидали возможность записи менее 14 дней.

При анализе способов записи пациентов на прием установлено, что 31,1% пациентов чаще всего записываются через региональный портал <https://rish.registratura96.ru/>, при личном обращении в регистратуру – 25,9%, через единый колл-центр медицинской организации – 18,0%, через ЕПГУ – 13,4%. Реже всего записываются к нужному специалисту через лечащего врача – 10,8%, через инфомат медицинской организации записываются лишь 0,8% пациентов. Легче

всего пациентам записаться на прием к врачу при личном обращении по телефону (69,45% пациентов) и через лечащего врача (68,8% пациентов). Чаще всего не удалось записаться к врачу через интернет (8,8% пациентов) (Таблица 34).

Таблица 34 – Доступность различных способов записи на прием к врачу для пациентов (в %)

Критерий	Запись по телефону	Запись при личном обращении в регистратуру	Запись через интернет	Запись через лечащего врача
Очень легко записаться	25,8	24,4	26,1	23,9
Легко записаться	39,4	45,0	37,5	44,9
Сложно записаться	9,3	7,1	7,7	6,0
Записаться очень сложно	7,1	2,8	3,4	2,8
Записаться не удалось	6,5	6,5	8,8	3,7
Не пользовался	11,9	14,2	16,5	18,8
Итого	100	100	100	100

ЕПГУ для записи на прием используют 54,5% пациентов, записывают чаще всего к врачу-терапевту участковому 39,7% пациентов, к врачу педиатру-участковому – 19,1% пациентов, реже производили запись к другим специалистам, совсем не записывались к фтизиатру, психиатру-наркологу, психиатру подростковому (Таблица 35).

Таблица 35 – Распределение записи на прием к врачам-специалистам через ЕПГУ (в %)

Специальность врача	% распределения
1	2
«врач-терапевт участковый»	39,7
«врач-педиатр участковый»	19,1
«врач-стоматолог»	9,5
«врач-хирург»	7,0
«врач-акушер-гинеколог»	6,8
«врач-офтальмолог»	6,5
«врач-оториноларинголог»	4,5
«врач-стоматолог детский»	3,8

Продолжение таблицы 35

1	2
«врач-детский хирург»	1,8
«врач общей практики (семейный врач)»	1,0
«врач-психиатр детский»	0,3
«врач-фтизиатр»	0,0
«врач-психиатр-нарколог»	0,0
«врач-психиатр подростковый»	0,0

При записи через ЕПГУ 40,8% пациентам не удалось записаться на прием к врачу. При анализе причин, по которым пациентам не удалось записаться, 22,9% пациентов отметили неудобный интерфейс (например, сначала предлагают выбрать врача, а не удобную дату и время приема), для 11,5% пациентов не было удобного времени для записи к врачу в ближайшие 2 недели, не нашлось подходящего врача для 10,3% пациентов. Сложности с переносом/отменой записи, сменой медицинской организации, врача отметили 6,2% пациентов. Никаких трудностей при записи не возникло у 49,1% пациентов. Если пациентам придется снова записываться через ЕПГУ на прием к врачу, то 34,2% не будут записываться данным способом и 20,4% пациентов затруднились с ответом по данному вопросу.

При ответе на вопросы о предварительном напоминании о приеме, включении в «Лист ожидания», 48,5% пациентов отметили, что не было предварительного напоминания о предстоящем приеме к врачу, 26,2% пациентам позвонили и напомнили по телефону, 25,3% пациентам пришло СМС-оповещение. При отсутствии свободного времени для записи к необходимому специалисту 23,8% пациентам не предложили включить их в «Лист ожидания». Из числа пациентов, включенных в «Лист ожидания», 68,2% перезвонили позже и назначили время приема. У 73,6% пациентов прием прошел в назначенное время или с незначительной задержкой, у 18,8% – прием осуществлялся в порядке живой очереди и с задержкой.

По итогам анкетирования пациентам было предложено написать пожелания по улучшению качества организации процесса записи, было получено 163 комментария из 354 заполненных анкет (46%), из них было 56 конкретных

предложений, и пациент мог написать несколько вариантов (Таблица 36). Большая часть предложений (33,9%) связаны с улучшением работы ЕПГУ, скорости работы и отклика портала, упрощением алгоритма и последовательности действий при записи, разработкой наглядной инструкции для пациентов по записи через портал, доработкой раздела портала «запись на прием» (отображение всех специалистов, не зависимо от отпускного периода и больничных листов, указание номеров кабинетов, куда записался пациент, отображение только той поликлиники, к которой прикреплен пациент, доработка корректного прикрепления пациента к поликлинике на портале). Есть проблемы записи на прием к врачу для пожилых пациентов, которые не владеют навыками работы на компьютере и не могут пользоваться ЕПГУ для записи, что требует разработки мероприятий по облегчению записи на приеме к врачу для этой категории пациентов.

По результатам анкетирования врачей (в т. ч. фельдшеров, выполняющих функцию врачебной должности) установлено, что большая часть (87,3%) осуществляет запись пациентов на последующий прием к себе в МИС. У 78,6% врачей прием обычно проходит в назначенное время или с незначительной задержкой до 15 минут, у 12,4% врачей прием проходит с задержкой более 15 минут, у 9% врачей прием осуществляется в порядке живой очереди. Рекомендуемые временные нормы на выполнение работ, связанных с первичным лечебно-диагностическим посещением пациента, с повторным лечебно-диагностическим посещением, с посещением с лечебно-профилактической целью выдерживают 56,7%, 69,5%, 69,5% врачей соответственно. Так, 43,3%, 30,5%, 30,5% врачей соответственно считают, что они не достаточны. Таким образом, недостаток времени на приеме требует проведение анализа рационального распределения нагрузки между врачом и средним медицинским персоналом для оптимального времени приема пациента. Также 84,9% респондентов отметили, что в медицинских организациях проведены мероприятия по рациональному распределению функций между специалистами, 37,6% врачей считают, что нагрузка на них не снизилась, 33,3% врачей – что нагрузка снизилась незначительно и 29% врачей отметили снижение нагрузки.

Таблица 36 – Распределение предложений пациентов по улучшению организации записи на прием к врачу по категориям (в абс. числах, в %)

Перечень предложений пациентов	Количество во ответов	% распределения
Улучшить работу ЕПГУ	19	33,9
Повысить качество обслуживания	6	10,7
Упростить запись на прием к врачу	6	10,7
Повысить доступность записи к узким специалистам	4	7,1
Повысить доступность медицинской помощи	4	7,1
Снизить время ожидания перед кабинетом врача	3	5,4
Улучшить работу колл-центров	2	3,6
Повысить доступность записи к стоматологу	2	3,6
Выделить отдельный кабинет для пациентов без талонов	2	3,6
Улучшить организацию вызова врача на дом	1	1,8
Улучшить работу регистратуры	1	1,8
Снизить нагрузку на врачей	1	1,8
Установить инфоматы для выдачи талонов	1	1,8
Выделить отдельный кабинет для выписки рецептов	1	1,8
Обучить персонал навыкам бесконфликтного общения	1	1,8
Внедрить уведомление о факте записи пациента	1	1,8
Разделить потоки пациентов	1	1,8
Итого	56	100

Кроме того, 68,5% регистраторов указали, что в медицинских организациях имеется сотрудник (например, администратор зала регистратуры), ответственный за информирование и маршрутизацию пациентов и помощь в записи через инфомат. При обращении пациентов в регистратуру 99,5% регистраторов обязательно информируют пациентов, какими способами они могут записаться на прием. Чаще всего в регистратуре размещена наглядная информация о способах записи для

пациентов (58,6%), имеются информационные памятки о способах записи для раздачи пациентам (36,2%). Только 5,3% регистраторов указали, что в их медицинской организации отсутствует необходимая информация по способам записи на прием к врачу, что требует проработки этого вопроса на уровне конкретных медицинских организаций.

Большой блок вопросов был посвящен организации работы «Листа ожидания» в медицинских организациях. При отсутствии свободного времени для записи 77% врачей, 84,3% регистраторов, 75,2% операторов обязательно включают пациента в «Лист ожидания». Также 87,9% врачей, 87,1% регистраторов, 81,9% операторов отмечают, что сотрудники их медицинской организации перезванивают пациентам и предлагают время приема пациента из «Листа ожидания».

Проанализирована организация напоминания факта записи для пациента: 39,8% врачей, 34,5% регистраторов, 31,8% операторов отмечают, что работа по организации напоминания записи на прием для пациентов не проводится; 30,7% врачей, 34,5% регистраторов, 22,2% операторов – напоминание пациенту о приеме подтверждают сотрудники регистратуры; 17,9% врачей, 21,5% регистраторов, 31,3% операторов – напоминание пациенту о приеме подтверждают сотрудники колл-центра; 9% врачей, 4,7% регистраторов, 10,6% операторов – напоминание пациенту о приеме подтверждают участковые медицинские сестры; 2,6% врачей, 4,9% регистраторов, 4,0% операторов – напоминание пациенту о приеме происходит за счет СМС-рассылки.

При анализе анкетирования регистраторов и операторов установлено, что в медицинской организации утверждены алгоритмы действий и речевые модули взаимодействия с пациентом при его обращении в колл-центр или в регистратуру их использует в работе (92,6% регистраторов, 96,0% операторов); 5,6% регистраторов, 2,7% операторов отметили, что такие алгоритмы не утверждены и не используются в работе; 1,8% регистраторов, 1,3% операторов не используют утвержденные алгоритмы. Большая часть регистраторов и операторов отметили, что обучены алгоритмам взаимодействия с пациентом, основным правилам телефонного разговора (94,7% и 97,7% регистраторов, 96,6% и 96,6% операторов соответственно).

По мнению врачей, регистраторов, операторов тяжелее всего пациентам записаться к врачам офтальмологам (22,8%, 25%, 29% соответственно), имеются сложности записи и к другим узким специалистам (Таблица 37).

При оценке времени, которое требуется врачу, регистратору, оператору для записи пациента, большая часть отметили, что эта работа занимает до 5 минут (43,4%, 62,4%, 81,9% соответственно), 32,4% врачей, 26,9% регистраторов, 16,1% операторов отметили – от 5-10 минут, 13,8% врачей, 6,3% регистраторов, 2% операторов – 10-15 минут, 10,4% врачей, 4,3% регистраторов – более 15 минут.

Таблица 37 – Сложность записи на прием к врачам по специальностям по мнению врачей, регистраторов, операторов (в %)

Специальность врача	Врачи, %	Регистраторы, %	Операторы колл-центра, %
«врач-офтальмолог»	22,8	25,0	29,0
«врач-оториноларинголог»	14,2	10,9	8,0
«врач-детский хирург»	10,6	8,9	5,6
«врач-хирург»	10,1	11,4	8,0
«врач-стоматолог»	9,7	10,2	7,2
«врач-стоматолог детский»	9,6	11,1	7,6
«врач-терапевт участковый»	6,0	6,2	8,8
«врач-акушер-гинеколог»	4,8	5,2	8,8
«врач-психиатр детский»	3,3	3,7	5,2
«врач-педиатр участковый»	3,0	1,4	2,0
«врач-психиатр подростковый»	2,2	1,2	2,0
«врач-психиатр-нарколог»	1,8	1,8	2,8
«врач-фтизиатр»	1,0	1,7	2,4
«врач общей практики»	0,9	1,2	2,0

При записи пациента у врачей, регистраторов, операторов возникают сложности из-за длительного ожидания отклика МИС (52,2%, 50,6%, 49,3% соответственно), из-за отсутствия свободных слотов для записи на прием к себе или другому специалисту (27,5%, 31,6%, 36,2% соответственно), из-за долгого пути для записи пациента на прием в МИС (20,4%, 17,9 %, 14,6 % соответственно).

Врачам, регистраторам, операторам были заданы вопросы, что их не устраивает в организации процесса записи в их медицинской организации. По результатам анализа данного вопроса 694 врача (82,6%), 354 регистратора (90%), 135 операторов (90,6%) оставили свои комментарии. Часть специалистов отметили отсутствие замечаний, затруднились с ответом, либо их все устраивает.

На основании проведенного анализа наибольшее количество замечаний врачей, регистраторов, операторов были связаны с организационными и техническими вопросами записи (30,9%, 29,3%, 30,9% соответственно), скоростью работы ЕЦП (20,36%, 19,2%, 22,2% соответственно), дефицитом кадров (16,5%, 5,9%, 6,8% соответственно).

Проанализирована общая удовлетворенность пациентов, врачей, регистраторов, операторов организацией записи на прием по 10-бальной шкале, где 1 – совсем не удовлетворен, 10 – полностью удовлетворен. По оценкам данной шкалы от 0 до 5 баллов – респонденты в той или иной мере не удовлетворены записью на прием к врачу» и от 6 до 10 баллов – больше удовлетворены. Результаты оценки показали, что 29,1% врачей, 18,7% регистраторов, 26,7% операторов в той или иной мере не удовлетворены организацией записи на прием, только 3,7% врачей, 1,8% регистраторов, 1,3% операторов совсем не удовлетворены, 20,8% врачей, 35,3% регистраторов, 32,9% операторов полностью удовлетворены организацией данной услуги. В то же время не удовлетворены в той или иной мере организацией данной услуги 42,6% пациентов, совсем не удовлетворены 17,2% пациентов (Таблица 38).

По итогам анкетирования врачам, регистраторам, операторам было предложено написать пожелания по улучшению качества организации записи, было получено 645 комментариев от врачей (76,8%), 346 комментариев от регистраторов (87,8%), 133 комментария от операторов (89,3%).

Таблица 38 – Удовлетворенность пациентов, врачей, регистраторов, операторов организацией записи на прием (в %)

Оценка по 10-бальной шкале	Пациенты, %	Врачи, %	Регистраторы, %	Операторы колл-центра, %
1	17,2	3,7	1,3	1,3
2	4,3	1,2	0,0	0,0
3	6,1	6,0	4,0	4,0
4	4,3	4,2	4,0	4,0
5	10,7	14,0	17,4	17,4
6	3,7	6,3	5,4	5,4
7	4,6	12,6	6,7	6,7
8	10,7	19,5	16,8	16,8
9	12,3	11,7	11,4	11,4
10	26,1	20,8	32,9	32,9

Одни из главных предложений от врачей, регистраторов, операторов касались совершенствования организационных и технических вопросов записи (26,4%, 36,9%, 32,3% соответственно), увеличения скорости работы ЕЦП (17,5%, 22,3%, 15,3% соответственно), улучшения кадровой ситуации (9,5%, 10,4%, 9,3% соответственно).

По итогам проведенного анкетирования пациентов, врачей, регистраторов, операторов колл-центра сформирован план мероприятий по совершенствованию организации процесса записи на прием к врачу.

Резюме по главе

На основании комплексной оценки удовлетворенности населения установлены положительные и отрицательные аспекты, определяющие ее уровень, выявлены основные направления, требующие разработки и внедрения корректирующих мероприятий. Так, по данным опросов, проведенных СМО, в рамках внедрения новой модели с 2017 по 2022 гг. увеличилась удовлетворенность пациентов длительностью ожидания на прием к врачу ($p < 0,001$), отношением лечащих врачей ($p < 0,001$), результатом посещения участкового врача ($p < 0,001$). Показатель удовлетворенности пациентов

результатом прохождения диспансеризации не достигал плановых значений 70%, с 2018 г. отмечено снижение данного показателя ($p < 0,001$), что требует совершенствования организации данного направления работы.

Низкие показатели удовлетворенности населения Свердловской области в рамках оценки общественного мнения населения касаются удобства записи к врачу и времени ожидания медицинской услуги. Выявлена статистически значимые различия в оценках удовлетворенности населения между группами анкетированных в зависимости от их пола, возраста, округа проживания по отдельным вопросам ($p < 0,05$). При получении медицинской помощи 23,3% респондентов указали на недостаточное количество врачей и специалистов, 13,3% – на длительное время ожидания записи на прием и др. В целом для региона 19,4% респондентов отметили нехватку врачей и специалистов, 13,2% – недостаточное оснащение медицинским оборудованием, 12,5% – длительное ожидание получения медицинской помощи и др.

Чаще всего граждане обращаются в Минздрав Свердловской области по вопросам помощи в организации лечения, записи на прием к врачу и срокам ожидания медицинской помощи. В СМО пациенты обращаются по вопросам оказания медицинской помощи, взимания денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС, организации работы медицинской организации. Основную долю обращений из СОГ в 2023 г. составили обращения по вопросам ПМСП, включая вопросы записи на прием к врачу и направления на МСЭ. По результатам проведенного анализа в 2023 г. на ПОС основную долю обращений составили две категории – «Электронная запись на прием» и «Медицина» (подкатегория «Электронные медицинские документы»). Обращения граждан по вопросу электронной записи на прием были связаны с проблемами выбора врача, прикрепления к медицинской организации, с выбором временного слота для записи, региона при записи и др.

На основании результатов анализа удовлетворенности пациентов, врачей, регистраторов, операторов организацией записи на прием 42,6% пациентов, 29,1% врачей, 18,7% регистраторов, 26,7% операторов в той или иной мере не

удовлетворены организацией записи на прием. По итогам проведенного анкетирования пациентов и сотрудников медицинских организаций предложен план мероприятий по совершенствованию организации процесса записи на прием к врачу в регионе. Большая часть мероприятий связана с решением организационных вопросов на уровне медицинской организации, часть же требует проработки на уровне региона. Кроме того, требуется межведомственное взаимодействие с Министерством цифрового развития Свердловской области, связанное с совершенствованием работы ЕЦП.

Выявленные проблемы характеризуют общие тенденции кадровой ситуации в здравоохранении, доступность медицинской помощи, финансирование системы здравоохранения и требуют комплексных мероприятий по совершенствованию и повышению уровня показателя удовлетворенности населения на уровне региона.

ГЛАВА 7. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВНЕДРЯЮЩЕЙ НОВУЮ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

7.1. Ситуационный анализ (SWOT) деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области

По результатам проведенного SWOT-анализа в качестве существующих возможностей были определены: ПМСП является приоритетным направлением в рамках федеральных проектов, утверждены НПА и иные документы по организации ПМСП на федеральном и региональном уровнях, совершенствование ПМСП осуществляется в рамках внедрения новой модели, методическое сопровождение осуществляется Координационным центром по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», созданы РЦ ПМСП во всех субъекта РФ и методические центры по обучению сотрудников медицинских организаций по применению бережливых технологий в здравоохранении на базе 9 образовательных организаций, подведомственных Минздраву России, на уровне региона утверждены приказы по организации работы РЦ ПМСП Свердловской области и реализации мероприятий по созданию и тиражированию новой модели, ежегодно выделяется финансирование из регионального бюджета на создание новой модели (более 100 млн. руб.), с конца 2022 г. в Свердловской области началось поэтапное подключение всех трех имеющихся в государственных медицинских организациях МИС к ЕЦП.

Основными потенциальными угрозами при организации и совершенствовании ПМСП Свердловской области явились: неблагоприятные медико-статистические и демографические показатели в муниципальных образованиях, отсутствие единого стандарта организации работы амбулаторной службы, на начало 2022 г. в Свердловской области функционировало

одновременно три МИС в государственных медицинских организациях, не связанные между собой: РМИС, ПРОМЕД, АИС «МИР». В федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не закреплены требования к критериям новой модели, не разработаны и не утверждены методики оценки для 16 из 24 критериев новой модели на федеральном уровне, не определены функции и полномочия Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в части оценки достижения уровней новой модели организации медицинской помощи и присвоения – «первого», «второго», «третьего» уровней медицинской организации. В Свердловской области отсутствует учебно-методический центр по обучению сотрудников медицинских организаций основам бережливого производства в здравоохранении.

Наиболее значимыми сильными сторонами на уровне медицинских организаций являлись: в Свердловской области в реализации мероприятий по созданию и тиражированию новой модели участвовали 94 медицинские организации), 256 амбулаторно-поликлинических подразделений (2022 г.), для достижения рекомендованных критериев новой модели в медицинских организациях Свердловской области реализуются проекты по улучшениям с использованием методов бережливого производства: в 2019 г. было открыто 857 проектов, в 2020 г. в работе было 1664 проекта, в 2021 г. был открыт 691 проект, в 2022 г. – 688 проектов, в медицинских организациях Свердловской области функционирует 26 отделений и 118 кабинетов неотложной медицинской помощи, открыты кабинеты доврачебной медицинской помощи, повысился уровень показателя удовлетворенности пациентов длительностью ожидания, отношением лечащих врачей на приеме, результатом посещения участкового врача в рамках внедрения новой модели, по результатам оценки вовлеченности медицинских работников, в рамках создания новой модели в среднем по медицинским организациям индекс вовлеченности персонала составил в 2018 г. 78,98%, в 2019 г. – 80,2%, в 2022 г. – 78,6%, что говорит о высокой вовлеченности персонала в деятельность медицинских организаций.

Наиболее значимыми слабыми сторонами на уровне медицинских организаций Свердловской области явились: низкие показатели обеспеченности населения врачами, обеспеченности врачами-терапевтами участковыми и врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики, низкое число посещений к врачам на одного жителя в год (6,4 посещения), что ниже показателей по УРФО на 29,7% и РФ – на 18%, превышение численности прикрепленного населения на участках, недостаточный охват профилактическими мероприятиями разных групп населения, проблемы в достижении критериев второго и третьего уровней новой модели, уменьшение уровня показателя удовлетворенности пациентов при прохождении диспансеризации, наличие неудовлетворенных пациентов длительностью ожидания приема, доступностью медицинской помощи, условиями пребывания в медицинской организации, отношением со стороны сотрудников, большим числом обращений от населения в СОГ по оказанию медицинской помощи в поликлинике (35,1%), по записи на прием к врачу (Таблица 39) [145].

На основе итоговой SWOT-матрицы сформулированы модели возможных стратегий. Для этого сопоставлены все возможные варианты комбинаций полей SO, WO, ST и WT. В результате анализа показателей из каждой пары сформирован набор стратегий (Таблица 40). В контексте данного исследования под стратегией понимается определенный план действий, шагов и мероприятий, который создается для достижения цели по совершенствованию деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель.

Таблица – 39. SWOT-анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз организации деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель в Свердловской области

«S» Сильные стороны («внутренняя среда»)	«W» Слабые стороны («внутренняя среда»)
<p>1. В создании новой модели участвовали 94 медицинских организации, 256 амбулаторно-поликлинических подразделений (2022 г.).</p> <p>2. В период 2019-2022 гг. реализовано более 3900 проектов по.</p> <p>3. Функционировали 26 отделений и 118 кабинетов неотложной медицинской помощи.</p> <p>4. Открыты кабинеты доврачебной медицинской помощи.</p> <p>5. Повысился показатель удовлетворенности пациентов в рамках внедрения новой модели.</p> <p>6. Вовлеченность медицинских работников в рамках создания новой модели составила более 78%.</p>	<p>1. Низкие показатели обеспеченности населения врачами, врачами-терапевтами и врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики.</p> <p>2. Число посещений к врачам на одного жителя в год ниже, чем по УРФО и РФ.</p> <p>3. Численность прикрепленного населения в разрезе участков в 2022 г. была больше рекомендуемых значений.</p> <p>4. Охват населения профилактическими мероприятиями разных групп населения в период с 2017 по 2022 гг. не достигал плановых значений.</p> <p>5. Уменьшение удовлетворенности пациентов при прохождении диспансеризации.</p> <p>6. Проблемы в достижении критериев второго и третьего уровней новой модели.</p> <p>7. Наличие пациентов неудовлетворенных качеством оказания медицинской помощи.</p> <p>8. Наиболее низкие показатели удовлетворенности пациентов получены по ответам на вопросы, касающимся удобства записи на прием, времени ожидания медицинской помощи.</p> <p>9. Наибольшее количество обращений от населения в СОГ поступило по вопросам оказания медицинской помощи в поликлинике, записи на прием.</p> <p>10. Обращения граждан в ПОС по вопросу электронной формы записи на прием к врачу были связаны с проблемами выбора специалиста, прикрепления к медицинской организации, временного слота, региона.</p>

Продолжение таблицы 39

«О» Возможности («внешняя среда»)	«Т» Угрозы («внешняя среда»)
<p>1. Высокая потребность населения в ПМСП.</p> <p>2. Совершенствование ПМСП является приоритетным направлением в рамках федеральных проектов.</p> <p>3. Утверждены НМД по организации ПМСП на федеральном и региональном уровнях.</p> <p>4. Совершенствование ПМСП осуществляется в рамках внедрения новой модели.</p> <p>5. Наличие федеральных методических рекомендаций по сопровождению внедрения новой модели.</p> <p>6. Созданы Региональные центры организации ПМСП во всех субъектах РФ.</p> <p>7. Созданы методические центры по обучению сотрудников медицинских организаций основам бережливого производства в здравоохранении на базе 9 образовательных организаций, подведомственных Минздраву РФ.</p> <p>8. Утверждены НМД по организации работы РЦ ПМСП Свердловской области и реализации мероприятий по созданию и тиражированию новой модели.</p> <p>9. Ежегодно из регионального бюджета на создание новой модели выделяется более 100 млн. руб.</p> <p>10. В конце 2022 г. в Свердловской области началось поэтапное подключение всех имеющихся МИС в государственных медицинских организациях к ЕЦП.</p>	<p>1. Неблагоприятные медико-статистические и демографические показатели в муниципальных образованиях региона.</p> <p>2. Отсутствие единого регионального стандарта организации работы амбулаторной службы.</p> <p>3. Не закреплены конкретные требования к критериям новой модели в федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p> <p>4. Не разработаны методики оценки для 16 из 24 критериев новой модели на федеральном уровне.</p> <p>5. В Свердловской области отсутствует учебно-методический центр по обучению сотрудников медицинских организаций основам бережливого производства в здравоохранении.</p> <p>6. В начале 2022 г. в Свердловской области работало одновременно три МИС в государственных медицинских организациях: РМИС, ПРОМЕД, АИС «МИР».</p>

Таблица 40 – Модели возможных стратегий на основании вариантов комбинаций полей SO, WO, ST и WT

<p style="text-align: center;">SO</p> <p style="text-align: center;">Стратегии, использующие сильные стороны, чтобы реализовать возможности внешней среды</p>	<p style="text-align: center;">WO</p> <p style="text-align: center;">Стратегии, использующие возможности внешней среды, чтобы минимизировать влияние слабых сторон</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Продолжить создание и тиражирования новой модели на уровне региона. 2. Продолжить методическое сопровождение медицинских организаций по введению проектов по улучшениям. 3. Продолжить мониторинг удовлетворенности населения. 4. Повысить доступность ПМСП на уровне региона. 5. Продолжить мониторинг удовлетворенности и вовлеченности сотрудников медицинских организаций. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечить соответствие численности прикрепленного населения в разрезе участков в соответствии с НПА. 2. Обеспечить выполнение плана проведения профилактических медицинских мероприятий для населения в соответствии с НПА. 3. Обеспечить методическую помощь медицинским организациям по достижению критериев второго и третьего уровней новой модели (РЦ ПМСП). 4. Обеспечить финансирование из регионального бюджета на создание новой модели, направленное на достижение критериев второго и третьего уровней. 5. Внедрить и обеспечить функционирование ЕЦП в медицинских организациях на уровне региона 6. Обеспечить проведение обучения сотрудников медицинских организаций на базе учебно-методических центров по обучению основам бережливого производства в здравоохранении и др. 6. Повысить уровень показателя удовлетворенности населения в амбулаторных условиях.

Продолжение таблицы 40

ST Стратегии, использующие сильные стороны, чтобы минимизировать угрозы внешней среды	WT Стратегии, минимизирующие слабые стороны и позволяющие избежать угроз внешней среды
1. Разработка методических рекомендаций для медицинских организаций по достижению критериев новой модели. 2. Разработка системы мотивации для сотрудников медицинских организаций.	1. Разработка и утверждение стандарта организации работы амбулаторной службы на региональном уровне. 2. Разработка плана мероприятий по совершенствованию организации управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу. 3. Разработка предложений по методике оценки отдельных критериев новой модели. 4. Внедрение системы по обучению сотрудников медицинских организаций основам бережливого производства в здравоохранении на уровне региона. 5. Методическая поддержка медицинских организаций по вопросам работы в ЕЦП.

В соответствии с классической методологией проведения SWOT-анализа в результате проведенных индуктивного и дедуктивного анализов были определены следующие итоговые стратегии для совершенствования деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель:

1) стратегия, направленная на повышение вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи;

2) стратегия, направленная на методическое сопровождение внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи;

3) стратегия, направленная на стандартизацию и улучшение работы медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи;

4) стратегия, направленная на совершенствование организации проведения профилактических медицинских мероприятий для взрослого населения на принципах бережливого производства;

5) стратегия, направленная на совершенствование организации управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу;

6) стратегия, направленная на создание системы непрерывного обучения принципам бережливого производства в здравоохранении в регионе.

7.2. Стратегия повышения вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи

Вовлеченность сотрудников медицинских организаций имеет важное значение при внедрении бережливых технологий в рамках создания новой модели. По результатам оценки вовлеченности медицинских работников в среднем по медицинским организациям индекс вовлеченности персонала составил в 2018 г. 78,98%, в 2019 г. – 80,2%, в 2022 г. – 78,6%, что говорит о высокой вовлеченности персонала в деятельность медицинских организаций. В ходе выполнения 1-3 этапов оценки вовлеченности выявлены основные вопросы, требующие решения для сотрудников: условия для качественного выполнения работы (1 этап – 64,5%, 2 этап – 64,6%, 3 этап – 66,5%) и наличие необходимых материалов и инструментов (1 этап – 65,0%, 2 этап – 65,9%, 3 этап – 69,6%). Обращает внимание, что 30% опрошенных в 2018 г., 23,7% опрошенных в 2019 г., 35,1% опрошенных в 2022 г. отмечают отсутствие оценки заслуг и успехов работника со стороны руководства, 26,3%, 25,5%, 29,8% соответственно не считают, что руководство относится к ним как к личности, 25,7%, 23,6%, 27,1% опрошенных соответственно отмечало, что руководство и коллеги не принимают во внимание их точку зрения (Таблица 41) [101, 147].

Такой инструмент как оценка вовлеченности необходим для постоянного мониторинга принятия своевременных управленческих решений со стороны

руководителей медицинской организации и структурных подразделений и совершенствования внедрения новой модели.

Таблица 41 – Оценка индекса вовлеченности медицинского персонала в рамках внедрения новой модели, % [101, 147]

Перечень вопросов	2018 г. 1 этап	2019 г. 2 этап	2022 г. 3 этап
1. Я понимаю свои задачи и функции, %	94,4	94,4	93,8
2. Я знаю, что от меня ждет руководство, %	88,7	89,2	89,8
3. Я знаю, по каким критериям оценивается моя работа, %	84,3	84,9	83,9
4. В организации созданы все условия, чтобы я качественно выполнял свою работу, %	64,5	64,6**	66,5
5. Если я работаю хорошо и старательно, руководитель хорошо отзывается обо мне, %	78,4	78,9**	75,5
6. У меня есть все необходимые материалы и инструменты, чтобы качественно выполнять свою работу, %	65,0	65,9**	69,6
7. Руководство ценит мои заслуги, замечает успехи, %	70,0*	76,3**	64,9
8. Руководство и коллеги принимают во внимание мою точку зрения, %	74,6	76,4**	72,9
9. Я обучаюсь в процессе работы, узнаю что-то новое, %	88,7	89,1	87,9
10. Я ощущаю значимость выполняемой мной работы, %	84,1	85,9	86,2
11. Руководитель относится ко мне как к личности, а не только как к сотруднику, %	73,7	74,3**	70,2
12. Мои коллеги считают своим долгом качественное выполнение работы, %	81,5	82,2	82,5
13. Индекс вовлеченности персонала	78,98	80,2**	78,6

*при сравнении показателей 2018 и 2019 гг. различия считаются статистически значимы ($p \leq 0,05$)

** при сравнении показателей 2019 и 2022 гг. различия считаются статистически значимы ($p \leq 0,05$)

В рамках реализации данной стратегии были разработаны методические рекомендации по повышению мотивации и вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели. Данные рекомендации включали в себя общие вопросы по мотивации и вовлеченности

сотрудников медицинской организации в рамках внедрения новой модели, требования к системе подачи и реализации предложений, форму журнала регистрации предложений по улучшению, порядок применения листа проблем и листа предложений, шаблон листов проблем и предложений. Описана методика проведения анкетирования и оценки вовлеченности сотрудников медицинской организации с расчетом индекса вовлеченности персонала [101, 147].

7.3. Стратегия методического сопровождения внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи

По результатам аудита медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, установлены проблемные направления для достижения целевых значений рекомендованных критериев новой модели (Глава 5, раздел 5.2).

С целью реализации данной стратегии были разработаны, прорецензированы внешними рецензентами, утверждены Ученым советом Института им. Блохина (протокол от 20.10.2022 № 2) 5 методических рекомендаций по совершенствованию деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель:

1. «Методические рекомендации по организации рационального рабочего места в медицинских организациях по системе 5С»;
2. «Методические рекомендации по стандартизации работы медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания медицинской помощи»;
3. «Методические рекомендации по повышению мотивации и вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели оказания медицинской помощи»;
4. «Методические рекомендации по управлению запасами в медицинской организации в рамках внедрения новой модели оказания медицинской помощи» [165];

5. «Методические рекомендации по эффективному использованию оборудования в медицинской организации в рамках внедрения новой модели оказания медицинской помощи».

7.4. Стратегия стандартизации и улучшения работы медицинской организации в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи

Для обеспечения эффективного управления внутренними процессами в поликлинике необходимо применять организационные и методические подходы, основанные на стандартизации ключевых процессов и разработке кратких алгоритмов для руководителей.

В рамках процессного подхода была составлена и описана структура поликлиники (Рисунок 14). Далее определены основные процессы в деятельности амбулаторной службы, состоящие из основных, управленческих и обеспечивающих процессов. К основным процессам в поликлинике отнесены организация работы регистратуры, консультативно-диагностических и вспомогательных служб.

В регистратуре осуществляются процессы информационного сопровождения пациентов, управления расписанием приема врачей и записью на прием к врачу, прикрепления пациента к медицинской организации, организации работы колл-центра.

К вспомогательным службам отнесена деятельность кабинета доврачебной помощи, заключающаяся в открытии, продлении, закрытии больничного листа, выписке справок заключений, формировании направлений в медицинские организации для получения специализированных видов помощи, в выписке льготного лекарственного рецепта (электронного, бумажного) и др.

К консультативно-диагностическим службам отнесено оказание неотложной помощи, лечебно-диагностический прием врача (консультация специалиста), профилактический прием (в т. ч. диспансеризация), лечебно-профилактический

прием врача на дому, диспансерное наблюдение, вакцинация, работа дневного стационара, медицинская реабилитация, лабораторные и инструментальные исследования, обеспечение лекарственными средствами. Дополнительно консультативно-диагностические службы были разделены по блокам и отделениям, в которых осуществляются оказание медицинской помощи: кабинет (отделение) неотложной помощи, лечебный блок, профилактический блок, диагностический и лабораторный блоки и дополнительные подразделения.

На основании проведенного комплексного анализа удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи были определены 6 основных процессов для руководителей медицинских организаций, требующих стандартизации организации работы: регистратуры, отделения (кабинета) неотложной помощи; кабинета доврачебной помощи; отделения (кабинета) медицинской профилактики; участковой службы, записи на прием.

Разработано 6 алгоритмов для руководителей медицинской организации, направлены в Минздрав Свердловской области.

Для организации деятельности регистратуры поликлиники были выделены основные направления: организация наружной и внутренней навигации поликлиники, создание доступной среды для разных групп населения, обеспечение работы фронт-офиса (зоны первого контакта пациента), открытой регистратуры, внедрение системы информирования пациентов в зоне регистратуры, организация работы картоохранилища, колл-центра и гардероба поликлиники.

Деятельность отделения (кабинета) неотложной помощи требовала организации условий для работы отделения (кабинета) неотложной помощи, четкой маршрутизации пациентов в поликлинике по целям обращения, укомплектование подразделений в соответствии со штатными нормативами, оснащение отделения (кабинета) неотложной помощи, оснащение выездных бригад отделения неотложной помощи, утверждение внутренних документов по организации работы.



Рисунок 14 – Структура поликлиники и основные процессы оказания медицинской помощи

Для работы кабинета доврачебной помощи необходимо организовать условия для работы кабинета, оснастить его в соответствии со стандартом, укомплектовать на основании рекомендуемых штатных нормативов, утвердить внутренние документы по организации работы.

В состав алгоритма по организации участковой службы вошли основные территориально-участковые принципы организации амбулаторного участка, штатные нормативы, стандарт оснащения терапевтического кабинета, перечень основной медицинской документации участка, организации работы участковой службы, основные функции врача участкового, функции персонала участковой службы со средним медицинским образованием, функции для передачи помощнику медицинской сестры участковой, медицинским регистраторам, сотрудникам колл-центров, оценка эффективности работы участковой службы, показатели оценки деятельности участкового врача, рекомендуемые необходимые и дополнительные документы врачебного участка (терапевтического), краткий алгоритм организации работы терапевтического участка для руководителя медицинской организации.

Во все алгоритмы для руководителей были включены основные НПА и иные документы, регламентирующие соответствующие разделы деятельности.

7.5. Стратегия совершенствования организации проведения профилактических медицинских мероприятий для взрослого населения на принципах бережливого производства

В рамках реализации стратегии по совершенствованию организации профилактической работы разработаны и утверждены Ученым советом Института им. Блохина (протокол от 28.04.2023 №2) методические рекомендации «Организация проведения профилактических медицинских мероприятий (профилактического медицинского осмотра, диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации) в медицинских организациях на принципах бережливого производства».

Пилотной площадкой для разработки данных методических рекомендаций явилась база поликлиники г. Екатеринбурга.

Методические рекомендации составлены для руководителей медицинских организаций, оказывающих ПМСП с применением комплексного подхода к процессам организации, проведения профилактических медицинских мероприятий и включение подходов бережливого производства.

Методические рекомендации состояли из 6 разделов, в которые включены общие положения, категории взрослого населения, для которых организуются профилактические медицинские мероприятия, краткий алгоритм организации проведения профилактических мероприятий, условия для проведения и организации профилактических мероприятий, организация внутреннего контроля качества проведения профилактических мероприятий, основные НПА и иные документы, стандартные операционные процедуры, алгоритмы, дополнительные документы, шаблоны документов в виде активных ссылок для просмотра и скачивания.

Одной из поставленных задач при разработке методических рекомендаций была разработка краткого алгоритма для организации профилактических мероприятий для руководителя медицинской организации (Рисунок 15).

С целью совершенствования проведения профилактических мероприятий предложено применение подходов бережливого производства при организации проведения профилактических мероприятий. Рекомендованы оценка размещения кабинетов, принимающих участие в проведении профилактических мероприятий, составление карты текущего и целевого состояния процесса, прохождения пациентом профилактических мероприятий, оценка времени протекания, клиентского пути (путь пациента), выявление «узких мест» и потерь. На основании анализа полученных данных предложено оптимизировать размещение кабинетов и скорректировать маршрут пациентов, снизить потери.



Рисунок 15 – Краткий алгоритм организации профилактических медицинских мероприятий

Большое внимание при проведении профилактических мероприятий уделяется привлечению пациентов, поэтому один из разделов посвящен организации системы привлечения пациентов на профилактические мероприятия (Рисунок 16).



Рисунок 16 – Система привлечения пациентов на профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию определенных групп взрослого населения, в том числе углубленную диспансеризацию

По согласованию с Минздравом Свердловской области в течение месяца проведена апробация ранее разработанных методических рекомендаций на базе поликлиники. В рамках апробации был утвержден план мероприятий по внедрению методических рекомендаций, определены основные этапы.

На первом этапе проведена оценка текущего состояния организации и проведения профилактических мероприятий, документов, условий, укомплектованности, оснащения кабинета (отделения) медицинской профилактики, работы МИС в части введения и выгрузки данных, сайта и раздела «Диспансеризация», системы привлечения пациентов на профилактические мероприятия, организации внутреннего контроля качества проведения профилактических мероприятий.

Визуализирована схема организации процесса профилактического медицинского осмотра, диспансеризации определенных групп взрослого населения, карта текущего состояния процесса, диаграммы «спагетти», отражающая поэтажное перемещение пациентов.

По результатам аудита установлено, что локальные нормативные документы, оснащение и укомплектованность, организация внутреннего контроля качества

профилактических мероприятий в отделении медицинской профилактики соответствуют нормативным документам.

По результатам обсуждений с рабочей группой в отделении медицинской профилактики были перемещены кабинеты, оптимизирован маршрут пациента, организован забор крови и осмотр акушеркой в первый день проведения 1 этапа диспансеризации, переработана форма маршрутного листа для пациента, организован пост администратора, привлечены волонтеры для помощи заполнения анкет пациентами, доработана система навигации, сайт медицинской организации и раздел «Диспансеризация», реализованы мероприятия по привлечению пациентов для прохождения профилактических мероприятий. Дополнительно проведено анкетирование пациентов по оценке качества информирования проводимых профилактических мероприятий (19 вопросов, 74 человека). По результатам опроса 74 пациентов уровень информирования о проводимых профилактических мероприятиях составил в среднем 92,1%.

На заключительном этапе проведено повторное картирование процесса, результаты которого показали эффективность проведенных мероприятий: время прохождения 1 этапа диспансеризации снизилось с 3 дней до 1 дня, по итогам мониторинга выполнения профилактических мероприятий за январь–апрель 2023 г. в исследуемой медицинской организации увеличился ежемесячный факт выполнения профилактических мероприятий с 44% до 55%.

По итогам проведенной работы по внедрению методических рекомендаций в медицинской организации главному врачу предложено осуществлять мониторинг устойчивости улучшений, внедренных в результате реализации мероприятий по совершенствованию организации профилактических мероприятий, разработать внутренние нормативные документы по стандартизации процессов.

Апробация разработанных методических рекомендаций в реальных условиях позволила не только отработать организационные технологии и выявить возможные несовершенства, но и оценить их эффективность в медицинской организации.

Подходы и принципы, отраженные в данных методических рекомендациях, были использованы при реализации приказов Минздрава Свердловской области от 22.02.2023 № 385-п, от 06.03.2023 № 468-п в части проведения обучающих мероприятий и окружных совещаний для сотрудников медицинских организаций, участвующих в организации и проведении профилактических мероприятий.

7.6. Стратегия совершенствования организации управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу

Анализ удовлетворенности организацией записи на прием к врачу (Глава 6, раздел 6.5.) и выявленные в ходе него проблемы, явились основой для разработки стратегии по совершенствованию организации управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу.

По итогам проведенного анкетирования пациентов, врачей, регистраторов, операторов колл-центра по оценке удовлетворенности организацией записи на прием к врачу сформированы предложения в план мероприятий по совершенствованию (Таблица 42). Данный план направлен в Минздрав Свердловской области.

Таблица 42 – Рекомендуемые мероприятия по совершенствованию организации управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу

№	Мероприятия
Медицинским организациям:	
1.	Организовать работу электронной очереди, инфоматов
2.	Обновить по возможности автоматизированные рабочие места сотрудников
3.	Увеличить скорость работы сети Интернет в медицинской организации совместно с провайдером
4.	Рассмотреть возможность автоматизации приема вызова пациента и возможности автоматической записи
5.	Увеличить количество операторов колл-центров, регистраторов в пиковые часы нагрузки

Продолжение таблицы 42

№	Мероприятия
6.	Внедрить четкие алгоритмы, инструкции по записи на прием к врачу для сотрудников колл-центров, регистратуры
7.	Организовать обучение сотрудников колл-центров, регистратуры бесконфликтному общению с пациентами
8.	Улучшить организацию и контроль работы по составлению и ведению расписания
9.	Утвердить еженедельный график выставления расписания
10.	Внедрить систему предварительного напоминания пациентам о записи на прием к врачу с последующей корректировкой освободившегося времени в случае отказа пациента прийти на прием, включения пациентов в «Лист ожидания»
11.	Рассмотреть возможность внедрения автоматической системы обзвона пациентов для подтверждения записи на прием, информирования о плановом приеме, в том числе и на профилактические медицинские мероприятия
12.	Рассмотреть возможность автоматизации первого этапа распределения звонков по целям обращения при обращении в колл-центр, внедрение автоматического уведомления пациента о записи на прием
13.	Выделить отдельный номер для вызова врача на дом (при отсутствии)
14.	Разделить потоки пациентов по целям обращения в поликлинику, в том числе по неотложным состояниям, доврачебной помощи (при отсутствии)
15.	Для доступности записи к узким специалистам организовать возможность записи в другую медицинскую организацию или включение в «Лист ожидания»
16.	Провести мероприятия по снижению кадрового дефицита медицинских кадров, в том числе узких специалистов (целевой набор специалистов)
17.	Провести организационные решения по перераспределению функций между сотрудниками медицинской организации, обеспечить совместную работу медицинской сестры и врача-специалиста, или организацию работы врача совместно с оператором без медицинского образования
18.	Сделать ограниченное фиксированное количество дополнительных талонов на одного врача в день (не более 5 дополнительных талонов)

Продолжение таблицы 42

№	Мероприятия
РЦ ПМСП:	
19.	Разработать инструкции, памятки для пациентов по записи на прием, в том числе через портал Госуслуг (подробную инструкцию), для размещения их на официальном сайте, информационных стендах медицинских организаций (совместно с МИАЦ)
20.	Провести хронометраж и растет реального времени приема одного пациента, в том числе времени, которое тратят врачи на запись пациента на прием к себе или к другим специалистам
21.	Разработать краткий алгоритм (инструкцию) для медицинских организаций по составлению и ведению расписания
22.	Проводить в регулярном режиме обучение операторов колл-центра, сотрудников регистратуры (совместно с ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»)
МИАЦ, Министерству цифрового развития Свердловской области:	
23.	Рассмотреть возможности по техническому улучшению работы ЕЦП (более 30 технических доработок и предложений от сотрудников медицинских организаций)

В рамках совершенствования организации управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу был предложен краткий алгоритм по организации записи на прием к врачу (Рисунок 17).



Рисунок 17 – Краткий алгоритм организации записи на прием к врачу

7.7. Стратегия совершенствования системы непрерывного обучения принципам и методам бережливого производства

Стратегия совершенствования системы непрерывного обучения принципам и методам бережливого производства основывалась на разработку дополнительных программ повышения квалификации по организации и управлению оказанием ПМСП, по применению бережливых технологий в деятельности медицинских организаций, в том числе и дистанционных форм, включение вопросов в программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации

«Организация здравоохранения и общественное здоровье», разработке и включении тренингов по типу «фабрики процессов» в учебный процесс Института им. Блохина.

Комплексный анализ вопросов оказания ПМСП и выявленные проблемы послужили обоснованием для разработки дополнительной профессиональной программы повышения квалификации (далее – ДПП ПК) «Организация и управление оказанием первичной медико-санитарной помощи» для руководителей амбулаторной службы на 144 часа, утвержденной Педагогическим советом Института им. Блохина. При составлении программы были учтены все выявленные в ходе исследования направления, требующие дополнительных знаний и формирования компетенций руководителей амбулаторной службы.

Результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций руководителя амбулаторной службы, в которых отражается преемственность с профессиональным стандартом «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих.

В данную программу введены новые тематики практических и лекционных занятий по организации оказания медицинской в амбулаторных условиях, анализу деятельности амбулаторной службы медицинской организации, статистическому учету и отчетности, правовым основам и актуальным вопросам права в деятельности амбулаторного звена, повышению эффективности профилактических медицинских мероприятий, модуль по вопросам применению бережливых технологий в здравоохранении на 36 часов. В рамках данного модуля специально разработан тренинг «Фабрика процессов: профилактический осмотр, диспансеризация взрослого населения и диспансерное наблюдение». Все лекции и практические занятия скорректированы для руководителей амбулаторной службы. Программа внедрена в учебный процесс Института им. Блохина, повышение квалификации по данной программе в 2023 г. прошли 25 руководителей амбулаторной службы медицинских организаций Свердловской области.

Дополнительно разработана ДПП ПК «Внедрение бережливых технологий в деятельность медицинских организаций» на 36 часов для проведения на базе Института им. Блохина. В программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» включены модули по бережливому производству. В учебный процесс Института им. Блохина внедрены тренинги по типу фабрики процессов на всех циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки. В рамках исполнения государственного задания в течение года на базе Института им. Блохина проходят обучение по данным программам более 450 врачей, работающих в государственных медицинских организациях Свердловской области.

Фабрика процессов – это тренинги с использованием симуляционных технологий, где каждый участник в игровой практике, максимально-приближенной к реальной, осваивая и применяя бережливые технологии, приходит к улучшениям предлагаемого процесса, направленным на повышение эффективности и жизнеспособности медицинской организации [134, 166, 167].

Разработаны фабрики процессов по актуальным темам: «Вакцинация против НКВИ», «Углубленная диспансеризация после НКВИ», «Диспансеризация, профилактический осмотр, диспансерное наблюдение», «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, на примере приемного отделения стационара». С 2021 г. по 1 квартал 2024 г. проведено 27 лекционных модулей и фабрик процессов по разным тематикам, обучено более 700 специалистов, оценивается эффективность проведенных образовательных тренингов за счет входного и повторного тестирования [134].

Кроме того, включены вопросы по применению бережливых технологий в здравоохранении в рабочие программы дисциплины «Гигиена» («31.05.01 Лечебное дело», «31.05.02 Педиатрия») на кафедре гигиены и экологии ФГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, разработаны учебные задания для студентов.

7.8. Оценка результативности мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области

Для оценки результативности проводимых мероприятий по совершенствованию деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, были выбраны две медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению и участвующие в создании новой модели с 2016–2017 гг., ЦГБ № «Х» и ЦГБ № «У», с разным уровнем фактического внедрения новой модели, достижения критериев первого, второго и третьего уровней новой модели, участия в методических и организационных мероприятиях сотрудников в подразделениях данных медицинских организаций в 2023 г. Медицинские организации, выбранные для оценки, имели в 2017 г. близкие общие рейтинги по показателям деятельности на втором этапе диссертационного исследования, оказывали помощь взрослому населению (разница в 1 ранг). Проведено сравнение медицинских организаций между собой и в динамике с 2017 по 2023 гг.

В аспекте внедрения критериев новой модели были отобраны 7 показателей для оценки проводимых мероприятий по совершенствованию деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель (Таблица 43).

В ЦГКБ № «Х» было больше реализованных проектов по улучшению в расчете на одно подразделение, больше разработанных стандартов улучшенных процессов, чем в ЦГБ № «У». На базе ЦГКБ № «Х» учебно-методическим центром по бережливым технологиям проводилось два цикла повышения квалификации, в рамках которых дополнительно осуществлялась отработка проектов группой слушателей на площадке подразделений, отмечено достижение критериев новой модели, касающихся реализации пяти шагов организации рабочего места по системе 5С, системы управления процессов через информационный центр. Данная медицинская организация была включена как одна из площадок для посещения

Координационным центром по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

При сравнении медицинских организаций по выбранным показателям деятельности в динамике с 2017 по 2023 гг. определены различия.

Так, в ЦГКБ № «Х» определяется увеличение показателей: числа посещений на одного человека в год с 4 до 5 посещений, охвата взрослого населения диспансеризацией – на 44,3%, доли дистанционной записи на прием к специалисту – на 36%, среднего уровня удовлетворенности пациентов – на 6%, уровня вовлеченности персонала медицинской организации – на 5,9%, фактического выполнения ТП ОМС по объемам медицинской помощи (посещений) – на 5,6%.

В ЦГБ № «У» в период с 2017 по 2023 гг. снизились число посещений на одного человека в год с 4 до 3 посещений, фактическое выполнение ТП ОМС по объемам медицинской помощи (посещениям), уровень вовлеченности персонала медицинской организации на 12,7%. Произошло увеличение охвата взрослого населения диспансеризацией на 13%, среднего уровня удовлетворенности пациентов на 1,5%, доли дистанционной записи на прием в медицинскую организацию на 37%.

Кроме того, в данных медицинских организациях произошло снижение доли штрафов/удержаний/снятий за АПП, взысканных СМО, ТФОМС по результатам ЭКМП от фактического выполнения ТП ОМС за АПП (объем финансирования) с 0,2% до 0,1% в период с 2017 по 2023 гг. (Таблица 43).

Таблица 43 – Оценка результативности внедрения мероприятий по совершенствованию ПМСП в медицинских организациях Свердловской области

№	Наименование показателя	2017 г.	2023 г.	2017 г.	2023 г.
		ЦГБ № «Х»	ЦГБ № «Х»	ЦГБ № «У»	ЦГБ № «У»
1	2	3	4	5	6
1.	Год вступления в проект	2016–2017		2016–2017	
2.	Количество подразделений, участвующих в проекте	1	5	1	7

Продолжение таблицы 43

1	2	3	4	5	6
3.	Количество реализованных проектов до 2023 г.	64 проекта на 5 подразделений		74 проекта на 7 подразделений	
4.	Достижение критериев первого уровня по данным аудита (да/нет)	да		нет	
5.	Достижение некоторых критериев второго и третьего уровней (да/нет)	да		нет	
6.	Число посещений на одного человека в год (фактическое), ед.	4	5	4	3
7.	Охват взрослого населения диспансеризацией, %	50,6	94,9	46,1	59,1
8.	Доля дистанционной записи на прием к врачу, %	38	74	31	68
9.	Средний уровень удовлетворенности пациентов, %	66	77,0	57	58,5
10.	Уровень вовлеченности персонала медицинской организации, % (2018 г.)	70,4	76,3	77,9	65,2
11.	Фактическое выполнение ТП ОМС по объемам медицинской помощи (посещений), %	90,4	96	83,1	66
12.	Доля штрафов/удержаний/снятий, взысканных СМО, ТФОМС по результатам ЭКМП случаев оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях от фактического выполнения ТП ОМС за АПП (объем финансирования), %	0,2	0,1	0,2	0,1

ЦГКБ № «Х» следовала всем мероприятиям в рамках внедрения новой модели, начиная с 2017 г. В 2023 г. В ЦГКБ № «Х» по сравнению с ЦГБ № «У» выше число посещений на одного человека в год (разница между исходными показателями 2017 г. составила 2 посещения, больше на 40%), фактическое выполнение ТП ОМС по объемам медицинской помощи (посещений) – на 30% (разница между исходными показателями 2017 г. – 7,3%), охват населения диспансеризацией 1 этапа – на 35,8% (разница между исходными показателями 2017 г. – 4,5%), доля дистанционной записи на прием – на 6% (разница между исходными показателями 2017 г. – 7%), показатель удовлетворенности населения – на 18,5% (разница между исходными показателями 2017 г. – 7%), уровень вовлеченности персонала медицинской организации – на 11,1% (разница между исходными показателями 2017 г. – 7,5%).

Резюме по главе

По результатам проведенного исследования разработана и внедрена система по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель в Свердловской области в период с 2018 по 2023 гг., состоящая из 6 стратегий, направленных на повышение вовлеченности сотрудников, стандартизации процессов, проведения профилактических медицинских мероприятий, доступности записи на прием к врачу, профессиональных компетенций сотрудников медицинских организаций и совершенствование методического сопровождение внедрения новой модели. Динамическая оценка показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций, позволила установить, что данная система повышает результативность работы медицинских организаций, внедряющих новую модель, которая выражается в увеличении на 40% числа посещений на одного человека в год, на 31,3% охвата диспансеризацией взрослого населения, на 22,7% фактического выполнения ТП ОМС по объемам медицинской помощи на 11,5% показателя удовлетворенности населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПМСП на протяжении всей истории развития медицины считается одним из важнейших звеньев функционирования системы здравоохранения, при этом относится к наиболее проблемным. Приоритетным направлением развития системы здравоохранения в условиях внедрения новых подходов управления медицинской организацией является совершенствование организации ПМСП, направленное на повышение уровня показателя удовлетворенности пациентов.

В настоящее время разработано большое количество зарубежных и отечественных организационных концепций и моделей для повышения эффективности и совершенствования деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП.

За последнее время Минздравом РФ определены методические подходы по совершенствованию ПМСП, основанные на внедрении бережливых технологий в рамках новой модели. Совершенствование ПМСП осуществляется в соответствии с федеральными НПА и иными документами, регламентирующими данную область, в том числе методическими рекомендациями Минздрава РФ. Анализ литературных источников показал, что внедрение бережливых технологий в деятельность медицинских организациях демонстрирует достаточно высокую эффективность.

В настоящее время вопросы внедрения новой модели не полностью проработаны на теоретическом и законодательном уровнях. Остается много вопросов по нормативно-правовому регулированию внедрения и оценки новой модели. При большом количестве представленных практик по применению подходов бережливого производства в здравоохранении РФ в немногочисленных работах описаны проблемы и риски, которые следует учитывать при внедрении новой модели.

На сегодняшний день оценка показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, достаточно актуальна. Поэтому одной из

задач явился выбор показателей, наиболее влияющих на эффективность деятельности медицинских организаций, и оценка их влияния на медико-статистические и демографические показатели территорий обслуживания. Это необходимо для разработки, внедрения и оценки мероприятий по совершенствованию в условиях применения новых методологических подходов.

Проведенное исследование состояло из 5 этапов. Первый этап был направлен на проведение обзора научной литературы по вопросам организации ПМСП и внедрения бережливых технологий в здравоохранении, на определение методических и методологических подходов к оценке мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель. Сложностью первого этапа было отсутствие разработанных механизмов оценки показателей и критериев результативности внедрения новой модели, авторы предлагали различные показатели для оценки.

Второй этап заключался в анализе медико-статистических и демографических показателей по МО Свердловской области за период с 2017 по 2019 гг., начиная с периода, когда началась реализация федерального пилотного проекта «Бережливая поликлиника». Выполненный на втором этапе анализ 7 медико-статистических и демографических показателей МО Свердловской области показал стабильную дифференциацию территорий. Проанализированная динамика определила отрицательный тренд в большинстве МО по показателям общей заболеваемости населения, обеспеченности врачами, средним медицинским персоналом, общей смертности населения. Наилучшие показатели регистрировались в административном центре Свердловской области и близлежащих к нему территориях.

На третьем этапе был проведен анализ показателей деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, с 2017 по 2019 гг. по 6 показателям. На основании корреляционного анализа установлена прямая статистически значимая связь средней силы с нисходящим временным трендом между итоговыми рейтингами показателей деятельности медицинских организаций и медико-статистическими, демографическими показателями МО.

Однако при детальном изучении данной системы оценки выявилась необходимость продолжить в дальнейшем подборку параметров предложенной модели, настройку оптимальной структуры заданных показателей.

Полученные интегральные показатели могут служить организационной основой для создания модели многоуровневого анализа, позволяющей оценить в целом деятельность каждой медицинской организации на уровне субъекта РФ, сопоставить с основными медико-статистическими и демографическими показателями на территории обслуживания, а по отдельным показателям определить «узкие места», выявить направления оптимизации оказания ПМСП.

Согласно поручению Президента РФ от 26.02.2019 № Пр-294, органам исполнительной власти субъектов РФ было поручено обеспечить к 2021 г. перевод всех детских поликлиник на новую модель. На основании вышесказанного в рамках диссертационной работы в 2021 г. акцент был сделан именно на оценку детских поликлиник, участвующих в создании новой модели. По результатам очного аудита не все медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому населению, достигли критериев первого уровня новой модели. Выделены критерии второго и третьего уровней новой модели, наиболее сложные для достижения медицинскими организациями. Выявленные недостатки позволили определить направления, требующие методического сопровождения медицинских организаций. Однако на данном этапе не было выявлено взаимосвязи между показателями деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению, и достижением критериев новой модели в данных медицинских организациях, что требует в перспективе изучения проведения исследовательских работ в этом направлении на уровне субъекта РФ.

Полученные на предыдущих этапах результаты определили важность проведения и оценки социологических исследований. Поэтому на четвертом этапе осуществлена оценка удовлетворенности населения в аспекте внедрения новой модели с 2017 по 2022 гг., которая показала увеличение удовлетворенности пациентов, получающих медицинскую помощь в подразделениях, внедряющих новую модель.

С 2022 г. были применены на уровне РФ новые подходы и методика по оценке общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, разработанная ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Результаты оценки данного социологического опроса показали, что наиболее низкие оценки респондентов относились к вопросам, касающимся удобства записи к врачу и времени ожидания медицинской помощи. Проведенный анализ обращений граждан в различные вышестоящие ведомства по вопросам оказания ПМСП показал, что проблемные вопросы для населения также связаны с данными тематиками.

Учитывая вышеизложенное, дополнительно было проведено социологическое исследование по удовлетворенности пациентов, врачей, регистраторов, операторов колл-центра по удовлетворенности организацией управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу. Данное исследование показало наличие направлений, требующих принятия управленческих решений, и необходимость разработки плана мероприятий и алгоритмов по совершенствованию записи на прием к врачу.

На основании результатов, полученных на предыдущих этапах, проведен SWOT-анализ деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель в Свердловской области, разработано и апробировано 6 стратегий по совершенствованию ПМСП. Данные стратегии были направлены на внедрение ресурсосберегающих подходов вовлечения сотрудников, методического сопровождения, стандартизации процессов, организации проведения профилактических медицинских мероприятий, управления потоками пациентов, формирования профессиональных компетенций сотрудников.

Высокая вовлеченность персонала медицинской организации имеет большую роль при реализации бережливых подходов и проектного управления. Один из принципов бережливого производства связан с построением корпоративной культуры в медицинской организации и повышением вовлеченности сотрудников в деятельность. Разработанная система оценки вовлеченности сотрудников медицинских организаций на уровне каждого

подразделения, внедряющего новую модель, позволила осуществлять мониторинг и выявлять факторы, влияющие на снижение вовлеченности и повышение мотивации сотрудников медицинских организаций.

В рамках реализации данной стратегии были разработаны методические рекомендации по повышению мотивации и вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели. Данные рекомендации включали в себя раскрытие понятия мотивации и вовлеченности сотрудников медицинской организации, требования к системе подачи и реализации предложений. Описана методика проведения анкетирования и оценки вовлеченности сотрудников медицинской организации с расчетом индекса вовлеченности персонала.

Стандартизация в области здравоохранения вносит большой вклад в достижение эффективности процессов и их правильного внедрения. В рамках процессного подхода была составлена и описана структура поликлиники, определены основные процессы в деятельности амбулаторной службы, состоящие из основных, управленческих и обеспечивающих процессов. На основании проведенного комплексного анализа удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи были определены 6 основных процессов для руководителей медицинских организаций, требующих стандартизации: организация работы регистратуры, отделения (кабинета) неотложной помощи, кабинета доврачебной помощи, отделения (кабинета) медицинской профилактики, участковой службы, записи на прием к врачу. Разработаны алгоритмы данных процессов в амбулаторном звене для руководителей медицинских организаций.

Проведенное исследование показало, что одной из проблем в Свердловской области является отсутствие регионального стандарта по организации работы амбулаторной службы. Следует отметить, что такой стандарт разработан в Томской области, примерами могут служить «Татарстанский стандарт», «Московский стандарт поликлиники».

Для совершенствования организации профилактических мероприятий необходимо применение комплексного подхода, стандартизации организационных

технологий с опорой на нормативные правовые акты и современные направления по организации процессов, в том числе и на бережливые технологии, которые помогают выявить основные проблемы и потери, эффективнее усовершенствовать процесс. В рамках реализации стратегии по совершенствованию организации профилактической работы разработаны, апробированы и утверждены методические рекомендации «Организация проведения профилактических медицинских мероприятий (профилактического медицинского осмотра, диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации) в медицинских организациях на принципах бережливого производства».

С целью реализации стратегии по методическому сопровождению внедрения новой модели были разработаны, прорецензированы внешними рецензентами, утверждены методические рекомендации по организации рационального рабочего места в медицинских организациях по системе 5С, стандартизации работы медицинских организаций, управлению запасами в медицинской организации, эффективному использованию оборудования в медицинской организации.

Исследование выявило необходимость совершенствования подходов к повышению квалификации руководителей и сотрудников медицинских организаций Свердловской области по вопросам применения ресурсосберегающих технологий в здравоохранении. В рамках исполнения государственного задания ежегодно на базе Института им. Блохина проходят обучение по профессиональным программам переподготовки и повышения квалификации «Организация здравоохранения и общественное здоровье» более 450 врачей, работающих в государственных медицинских организациях Свердловской области. Разработаны и внедрены в учебный процесс Института им. Блохина ДПП ПК «Организация и управление оказанием первичной медико-санитарной помощи», программы по вопросам применения бережливых технологий в здравоохранении, тренинги по типу «фабрики процессов».

На заключительном этапе исследования на примере двух медицинских организаций показана результативность проводимых мероприятий по

совершенствованию внедрения новой модели в Свердловской области. Разработанные стратегии по совершенствованию новой модели способствуют достижению критериев и улучшению показателей деятельности медицинских организаций.

Использование разработанных стратегий предоставляет возможности для улучшения управления региональной системой здравоохранения в части организации ПМСП. Однако предлагаемые стратегии при валидации в дальнейшем на другие медицинские организации могут потребовать разработку дополнительных мероприятий с учетом региональных особенностей. Также встает вопрос о поиске объективных показателей для оценки внедрения новой модели на уровне субъектов РФ, который должен решаться на федеральном уровне.

Полученные результаты свидетельствуют о достижении поставленной цели диссертационного исследования, заключающейся в разработке и оценке мероприятий по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель в Свердловской области.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный сравнительный анализ муниципальных образований Свердловской области по медико-статистическим и демографическим показателям в период с 2017 по 2019 гг. показал сохраняющуюся во времени дифференциацию территорий. Наилучшие показатели регистрировались в административном центре Свердловской области и близлежащих к нему территориях. Отрицательная региональная динамика наблюдалась по показателям общей заболеваемости населения (в 51 муниципальном образовании), обеспеченности врачами (в 46 муниципальных образованиях), обеспеченности средним медицинским персоналом (в 41 муниципальном образовании), общей смертности (в 33 муниципальных образованиях) и положительная региональная динамика – по показателям смертности в трудоспособном возрасте (в 36 муниципальных образованиях), отношения плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций (в 35 муниципальных образованиях), удельного веса профилактических посещений к врачам (в 31 муниципальном образовании).

2. Установлена прямая статистически значимая корреляционная связь средней силы (в 2017 г. – $R = 0,56$, $p < 0,001$; в 2018 г. – $R = 0,44$, $p < 0,001$; в 2019 г. – $R = 0,36$, $p < 0,01$) между итоговым рейтингом медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по показателям деятельности и итоговым рейтингом муниципальных образований по медико-статистическим и демографическим показателям. Данная корреляционная связь описывается по линейному уравнению нисходящего временного тренда с максимальным коэффициентом детерминации в 2017 г. (31,3%). Анализ матрицы корреляции определил показатели, имеющие статистически значимую взаимосвязь: общая смертность в трудоспособном возрасте и отношение плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций в муниципальных образованиях ($r = 0,68$, $p < 0,001$), исполнение годового плана профилактических осмотров несовершеннолетних в

медицинских организациях и обеспеченность врачами в муниципальных образованиях ($r = 0,56$, $p < 0,001$), смертность населения в трудоспособном возрасте и доля штрафов, взысканных страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом обязательно медицинского страхования, на основании мероприятий медико-экономического контроля и экспертизы качества медицинской помощи за амбулаторно-поликлиническую помощь ($r = 0,43$, $p < 0,001$).

3. По результатам очного аудита в 62,5% медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению, определено достижение 7 обязательных критериев новой модели. Более высокая степень внедрения новой модели установлена в медицинских организациях г. Екатеринбурга. Среди критериев второго и третьего уровней наименьший процент достижения выявлен в отношении критериев, связанных с визуальным управлением процессами (12,5% подразделений), расчетом производственной нагрузки оборудования (25% подразделений), пересмотром стандартов улучшенных процессов» (37,5% подразделений), процессом снабжения лекарственными средствами и их расходованием (50% подразделений).

4. По данным опросов пациентов в медицинских организациях, внедряющих новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи, проведенных страховыми медицинскими организациями в период с 2017 по 2022 гг., увеличилась удовлетворенность пациентов длительностью ожидания на прием к врачу ($p < 0,001$), отношением лечащих врачей на приеме ($p < 0,001$), результатом посещения участкового врача ($p < 0,001$). В 2022–2023 гг. в рамках оценки общественного мнения населения наиболее низкие оценки относились к вопросам, касающимся удобства записи к врачу (3,96 из 5,0 баллов), и времени ожидания медицинской помощи «от момента возникновения потребности» (3,97 из 5,0 баллов) и «в очереди перед кабинетом» (3,93 из 5,0 баллов). По отдельным вопросам выявлены статистически значимые различия в оценках удовлетворенности населения между группами анкетированных в зависимости от округа проживания ($p < 0,05$). На основании данных социологического опроса

установлено, что 42,6% пациентов, 29,1% врачей, 26,7% операторов и 18,7% регистраторов в той или иной мере не удовлетворены организацией записи на прием к врачу.

5. По результатам проведенного исследования разработана и апробирована система по совершенствованию деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель на территории Свердловской области в период с 2018 по 2023 гг., состоящая из 6 стратегий, направленных на повышение вовлеченности сотрудников, стандартизации процессов, проведения профилактических медицинских мероприятий, доступности записи на прием к врачу, профессиональных компетенций сотрудников медицинских организаций, а также на совершенствование методического сопровождение внедрения новой модели. Динамическая оценка показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций, позволила установить, что данная система повышает результативность деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель, которая выражается в увеличении числа посещений на одного человека в год на 40%, охвата взрослого населения диспансеризацией на 31,3%, фактического выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования по объемам медицинской помощи на 22,7%, показателя удовлетворенности населения на 11,5%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

По результатам диссертационного исследования предложены методические и методологические подходы, направленные на совершенствование организации ПМСП в условиях внедрения новой модели.

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. Закрепить вопросы создания новой модели на законодательном уровне, проработать теоретические и методологические подходы к внедрению новой модели.

2. При разработке нормативных правовых актов и иных документов, регулирующих вопросы внедрения новой модели, определить перечень показателей для оценки результативности проведения мероприятий по совершенствованию ПМСП.

3. Предложить единые механизмы по повышению мотивации и вовлеченности сотрудников медицинских организаций в рамках внедрения новой модели на федеральном уровне.

4. Инициировать подготовку единых подходов к повышению квалификации сотрудников медицинских организаций, прежде всего руководителей, в области научной организации труда и бережливого производства на федеральном уровне.

Исполнительным органам государственной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации:

1. На уровне субъекта РФ учитывать предложенные стратегии по совершенствованию внедрения новой модели.

2. В рамках реализации пилотного проекта по внедрению методических рекомендаций «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» проводить анкетирование пациентов, врачей, регистраторов, операторов колл-центра для мониторинга проведения мероприятий по совершенствованию организации управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу.

Руководителям образовательных организаций, реализующих профессиональные образовательные программы медицинского образования:

1. Включить в образовательные программы среднего профессионального образования, высшего образования и дополнительные профессиональные программы подготовки медицинских работников вопросы внедрения бережливых технологий и новой модели.

2. Разработать и внедрить в образовательный процесс программы обучения по типу «фабрик процессов».

Министерству здравоохранения Свердловской области:

Рассмотреть возможность разработки единого стандарта организации работы амбулаторной службы в Свердловской области с учетом основных, управленческих и обеспечивающих процессов в поликлинике и предложенных алгоритмов организации ключевых процессов оказания медицинской помощи в амбулаторном звене и технологий бережливого производства.

Руководителям медицинских организаций Свердловской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь:

1. Проводить мероприятия по совершенствованию организации ПМСП с учетом предложенных алгоритмов организации основных процессов в амбулаторном звене для руководителя медицинской организации.

2. При внедрении новой модели использовать предложенные методические рекомендации по организации рационального рабочего места в медицинских организациях по системе 5С, стандартизации работы, управлению запасами, эффективному использованию оборудования в медицинской организации.

3. Учесть при работе разработанный план мероприятий по организации управления потоками пациентов на этапе записи на прием к врачу.

4. Осуществлять ежегодный мониторинг оценки вовлеченности сотрудников подразделений медицинских организаций, внедряющих новую модель.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АИС «МИР»	–	автоматизированная информационная система «Медицинская интегрированная регистратура»
АПП	–	амбулаторно-поликлиническая помощь
АСММС	–	автоматизированная система мониторинга медицинской статистики федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ВАК Минобрнауки России	при –	высшая аттестационная комиссия при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ГБПОУ «СОМК»	–	государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Свердловский областной медицинский колледж»
ГК «Росатом»	–	государственная корпорация по атомной энергии «Росатом»
ГО	–	городской округ
ГОСТ	–	государственный стандарт
ДПП ПК	–	дополнительная профессиональная программа повышения квалификации
ЕГИСЗ СО	–	единая государственная информационная система в сфере здравоохранения Свердловской области
ЕМИАС	–	единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы
ЕПГУ	–	единый портал государственных и муниципальных услуг

ЕЦП	– единая цифровой платформе
ЗАТО	– закрытое административно-территориальное образование
Институт им. Блохина	– государственное автономное учреждение дополнительного образования «Уральский институт управления здравоохранением им А.Б. Блохина»
ИР МО	– итоговый рейтинг муниципальных образований по медико-статистическим и демографическим показателям
ИР ПД	– итоговый рейтинг медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по основным показателям деятельности
МИАЦ	– медицинский информационно-аналитический центр государственного автономного учреждения дополнительного образования «Уральский институт управления здравоохранением им А.Б. Блохина»
Минздрав России	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
Минздрав Свердловской области (МЗСО)	– Министерство здравоохранения Свердловской области
МИС	– медицинская информационная система
ММЦ	– межмуниципальный центр
МО	– муниципальное образование
МР	– муниципальный район
МСЭ	– медико-социальная экспертиза
Новая модель	– новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, новая модель оказания первичной медико-санитарной помощи
НКВИ	– новая коронавирусная инфекция

НПА	–	нормативный правовой акт
ОВП	–	общие врачебные практики
ОМС	–	обязательное медицинское страхование
ПМСП	–	первичная медико-санитарная помощь
ПОС	–	Платформа обратной связи
РИАМС	–	региональная информационно-аналитическая
ПРОМЕД		медицинская система «ПРОМЕД»
РМИС	–	региональная медицинская информационная система
РФ	–	Российская Федерация
РЦ ПМСП	–	региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи
СанПиН	–	санитарные нормы и правила
Свердловскстат	–	Управление Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области
СМП	–	станция скорой медицинской помощи
СОГ	–	система «Обращения граждан»
СМО	–	страховые медицинские организации
ТП ОМС за	–	территориальная программа обязательного медицинского страхования за амбулаторно-поликлиническую помощь
АПП		
ТФОМС	–	территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области
УРФО	–	Уральский федеральный округ
ФАП	–	фельдшерско-акушерский пункт
ФГАОУ ВО	–	федеральное государственное автономное
РНИМУ им.		образовательное учреждение высшего образования
Н.И. Пирогова		«Российский национальный исследовательский
Минздрава		медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
России		Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВПО	–	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России		Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБУ «ЦНИИОИЗ»	–	федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава России		Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФЭР	–	федеральная электронная регистратура
ЦАОГ	–	центр анализа обращений граждан государственного автономного учреждения дополнительного образования «Уральский институт управления здравоохранением им А.Б. Блохина»
ЭКМП	–	экспертиза качества медицинской помощи

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агаркова, О. А. Анализ заболеваемости населения Амурской области и ее связь с медико-демографическими процессами / О. А. Агаркова, Л. Н. Войт // Уровень жизни населения регионов России. – 2017. – № 2 (204). – С. 95–100.
2. Аксенова, Е. И. Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи. Экспертный обзор / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, Е. О. Короткова – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021 – 57 с.
3. Аксенова, Е. И. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор / Е. И. Аксенова, О. В. Бессчетнова – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021 – 40 с.
4. Алымова, О. С. Вовлеченность персонала как фактор успеха компании / О. С. Алымова // Ученые записки Тамбовского отделения РоСМУ. – 2019. – № 15. – С. 91–103.
5. Анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению: учеб. пособие / Н. Х. Шарафутдинова, М. А. Шарафутдинов, М. Ю. Павлова [и др.]. – Уфа.: ГАУН РБ «Башэнциклопедия», 2018. – 82 с.
6. Анализ заболеваемости и кадровое обеспечение населения сельских территорий в Российской Федерации / А. А. Калининская, Э. А. Бакирова, А. В. Лазарев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 7. – С. 42–51.
7. Анализ показателей деятельности первичного звена детского здравоохранения / Р. Н. Терлецкая, С. Р. Конова, А. П. Фисенко [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2021. – № 2 (4). – С. 26–35.
8. Анализ показателей удовлетворенности пациентов медицинской помощью в зависимости от длительности действия мероприятий стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях / Л. М. Протасова, С. В. Барановская, В. А. Бойков [и др.]. // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2022. – Т. 68, № 5. – С. 2–37.

9. Анализ смертности населения на примере субъекта Российской Федерации: алгоритм, стандартизация показателей и результаты (по материалам республики Татарстан) / Т. И. Садыкова, И. Г. Низамов, В. Г. Шерпутовский [и др.] // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2022. – № 1 (73). – С. 5–14.

10. Анализ становления первичной медико-санитарной помощи и оценка тенденций ее развития / Е. В. Каракулина, А. В. Поликарпов, Н. А. Голубев [и др.] // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. – 2023. – № 3. – С. 712–737.

11. Артемьева, М. А. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления / М. А. Артемьева // *Наука Молодых (Erud Juvenium)*. – 2017. – Т. 5, № 3. – С. 389–399.

12. Архипова, С. В. Стратегии новых моделей медицинских организаций в системе первичной медико-санитарной помощи / С. В. Архипова, С. И. Двойников // *Менеджер здравоохранения*. – 2024. – № 1. – С. 4–10.

13. Безымянный, А. С. Проекты по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в Москве, как основа для выбора научных направлений специалистов первичного звена / А. С. Безымянный, А. А. Тяжелников, А. В. Юмукян // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. – 2022. – № 2. – С. 23–39.

14. Богатова, И. В. Оценка социальной эффективности первичной медико-санитарной помощи / И. В. Богатова, Н. Ф. Шильникова // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2018. – Т. 62, № 1. – С. 24–29.

15. Бударин, С. С. Об отдельных вопросах практического применения рейтингования медицинских организаций / С. С. Бударин, Д. О. Ватолин // *Этап: экономическая теория, анализ, практика*. – 2022. – № 5. – С. 83–97.

16. Бушмелева, Н. Н. Медико-демографическая ситуация в Удмуртской Республике: репродуктивный потенциал / Н. Н. Бушмелева, Ю. Н. Вахрушева // *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]*. – 2021. – № 67 (2). – С. 12.

17. Важаева С. С. Региональные особенности состояния здоровья населения старше трудоспособного возраста Забайкальского края / С. С. Важаева, Н. Ф. Шильникова // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2022. – № 68 (4). – С. 6.

18. Велентеенко, М. В. Проблемы здравоохранения через призму метафоры на примере российского медиадискурса / М. В. Велентеенко // Политическая лингвистика. – 2023. – № 3 (99). – С. 31–37.

19. Визуализация метода канбан как инструмент оперативного управления запасами в медицинской организации / А. А. Курмангулов, Ю. С. Решетникова, Д. В. Крошка [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2021. – Т. 26, № 2. – С. 37–43.

20. Влияние электронных медицинских записей в современной системе оказания первичной медико-санитарной помощи на взаимодействие врача и пациента в Москве / А. Ю. Веселкова, Е. С. Звонарева, М. Н. Корнилов [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65, № 5. – С. 405–410.

21. ВОЗ. Информационный бюллетень. Ноябрь 2019. Первичная медико-санитарная помощь // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – № 6 (65). – 11 с.

22. ВОЗ. Информационный бюллетень. Ноябрь 2023. Первичная медико-санитарная помощь» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (дата обращения: 11.04.2024).

23. Волкова, О. А. Оценка показателей доступности «Новой модели медицинской организации» в медицинских организациях города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослым / О. А. Волкова, Е. В. Смирнова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 5–6. – С. 42–48.

24. Вошев, Д. В. Обзор методологий и моделей оценки цифровой зрелости в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь: международный и российский опыт / Д. В. Вошев // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2023. – Т. 11, № 4. – С. 615–627.

25. Вошев, Д. В. Цифровая эволюция в сфере здравоохранения: тенденции и правовое регулирование цифровизации первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации (аналитический обзор) / Д. В. Вошев // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 11. – С. 71–83.

26. Гвоздева, С. М. Непараметрический статистический анализ вовлеченности персонала в организации / Гвоздева С. М. // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Экономика. Управление. Право. – 2014. – № 4. – С. 639–645.

27. Герасименко, О. В. Вовлеченность персонала как ключевой фактор экономической эффективности / О. В. Герасименко // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. – 2021. – № 2. – С. 56–59.

28. Гладкая, Л. В. Применение методологии бережливого производства в организации труда медицинских сестер противотуберкулезного диспансера / Л. В. Гладкая // Общественное здравоохранение: традиции, инновации, перспективы. Архангельск. – 2016. – № 4. – С. 210–214.

29. Голошубина, В. В. Бережливая поликлиника: региональный опыт участия медицинских организаций в пилотном проекте «Формирование моделей организации первичного звена, основанных на принципах ценностно-ориентированного здравоохранения» / В. В. Голошубина, З. Б. Тасова, Д. И. Трухан // Медицина в Кузбассе. – 2023. – Т. 22, № 1. – С. 89–94.

30. Горбатов, С. Ю. Применение инновационных подходов и технологий в первичной медико-санитарной помощи в разных странах мира [Электронный ресурс] : экспертный обзор / С. Ю. Горбатов, Е. И. Аксенова. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/>. – Загл. с экрана. – 37 с.

31. ГОСТ Р 1.12-2020. Стандартизация в Российской Федерации. Термины и определения. – М.: Стандартинформ, 2020. – 10 с.

32. ГОСТ Р 56020-2014. Бережливое производство. Основные положения и словарь. – М.: Стандартинформ, 2014. – 18 с.

33. ГОСТ Р 56020-2020. Бережливое производство. Основные положения и словарь. – М.: Стандартинформ, 2020. – 18 с.

34. ГОСТ Р 56407-2015. Бережливое производство. Основные методы и инструменты. – М.: Стандартинформ, 2015. – 16 с.
35. ГОСТ Р 56908-2016. Бережливое производство. Стандартизация работы. – М.: Стандартинформ, 2016. – 37 с.
36. Громова, Н. В. Вовлеченность персонала - основной резерв повышения эффективности деятельности современных компаний / Н. В. Громова // Вестник Российского экономического университета им. Г. В. Плеханова. – 2018. – № 6 (102). – С. 103–115.
37. Губанова, Г. В. От земских традиций к современной общей врачебной / Г. В. Губанова, Г. Н. Шеметова, А. И. Рябошапко // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 12, № 3. – С. 421–428.
38. Давитадзе, А. П. Обращения в государственные и частные медицинские организации: выбор пациентов / А. П. Давитадзе, Е. А. Александрова // Народонаселение. – 2023. – № 26 (2). – С. 139–152.
39. Давыдова, Н. С. Организационно-методические вопросы применения бережливых технологий в медицине с точки зрения мотивации и обучения персонала / Н. С. Давыдова, С. Д. Мазунина, Н. П. Позмогова // Вятский медицинский вестник. – 2020. – № 1 (65). – С.74–81.
40. Данильченко, Я. В. Бережливое производство новая управленческая технология учреждений здравоохранения / Я. В. Данильченко, Т. С. Костомарова // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2014. – № 3. – С. 41.
41. Джуринский, М. О. Совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, как модель по улучшению качества жизни / М. О. Джуринский, Е. Ю. Огнева, Л. П. Лаврова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – 1. – С. 784–799.
42. Дьяченко, Т. С. Итоги внедрения принципов «бережливого производства» в детской поликлинике / Т. С. Дьяченко, О. Ф. Девляшова // Медицина и организация здравоохранения. – 2019. – № 4 (3). – С. 19–25.

43. Дятлов, С. П. Использование цифровых технологий как одно из направлений решения проблемы качества российского здравоохранения / С. П. Дятлов // Бизнес-образование в экономике знаний. – 2023. № 2 (25). – С. 29–36.

44. Задворная, О. Л. Концептуальные подходы к повышению квалификации кадров для реализации технологий бережливого производства в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь / О. Л. Задворная // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – № 1 (39). – С. 48–54.

45. Задворная, О. Л. Проблемы и направления развития первичной медико-санитарной помощи / О. Л. Задворная // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 653–672.

46. Здоровье населения, методы его изучения и оценки // Под ред. Академика РАН, профессора Н. В. Полуниной. – М.: ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2020 – 151 с.

47. Зоричева, А. Л. Показатели и направления оптимизации первичной медико-санитарной помощи в Южном федеральном округе / А. Л. Зоричева // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 12. – С. 25–32.

48. Иванова, Е. С. Вовлеченность как фактор долгосрочных трудовых отношений / Е. С. Иванова, В. Ю. Фролова // Инновации и инвестиции. – 2021. – № 3. – С. 149–152.

49. Игнатова, О. А. Стандартизация в здравоохранении: учебное пособие / О. А. Игнатова, Л. И. Меньшикова, М. Г. Дьячкова. – Архангельск: Изд-во Сев. гос. мед. ун-та, 2018. – 146 с.

50. Инновационные технологии оценки результативности и эффективности деятельности медицинских организаций Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь / Ю. В. Михайлова, И. М. Сон, Н. А. Голубев [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2019. – № 100 (5). – С. 810–815.

51. Инструменты бережливого производства в управлении инфраструктурой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь /

В. И. Орел, А. В. Ким, О. М. Носырева [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. – 2020. – Т. 5, № 2. – С. 4–10.

52. Инструменты и методы бережливого производства, применяемые на разных этапах жизненного цикла реализации проекта «Создание и тиражирование новой модели медицинской организации / Н. В. Шинкарева, Е. В. Кустов, Е. А. Ирхина [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2023. № 2. – С. 19–25.

53. Истомина, Е. Е. Механизмы управления промышленным предприятием: принципы бережливого производства / Е. Е. Истомина, М. Н. Куранов // Компетентность. – 2020. – № 6. – С. 38–42.

54. Исторические аспекты реформирования первичной медико-санитарной помощи в России // М. Г. Карайланов, И. Т. Русев, С. А. Федоткина, И. Г. Прокин // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2016. – Т. 49, № 3. – С. 4.

55. Карайланов, М. Г. Оценка эффективности первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных учреждениях / М. Г. Карайланов, И. Т. Русев // International scientific review. – 2016. – 5 (15). – С. 99–100.

56. Карайланов, М. Г. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи в России / М. Г. Карайланов, И. Т. Русев, И. Г. Прокин // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2017. – № 2 (8). – С. 38–39.

57. Клещевникова, Т. М. Опыт реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17» / Т. М. Клещевникова // Университетская медицина Урала. – 2019. – Т. 16. – № 1. – С. 136–139.

58. Князюк, Н. Ф. Перспективы внедрения TPM (Total Productive maintenance) в здравоохранении / Н. Ф. Князюк // Acta Biomedica Scientifica. – 2011. – № 1–1. – С. 262.

59. Кобякова, О. С. Стандартизация медицинской помощи – инструмент бережливого производства и основа системных улучшений / О. С. Кобякова, И. А.

Деев, В. А. Бойков, И. П. Шибалков, С. В. Барановская // Социальные аспекты здоровья [сетевое издание]. – 2020. – № 3 (66). – С. 1.

60. Кожевников, А. А. Проблемы формирования новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях оптимизации системы здравоохранения / А. А. Кожевников // Здравоохранение Российской Федерации. – 2022. – Т. 66, № 4. – С. 269–274.

61. Колобов, А. В. Обеспечение вовлеченности персонала в устойчивое развитие компании / А. В. Колобов, Е. М. Игумнов, Д. Н. Наумов // СРРМ. – 2020. – № 3. – С. 262–271.

62. 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, В. О. Францева [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2022. – № 68 (3). – С. 1.

63. Котова, О. П. Особенности оценки качества медицинских услуг / О. П. Котова // Экономика и социум. – 2017. – № 11 (42). – С. 465–468.

64. Краснов, А. Е. Показатели первичной медико-санитарной помощи населению с учетом медико-демографических особенностей региона / А. Е. Краснов, Э. Н. Мингазова // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 11. С. 10–16.

65. Краткое методическое руководство «Дружелюбная поликлиника – Татарстанский стандарт», 2017. – 29 слайдов [Электронный ресурс] – URL: https://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_970857.pdf (дата обращения: 07.04.2024).

66. Критерии перехода к новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / Н. А. Пестушко, А. Л. Дорофеев, К. Е. Попова [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2020. – № 3. – С. 152–157.

67. Курмангулов, А. А. Восприятие населением Российской Федерации современных атрибутов медицинских систем визуализации / А. А. Курмангулов,

Т. А. Жеребцова, А. Б. Данаев // Университетская медицина Урала – 2021. – Том 7, № 4 (27). – С. 63–65.

68. Курмангулов, А. А. Внешняя среда процесса стандартизации систем визуализации медицинских организаций Российской Федерации (обзор) / А. А. Курмангулов, Н. С. Брынза // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 9–10. – С. 15–25.

69. Курмангулов, А. А. Возможности метода 5S бережливого производства при организации рабочего пространства в медицинской организации / А. А. Курмангулов, Ю. С. Решетникова, Д. В. Крошка // Забайкальский медицинский вестник. – 2019. – № 2. – С. 139–148.

70. Курмангулов, А. А. Оценка организации системы информирования в районной больнице в рамках внедрения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи / А. А. Курмангулов, А. А. Кононыхин, Н. С. Брынза // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2022. – Т. 10, № 1. – С. 23–32.

71. Курмангулов, А. А. Проблемы стандартизации систем информирования медицинских организаций Российской Федерации (обзор) / А. А. Курмангулов, А. А. Кононыхин, Н. С. Брынза // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 11–12. – С. 3–13.

72. Ли, М. В. Применение информационных технологий в оценке качества оказания медицинской помощи / М. В. Ли, А. В. Потылицын, А. В. Мартынова. // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 4. – С. 65–75.

73. Максимова, Т. Г. Статистические аспекты концепции доказательности в управлении человеческими ресурсами / Т. Г. Максимова, Д. А. Овсянников, С. Д. Верзилин // Экономика и менеджмент предприятия. – 2013. – № 3 (173). – С. 49–56.

74. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик. - 4-е изд. , перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 672 с.

75. Мезенцева, Т. А. Анализ работы медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению, в рамках создания Новой модели / Т. А. Мезенцева, А. А. Курмангулов, Д. О. Михайлова // Медицинская наука и образование Урала. – 2024. – Т. 25, № 1 (117). – С. 79–85.

76. Метельская, А. В. Развитие концепции «Бережливой поликлиники» / А. В. Метельская, Н. Н. Камынина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28 (S1). – С. 785–790.

77. Метельская, А. В. Проблемы внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений / А. В. Метельская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28 (S2). – С. 1222–1226.

78. Методические рекомендации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (2-е издание с дополнениями и уточнениями), утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации 30.07.2019. [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/72205018/> (дата обращения: 24.04.2024).

79. Методические рекомендации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (3-е издание с дополнениями и уточнениями), утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации 18.04.2023. [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/408131589/> (дата обращения: 24.04.2024).

80. Методические рекомендации «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» (издание третье, переработанное и дополненное), утвержденные ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ 27.09.2023. [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/407868383/> (дата обращения: 24.04.2024).

81. Методические рекомендации «Организация работы регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи (3-е издание с дополнениями и уточнениями), утвержденные на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России [Электронный ресурс]. – URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/062/348/original/MP_РЦ_ПМСП_11.05.2023.pdf?1688467045 (дата обращения: 24.04.2024).

82. Методические рекомендации «Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства», утвержденные Министерством здравоохранения РФ, 2019 г. [Электронный ресурс]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/561183959> (дата обращения: 01.04.2023).

83. Мнение специалистов и пациентов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи и предложения по ее совершенствованию / И. М. Сон, М. Ю. Крякова, Л. И. Меньшикова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 1027–1048.

84. Муравьев, Д. Н. Методические подходы к определению показателей результативности деятельности медицинской организации в системе подушевой оплаты амбулаторно-поликлинической помощи / Д. Н. Муравьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – №7–8. – С 3–11.

85. Мясников, А. О. Первичная медико-санитарная помощь, как базовый элемент системы здравоохранения на современном этапе (основные принципы и ключевые задачи) / А. О. Мясников, А. Ю. Новиков, М. А. Садовская // The Scientific Heritage. – 2020. – № 43–1 (43). – С. 43–48.

86. Навигационная система как критерий оценки качества пространства медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / А. А. Курмангулов, Н. С. Брынза, Ю. С. Решетникова [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – № 18 (1). – С. 206–213.

87. Назипов, Ф. Н. Современные инструменты и принципы бережливого производства / Ф. Н. Назипов // Вестник науки. – 2020. – Т. 2, № 1 (22). – С. 180–186.

88. Найговзина, Н. Б. История стандартизации в отечественном здравоохранении / Н. Б. Найговзина, В. Б. Филатов, О. А. Бороздина // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2015. – №1 (1). – С. 71–88.

89. Некоторые результаты социологического опроса пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по материалам Новосибирской области) /

И. В. Шарапов, О. И. Ивановский, Е. В. Кривушкина, Ю. А. Шаманская // *Journal of Siberian Medical Sciences*. – 2014. – № 3. – С. 83.

90. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи / Н. Ф. Прохоренко, Е. А. Гапонова, И. В. Петрачков, Г. Э. Улумбекова // *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ*. – 2019. – № 4 (18). – С. 20–42.

91. Опыт внедрения технологий бережливого производства в здравоохранении: обзор лучших практик / Л. М. Протасова, В. Н. Масунов, В. А. Бойков [и др.] // *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]*. – 2019. – № 65 (4).

92. Опыт внедрения технологий бережливого производства в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению / В. И. Орел, В. И. Смирнова, О. М. Носырева [и др.] // *Children's Medicine of the North-West*. – 2021. – Т. 9, № 1. – С. 270–271.

93. Опыт реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника» в поликлинике крупного города / Л. В. Сочкова, М. М. Быкова, А. В. Ким, О. М. Носырева // *Медицина и организация здравоохранения*. – 2018. – № 3 (2). – С. 4–11.

94. Опыт реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17» / Т. М. Клещевникова, Е. В. Расоева, Е. А. Нарчук [и др.] // *Университетская медицина Урала*. – 2019. – Т. 5, № 1 (16). – С. 136–139.

95. Опыт реформирования первичного звена здравоохранения в условиях демографических тенденций увеличения среднего возраста населения / И. В. Николаева, Н. И. Жернакова, Т. Ю. Лебедев, А. А. Москалев // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2021. – № 29 (6). – С. 1601–1606.

96. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения / Л. В. Руголь, И. М. Сон, В. И. Кириллов, С. Л. Гусева // *Профилактическая медицина*. – 2020. – № 23 (2). – С. 26–34.

97. Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы: аналитический доклад / С. В. Шишкин, А. А. Алмазов, М. Н. Корнилов [и др.] // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2022. – 143 с.

98. Основы организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: учебное пособие для студентов лечебного и медико-профилактического факультетов (уровень специалитет) / В. К. Юрьев, К. Е. Моисеева, М. Г. Карайланов [и др.]. – СПб., 2023. – 50 с.

99. Оценка пациентами качества медицинской помощи в медицинских организациях первичного звена здравоохранения г. Ставрополя / Ю. В. Михайлова, В. О. Францева, А. Б. Данаев [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2022. – Т. 68, № 1.

100. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов первичного звена здравоохранения (по данным социологического опроса) / Г. Р. Сагитова, А. А. Антонова, В. М. Серeda [и др.]. // Международный научно-исследовательский журнал. – 2023. – № 2 (128). – С. 1–5.

101. Оценка эффективности внедрения Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в медицинских организациях Свердловской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования / Т. А. Жеребцова, С. Л. Леонтьев, Д. О. Михайлова, В. А. Шелякин // Национальное здравоохранение. – 2022. – № 3 (2). – С. 30–37.

102. Павлов, В. В. Анализ удовлетворенности пациентов многопрофильного стационара качеством медицинской помощи / В. В. Павлов, А. Е. Орлов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т. 16, № 5–4. – С. 1527–1530.

103. Паршин, И. А. Основные понятия и принципы бережливого производства / И. А. Паршин // Инновации и инвестиции. – 2020. – № 6. – С. 130–132.

104. Паспорт национального проекта «Здравоохранение». [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/> (дата обращения: 11.04.2024).

105. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденный президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26 июля 2017 г. № 8)). [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71635156>. (дата обращения: 11.04.2024).

106. Паспорт федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации». [Электронный ресурс]. – URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/059/285/original/Паспорт_федерального_проекта_Модернизация_первичного_звена_здравоохранения.pdf?1644252188 (дата обращения: 11.04.2024).

107. Паспорт федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». [Электронный ресурс]. – URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/062/335/original/FP_Pervichnaya_mediko-sanitarnaya_pomoshh'_%284%29.pdf?1688375793 (дата обращения: 11.04.2024).

108. Перевезенцев, Е. А. Мотивация как ведущий компонент при внедрении и применении принципов бережливого производства в медицинских организациях (аналитический обзор) / Е. А. Перевезенцев, В. М. Леванов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – Т. 27, № 4. – С. 134–148.

109. Перепелова, О. В. Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности / О. В. Перепелова, И. А. Петрова // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 10. – С. 12–17.

110. Петров, С. Б. Опыт нейросетевого моделирования в управлении достижением критериев новой модели медицинской организации, применяющей бережливые технологии / С. Б. Петров, С. Д. Мазунина // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». – 2020. – Т. 30, № 5. – С. 673–678.

111. Пивень, Д. В. Риски, которые необходимо учесть в работе по внедрению новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / Д. В. Пивень // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 8–14.

112. Платонова, Н. И. Проблемы нормативно-правового регулирования оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации / Н. И. Платонова, А. В. Смышляев // Право и политика. – 2018. – № 8. – С. 114–121.

113. Пожидаева, Т. А. Анализ экономической эффективности деятельности бюджетной медицинской организации / Т. А. Пожидаева, М. А. Шамраева, А. А. Федченко // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2020. – № 2. – С. 75–89.

114. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/408323431/> (дата обращения: 07.04.2024).

115. Постановление Правительства Свердловской области от 05.09.2019 № 574-ПП «Об утверждении Стратегии развития здравоохранения Свердловской области до 2035 года» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/72689616/> (дата обращения: 24.04.2024).

116. Постановление Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/20931290/> (дата обращения: 24.04.2024).

117. Потапов, И. В. Бережливые технологии в медицинской помощи: текущий статус и дальнейшие возможности в России (аналитический обзор) / И. В. Потапов, Д. А. Овчинников, А. О. Конради // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2020. – Т. 6, № 4. – С. 78–103.

118. Потокина, С. А. Медико-демографическая ситуация по оказанию медицинской помощи сельскому населению Тамбовского региона / С. А. Потокина, Д. Н. Климова, О. Н. Мананникова // Human Progress. – 2021. – Т. 7, № 4. – С. 10.

119. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.04.2016 № 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения (с изменениями на 27.11.2019) [Электронный ресурс]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/441800674> (дата обращения: 07.04.2024).

120. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/70195856/> (дата обращения 19.04.2024).

121. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/70183024/> (дата обращения 19.04.2024).

122. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/70877304/> (дата обращения 19.04.2024).

123. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение» [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/405354997/> (дата обращения: 07.12.2023).

124. Применение инструментов бережливого производства при организации профилактических осмотров детского населения Томской области / И. А. Деев, В. А. Бойков, Л. М. Канонеркер [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 9. – С. 30–36.

125. Применение компьютерного моделирования при оценке показателей эффективности регионального здравоохранения на основе метода статистического анализа данных / Г. Г. Рапаков, Г. Т. Банщиков, В. А. Горбунов [и др.] // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2019. – № 2 (89). – С. 56–68.

126. Приоритетные направления оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи / М. А. Садовой, Е. А. Финченко, И. В. Шарапов [и др.] // Современные проблемы науки и образования [сетевое издание]. – 2017. – № 6. – С. 16–18.

127. Проблемы и перспективы развития первичной медико-санитарной помощи Санкт-Петербурга по результатам экспертной оценки деятельности главных врачей поликлиник, использующих бережливые технологии для совершенствования амбулаторно-поликлинической службы / Т. Ю. Гарифуллин, М. В. Авдеева, В. Н. Филатов [и др.] // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 5. – С. 21–27.

128. Разработка и апробация стандарта системы управления медицинской организацией, направленной на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью / Д. С. Тюфилин, И. П. Шибалков, В. С. Выскочков [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 1106–1128.

129. Распоряжение Правительства РФ от 01.10.2021 № 2765-р «Об утверждении Единого плана по достижению национальных целей развития РФ на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года» [Электронный ресурс]. – URL: https://chufarovo.gosuslugi.ru/netcat_files/285/2633/Rasporyazhenie_Pravitelstva_RF_ot_01.10.2021_2765_r.pdf (дата обращения: 07.04.2024).

130. Результативность организационной модели повышения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи / С. А. Суслин,

П. В. Тимяшев, О. В. Кирьякова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 1. – С. 715–731.

131. Результаты анкетирования пациентов с целью оценки организации процессов в медицинском учреждении / Е. А. Берсенева, С. А. Мендель, Е. А. Савостина, Р. Т. Таирова. // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, № 2. – С. 59–65.

132. Результаты и перспективы реформирования первичной медико-санитарной помощи в Москве / А. А. Калининская, А. В. Лазарев, А. М. Алленов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 30 (2). – С. 270–274.

133. Ресурсы здравоохранения в восточной экономической зоне и их корреляционная связь с показателями здоровья / Л. Ф. Тимофеев, П. Г. Петрова, Н. В. Борисова [и др.] // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия.: Медицинские науки. – 2021. – № 3 (24). – С. 61–65.

134. Роль регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи Свердловской области в реализации мероприятий по созданию новой модели организации оказания медицинской помощи / Т. А. Жеребцова, С. Л. Леонтьев, Д. О. Михайлова, Е. В. Ануфриева // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2022. – Том 19, №5. – С. 514–522.

135. Роль внедрения новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в сохранении здоровья населения Свердловской области / Т. А. Жеребцова, С. Л. Леонтьев, Д. О. Михайлова, Е. В. Ануфриева // Глобальные вызовы демографическому развитию.: Сборник научных статей. В 2-х томах / Редакторы О. А. Козлова [и др.]. Том II. – Екатеринбург/: Институт экономики Уральского отделения РАН, 2022. – С. 124–132.

136. Русин, А. П. Оценка вовлеченности персонала / А. П. Русин, А. О. Горайнова // Молодой исследователь Дона. – 2018. – № 1 (10). – С. 62–74.

137. Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и

транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». [Электронный ресурс]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/573275590> (дата обращения: 01.06.2022).

138. Санникова, А. Б. Совершенствование реализации государственной демографической политики на территории Краснодарского края / А. Б. Санникова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». – 2020. – № XIII. – С.148–155.

139. Семьдесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/about/accountability/governance/world-health-assembly/seventy-second-world-health-assembly> (дата обращения: 11.04.2024).

140. Сергеева, Н. М. Обеспеченность врачами как критерий социально-экономического потенциала отдельных территорий региона / Н. М. Сергеева // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2021. – Т. 10, № 3 (36). – С. 336–338.

141. Серебряков, И. Е. Основные принципы бережливого производства / И. Е. Серебряков // Теория и практика современной науки. – 2022. – № 1 (79). – С. 188–192.

142. Смирнова, Е. В. Жалобы граждан на доступность и качество медицинской помощи как инструмент оценки эффективности внедрения «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению» / Е. В. Смирнова, О. А. Волкова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 3–4. – С. 3–12.

143. Смышляев, А. В. Результаты реализации проекта по внедрению lean-технологий и процессно-ориентированного подхода в управлении медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в Российской Федерации / А. В. Смышляев, Ю. Ю. Мельников, М. А. Садовская // Главный врач Юга России. – 2020. – № 5 (75). – С. 45–48.

144. Совершенствование оказания медицинской помощи детскому населению школьного возраста с использованием бережливых технологий в Свердловской области / Т. А. Жеребцова, С. Л. Леонтьев, Д. О. Михайлова, Е. В. Ануфриева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2022. – № 18 (3). – С. 463–465.

145. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области / Т. А. Жеребцова, В. В. Люцко, С. Л. Леонтьев [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № (3). – С. 427–446.

146. Совершенствование системы мотивации персонала медицинской организации при внедрении принципов бережливого производства / Н. С. Давыдова, И. Г. Позмогова, Е. В. Титов [и др.] // Университетская медицина Урала. – 2019. – № 1 (16). – С. 133–135.

147. Современная медицинская организация: тренды, стратегии, проекты / М. А. Акберов, А. Г. Андоверова, Е. В. Ануфриева [и др.]. – Тюмень.: РИЦ «Айвекс», 2022. – 312 с.

148. Сохранение здоровья работников при внедрении здоровье- и ресурсосберегающей технологии / Г. Г. Онищенко, В. Н. Ракитский, В. А. Синода [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – Т. 59, № 6. – С. 4–8.

149. Степчук, М. А. Этапы развития первичной медико-санитарной помощи в России / М. А. Степчук, Т. М. Пинкус, Д. П. Боженко // Актуальные проблемы медицины. – 2012. – 8–1 (10 (129)). – С. 140–147.

150. Стратегия внедрения бережливого производства в детской поликлинике / И. Ю. Кондратьева, Л. Н. Коптева, И. А. Переслегина, Т. А. Боровкова // Медицинский альманах. – 2018. – № 54 (3). – С. 10–14.

151. Ступак, В. С. Региональный опыт внедрения бережливых технологий в педиатрической практике / В. С. Ступак, Т. А. Соколовская, Ж. Х. Малкандуева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2021. – № 4. – С. 71–75.

152. Сувалов, О. С. Повышение вовлеченности персонала: практический опыт / О. С. Сувалов, Т. В. Сувалова // Вестник университета. – 2020. – № 11. – С. 53–58.

153. Суслин, С. А. Удовлетворенность пациентов оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях / С. А. Суслин, П. В. Тимяшев, С. Х. Садреева. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 3. – С. 728–751.

154. Теоретический конструкт понятия удовлетворённости пациентов медицинской помощью / Д. А. Шелегова, Д. С. Тюфилин, И. А. Деев, О. С. Кобякова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 2. – С. 1027–1047.

155. Терещук, Е. А. Вопросы измерения эффективности организационной культуры в контексте управления персоналом / Терещук Е. А. // Социум и власть. – 2020. – № 6 (86). – С. 55–66.

156. Технологии бережливого производства в реформировании медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Аналитический обзор / А. Ш. Сененко, И. М. Сон, Н. А. Дзюба [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2020. – № 66 (4). – С. 6.

157. Тимофеева, А. С. Современные модели управления поликлиникой: литературный обзор / А. С. Тимофеева // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 101–111.

158. Тозикова, М. А. Механизм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг / М. А. Тозикова // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2022. – № 2 (134). – С. 187–128.

159. Тюрганов, А. Г. Цифровая трансформация в первичном звене здравоохранения и управление на основе данных / А. Г. Тюрганов, А. М. Ханов // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 9. – С. 99–106.

160. Удовлетворенность медицинской помощью в Российской Федерации: факторы, влияющие на оценку / Д. С. Тюфилин, В. П. Чигрина, В. А. Медведев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 8. – С. 68–80.

161. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Д. С. Тюфилин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2016. – № 3 (49). – С. 5.

162. Удовлетворенность населения медицинской помощи в Свердловской области / Т. А. Мезенцева, А. А. Курмангулов, Л. Л. Леонтьев, Д. О. Михайлова, В. С. Казанцев // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2024. – Т. 21, № 1. – С. 86–100.

163. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/72264534/> (дата обращения: 24.04.2024).

164. Управление проектами по улучшению процессов медицинских организаций в условиях пандемии COVID-19. Опыт региона // В. В. Шкарин, В. В. Ивашева, О. С. Емельянова [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 5–6. – С. 18–26.

165. Управление ресурсами в медицинской организации / Е. В. Ануфриева, А. Г. Асновская, М. Э. Ахмедов [и др.]. – Тюмень.: РИЦ «Айвекс», 2023. – 324 с.

166. Фабрика процессов как интеграционная форма образования в устойчиво развивающейся медицинской организации / И. Ю. Бедорева, С. В. Казакова, М. Д. Соколов, О. А. Латуха // Интеграция образования. – 2018. – Т. 22, № 3 (92). – С. 508–518.

167. «Фабрика процессов» – новый формат организации образовательного процесса в высшем учебном заведении / А. А. Курмангулов, Ю. С. Решетникова, Р. Н. Багиров [и др.] // Высшее образование в России. – 2018. – Т. 27, № 5. – С. 37–41.

168. Факторы, оказывающие влияние на цифровую трансформацию в первичной медико-санитарной помощи (обзорная статья) / Д. В. Вошев, Н. А. Вошева, И. М. Сон, О. М. Драпкина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 751–774.

169. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. – URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 19.04.2024).

170. Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» [Электронный ресурс]. – URL: https://legalacts.ru/doc/natsionalnyi-proekt-zdravookhranenie-federalnyi-proekt-sozdanie-edinogo-tsifrovogo-kontura_4/ (дата обращения 19.04.2024).

171. Федоськина, А. К. Реализация бережливого подхода в контексте новой модели медицинской организации: итоги и перспективы / А. К. Федоськина, Л. А. Федоськина // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2022. – Т. 30, № 1. – С. 39–50.

172. Ходакова, О. В. Медико-демографические особенности состояния здоровья населения Забайкальского края / О. В. Ходакова, Н. В. Кошечкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 27 (6). – С. 1027–1031.

173. Ходырева, И. Н. Уровни развития новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / И. Н. Ходырева, С. К. Алборова // Менеджмент качества в медицине. – 2020. – № 3. – С. 38–40.

174. Цветкова, А. Б. Оценка удовлетворенности пациентов услугами медицинских учреждений / А. Б. Цветкова, В. В. Никишкин // Практический маркетинг. – 2021. – № 11 (297). – С. 19–27.

175. Ценность комплексного подхода к оценке доступности первичной медико-санитарной помощи с учётом общественного мнения и данных ЕМИАС / С. С. Бударин, А. В. Старшинин, А. А. Тяжельников [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65, № 5. – С. 411–417.

176. Чеглакова, Л. М. Вовлечённость персонала: теоретические подходы, эмпирические результаты / Л. М. Чеглакова, В. И. Кабалина // Вестник

Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2016. – № 1 (41). – С. 121–128.

177. Шевский, В. И. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и Российские перспективы / В. И. Шевский, И. М. Шейман, С.В. Шишкин // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2022. – Т. 68, № 2. – С. 2.

178. Шейман, И. М. Приоритет первичной медико-санитарной помощи - декларация или реальность? / И. М. Шейман, В. И. Шевский, С. В. Сажина // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2019. – № 1 (65). – С. 3.

179. Шкарин, В. В. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Опыт региона: проблемы, решения / В. В. Шкарин, С. В. Симаков, В. В. Ивашева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 7–8. – С. 20–26.

180. Шубаркина, Е. В. Основные аспекты стандартизации здравоохранения / Е. В. Шубаркина // Экономика и социум. – 2014. – № 3–3 (12). – С. 610–615.

181. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. / О. П. Щепин, В. А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 591 с.

182. Эльбек, Ю. В. Приверженность граждан при осуществлении записи к врачу в условиях информатизации здравоохранения / Ю. В. Эльбек, Р. Д. Нефедов // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – Т. 8, № 2 (28). – С. 146–153.

183. Эльбек, Ю. В. Система показателей для оценки эффективности деятельности медицинских организаций на примере московских поликлиник / Ю. В. Эльбек // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 4–14.

184. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. W. Yip, H. Fu, A.T. Chen [et al.] // Lancet. – 2019. – Vol. 394 (10204). – P. 1192–1204.

185. An economic analysis of a system wide Lean approach: cost estimations for the implementation of Lean in the Saskatchewan healthcare system for 2012-2014 /

N. Sari, T. Rotter, D. Goodridge [et al.] // *BMC Health Serv Res.* – 2017. – Vol. 17 (1). – P. 523.

186. Associations Between Community Sociodemographics and Performance in HEDIS Quality Measures: A Study of 22 Medical Centers in a Primary Care Network / J. Hu, M. Schreiber, J. Jordan [et al.] // *Am J Med Qual.* – 2018. – Vol. 33 (1). – P. 5–13.

187. Better Measurement for Performance Improvement in Low - and Middle-Income Countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) Experience of Conceptual Framework Development and Indicator Selection / J. Veillard, K. Cowling, A. Bitton [et al.] // *Milbank Q.* – 2017. – Vol. 95 (4). – P. 836–883.

188. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care / V. S. Fan, M. Burman, M. B. McDonell, S. D. Fihn. // *Journal of General Internal Medicine.* – 2005. – Vol. 20. – P. 226–233.

189. Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? / A. Donabedian. // *JAMA.* – 1988. – Vol. 260 (12). – P. 1743–1748.

190. Edwards, N. What next for the polyclinic? New models of primary health care are required in many former Soviet Union countries / N. Edwards, I. Sheiman // *BMC Prim. Care.* – 2022. – Vol. 23. – P. 194.

191. Eiro, N. Y. Comparative study: TQ and Lean Production ownership models in health services / N. Y. Eiro, A. S. Torres-Junior // *Rev Lat Am Enfermagem.* – 2015. – Vol. 23 (5). – P. 846–54.

192. Ferreira, P. L. Primary health care patient satisfaction: Explanatory factors and geographic characteristics / P. L. Ferreira, V. Raposo, A. I. Tavares [et al.]. // *Int J Qual Health Care.* – 2020. – Vol. 32 (2). – P. 93–98.

193. Harter, J. K. Well-Being in the Workplace and its Relationship to Business Outcomes: A Review of the Gallup Studies [Electronic resource] / J. K. Harter, F. L. Schmidt, C. L. Keyes; ed. by C. L. Keyes & J. Haidt, *Flourishing: The Positive Person and the Good Life.* Washington D.C.: American Psychological Association, 2002. P. 205–224. – URL: https://www.researchgate.net/publication/237670380_Well-being_in_the_workplace_and_its_relationship_to_business_outcomes_A_review_of_the_Gallup_studies (дата обращения: 01.04.2023).

194. Joosten, T. Application of lean thinking to health care: issues and observations / T. Joosten, I. Bongers, R. Janssen // *Int J Qual Health Care*. – 2009 – Vol. 21 (5). – P. 341–7.

195. Kane, R. L. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes / R. L. Kane, M. Maciejewski, M. Finch. // *Medical Care*. – 1997. – Vol. 35, (7). – P. 714–730.

196. Lean Healthcare Tools for Processes Evaluation: An Integrative Review / L. B. de Barros, L. C. Bassi, L. P. Caldas [et al.] // *Int J Environ Res Public Health*. – 2021. – Vol. 18 (14). – P. 7389.

197. Lean in healthcare: A comprehensive review. / A. D'Andreamatteo, L. Ianni, F. Lega, M. Sargiacomo // *Health Policy*. – 2015. – Vol. 119 (9). – 1197–209.

198. Lean maturity and quality in primary care / M. Kaltenbrunner, S. E. Mathiassen, L. Bengtsson, M. Engström // *J Health Organ Manag*. – 2019. – Vol. 33 (2). – P. 141–154.

199. Morell-Santandreu, O. A Model for the Implementation of Lean Improvements in Healthcare Environments as Applied in a Primary Care Center / O. Morell-Santandreu, C. Santandreu-Mascarell, J. J. Garcia-Sabater // *International journal of environmental research and public health*. – 2021. – Vol. 18 (6). – P. 2876.

200. Nezenega, Z. S. Patient satisfaction on tuberculosis treatment service and adherence to treatment in public health facilities of Sidama zone, South Ethiopia / Z. S. Nezenega, Y. H. Gacho, T. E. Tafere. // *BMC Health Services Research*. – 2013. – Vol. 13. – P. 110.

201. Nursing: a key to patient satisfaction / A. Kutney-Lee, M. D. McHugh, D. M. Sloane [et al.] // *Health Aff (Millwood)*. – 2009. – Vol. 28 (4). – P. w669–w677.

202. Patient satisfaction with primary healthcare services: are there any links with patients' symptoms of anxiety and depression? / R. Kavalnienė, A. Deksnyte, V. Kasiulevičius [et al.] // *BMC Family Practice*. – 2018. – Vol. 19 (1). – P. 90.

203. Patient Satisfaction with Quality of Primary Care Health services-findings from India / D. Persai, R. K. Balu, K. Singh // *Int J Health Plann Manage*. – 2022. – Vol. 37 (24). – P. 2256–2265.

204. Performance indicators for clinical practice management in primary care in Portugal: consensus from a Delphi study / M. Basto-Pereira, S. I. Furtado, R. J. Silva [et al.] // *Eur J Gen Pract.* – 2015. – Vol. 21 (1). – P. 52–7.

205. Poksinska, B. B. Does Lean healthcare improve patient satisfaction? A mixed-method investigation into primary care / B. B. Poksinska, M. Fialkowska-Filipek, J. Engström // *BMJ Qual Saf.* – 2017. – Vol. 26 (2). – P. 95–103.

206. Poksinska, B. The current state of Lean implementation in health care: literature review / B. Poksinska // *Qual Manag Health Care.* – 2010. – Vol. 19 (4). – P. 319–29.

207. Q12 meta-analysis: The relationship between engagement at work and organizational outcomes / J. K. Harter, F. L. Schmidt, E. A. Killham [et al.] – NE: Gallup, 2009. – 44 p.

208. Sawin, G. Primary Care Transformation / G. Sawin, N. O'Connor // *Prim Care.* – 2019. – Vol. 46 (4). – P. 549–560.

209. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care / B. S. Hulka, S. J. Zyzanski, J. C. Cassel, S. J. Thompson. // *Medical Care.* – 1970. – Vol. 8 (5). – P. 429–435.

210. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the 31 general practice assessment survey / P. Bower, M. Roland, J. Campbell, N. Mead. // *BMJ.* – 2003. – Vol. 326 (7383). – P. 258.

211. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review / A. Endalamaw, R. B. Khatri, D. Erku, F. Nigatu [et al.] // *BMC Health Serv Res.* – 2023 – Vol. 23 (1) – P. 893.

212. Teich, S. T. Lean Management – The Journey from Toyota to Healthcare / S. T. Teich, F. F. Faddoul // *RMMJ.* – 2013. – Vol. 4 (2). P. e0007.

213. Xesfingi, S. Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors / S. Xesfingi, A. Vozikis. // *BMC Health Services Research.* – 2016. – Vol. 94. – P. 16.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А. Анкета для пациента «Оценка удовлетворенности организацией записи на прием к врачу»

Уважаемый участник анкетирования!

Министерство здравоохранения Свердловской области совместно с ГАУДПО «Уральский институт управления здравоохранением им. А.Б. Блохина» проводит анкетирование по анализу удовлетворенности организацией записи на прием к врачу в медицинской организации.

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество организации записи на прием к врачу в медицинской организации, в которой Вам оказывают медицинскую помощь. Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один или несколько из вариантов ответов на каждый вопрос, если необходимо впишите свой ответ. Не нужно указывать свое имя, Ваши личные данные нигде не прозвучат. Участие в исследовании является анонимным, добровольным. Ваше мнение нам очень важно для улучшения организации работы.

Название медицинской организации

Дата заполнения «__» _____ 20__ год

1. Когда Вам приходилось последний раз обращаться в медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

не обращался в данную медицинскую организацию за получением медицинской помощи

обращался (напишите месяц, год) _____

2. Как часто Вы обращаетесь в государственные медицинские организации за медицинской помощью для себя?

да, обращаюсь: регулярно наблюдаюсь у врача в связи с хроническими заболеваниями

да обращаюсь: регулярно прохожу диспансеризацию, профилактические осмотры, обращаюсь при заболевании

да, обращаюсь, но только если заболеваю

да, но только в экстренных случаях (вызываю скорую/неотложную помощь)

нет, не обращаюсь

3. Вы записывали себя, другого взрослого или ребенка на прием к врачу за последние полгода для первичного приема в государственную медицинскую организацию?

да, записывал(а) в течение последнего месяца

да, записывал(а) более одного месяца назад, но менее шести месяцев

нет, не записывал(а)

4. Когда Вам потребовалось посещение врача, удалось ли Вам записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию?

да

нет

5. Сколько дней прошло с момента обращения в медицинскую организацию за получением медицинской помощи у нужного Вам врача до назначенного времени приема у врача?

прошло около ____ дней

6. Какими способами Вы чаще всего записываетесь на прием к врачу?

через Единый портал государственных и муниципальных услуг (ЕПГУ)

через региональный портал <https://rsh.registratura96.ru/>

через регистратуру медицинской организации при личном посещении

через единый колл-центр медицинской организации

через инфомат медицинской организации

на прием к нужному мне врачу меня записал лечащий врач (врач записывает сам к себе или к другим специалистам)

7. Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу по телефону?

очень легко

легко

сложно

очень сложно

не удалось записаться

не пользовался

8. Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу при личном обращении в регистратуру?

очень легко

легко

сложно

очень сложно

не удалось записаться

не пользовался

9. Насколько легко Вам удалось записаться на прием к врачу через интернет?

очень легко

легко

- сложно
- очень сложно
- не удалось записаться
- не пользовался

10. Насколько легко Вам удалось записаться на прием к специалисту через лечащего врача?

- очень легко
- легко
- сложно
- очень сложно
- не удалось записаться
- не пользовался

11. В медицинской организации подтвердили факт записи при посещении или обращении?

- да, факт записи подтвердили
- нет, факт записи не подтвердили

12. Пользовались ли Вы федеральным порталом Госуслуг (сайт www.gosuslugi.ru) для записи на прием к врачу?

- да, пользовался(ась)
- нет, использовал(а) иной способ записи

13. Если Вы пользовались федеральным порталом Госуслуг (сайт www.gosuslugi.ru), то к какому врачу Вы записывали себя, другого взрослого или ребенка?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> врач-терапевт участковый | <input type="checkbox"/> врач-стоматолог |
| <input type="checkbox"/> врач-педиатр участковый | <input type="checkbox"/> врач-стоматолог детский |
| <input type="checkbox"/> врач общей практики (семейный врач) | <input type="checkbox"/> врач-психиатр детский |
| <input type="checkbox"/> врач-хирург | <input type="checkbox"/> врач-психиатр подростковый |
| <input type="checkbox"/> врач-акушер-гинеколог | <input type="checkbox"/> врач-фтизиатр |
| <input type="checkbox"/> врач-офтальмолог | <input type="checkbox"/> врач-психиатр-нарколог |
| <input type="checkbox"/> врач-оториноларинголог | <input type="checkbox"/> врач-детский хирург |

14. Смогли ли Вы записаться на прием к врачу через портал Госуслуг (сайт www.gosuslugi.ru)?

- да, смог(ла) записаться на прием к врачу через портал Госуслуг (сайт www.gosuslugi.ru)

нет, не смог(ла) записаться на прием к врачу через портал Госуслуг (сайт www.gosuslugi.ru)

15. Какие трудности у Вас возникли при записи к врачу через портал Госуслуг (сайт www.gosuslugi.ru) (можно выбрать несколько вариантов ответа)?

неудобный интерфейс (например, сначала предлагают выбрать врача, а не удобную дату и время приема)

не нашлось подходящего мне врача (к которому обычно хожу)

не было удобного времени для записи к врачу в ближайшие 2 недели

сложности с переносом/отменой записи, сменой медицинской организации, врача

трудностей при записи не возникло

другое (укажите) _____

16. Насколько Вы удовлетворены услугой «Запись на прием к врачу» через портал Госуслуг? Оцените по 10-и бальной шкале (1 – совсем не удовлетворен, 10 – полностью удовлетворен).

1 6

2 7

3 8

4 9

5 10

17. Если Вам придется снова записываться на прием к врачу, то Вы запишетесь через портал Госуслуг (сайт www.gosuslugi.ru)?

точно да

скорее да

затрудняюсь ответить

скорее нет

точно нет

18. Было ли предварительное напоминание о записи на прием к врачу?

нет, не было предварительного напоминания

да, звонок по телефону

да, СМС-оповещение

19. Принял ли врач в то время, которое было указано в электронной записи?

прием прошел в назначенное время или с незначительной задержкой

- прием осуществлялся в порядке живой очереди
- дата/время приема еще не наступили
- прием не состоялся по моей инициативе (отмена записи, перенос на другие сроки)
- врач отказался меня принимать
- другое (укажите) _____

20. При отсутствии свободного времени для записи на прием к необходимому врачу Вас включили в «Лист ожидания»?

- да, включили в «Лист ожидания»
- нет, не предложили включить в «Лист ожидания»

21. Вам перезвонили и назначили время приема если Вы были включены в «Лист ожидания»?

- да, перезвонили и назначили время приема
- нет, не перезвонили

22. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества организации записи на прием к врачу:

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ
В НАШЕМ ОПРОСЕ!

Приложение Б. Анкета для врача-специалиста
«Оценка удовлетворенности организацией записи на прием к врачу»

Уважаемые коллеги!

Министерство здравоохранения Свердловской области совместно с ГАУДПО «Уральский институт управления здравоохранением им. А.Б. Блохина» проводит анкетирование по анализу удовлетворенности организацией записи на прием к врачу в медицинской организации.

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество организации записи на прием к врачу в медицинской организации, в которой Вы работаете. Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один или несколько из вариантов на каждый вопрос, если необходимо впишите свой ответ. Не нужно указывать свое имя, Ваши личные данные нигде не прозвучат. Участие в исследовании является анонимным, добровольным. Ваше мнение нам очень важно для улучшения организации работы по записи на прием к врачу в регионе.

Название медицинской организации

Дата заполнения «__» _____ 20__ год

1. Укажите Ваш возраст:

_____ лет

2. Укажите Ваш стаж работы в данной медицинской организации:

_____ лет

3. Укажите Вашу специальность

4. Осуществляете ли Вы запись пациентов на последующий прием к себе в Медицинской информационной системе медицинской организации?

да

нет

5. Осуществляете ли Вы запись пациента на прием к другим специалистам своей медицинской организации в Медицинской информационной системе?

да

нет

6. Осуществляете ли Вы запись пациента на прием к специалистам в другие медицинские организации в Медицинской информационной системе?

да

нет

7. Если Вы сами не осуществляете запись пациента на прием, то направляете пациента:

к администратору

в регистратуру

в колл-центр

к медсестре (участковой) либо на сестринский пост

другое (укажите) _____

8. В вашей медицинской организации проведены организационные решения по перераспределению функций между врачами, средним медицинским персоналом и персоналом без медицинского образования «по записи на прием к врачу»?

да

нет

9. Снизилась ли нагрузка на врачей в связи с проведением организационных решений по перераспределению функций между врачами, средним медицинским персоналом и персоналом без медицинского образования?

да

нет

не значительно

10. Если Вы сами осуществляете запись пациента, то сколько времени занимает эта работа в Медицинской информационной системе?

до 5 минут

5-10 минут

10-15 минут

более 15 минут

11. Какие сложности у Вас возникают при записи пациента на прием?

длительное ожидание отклика Медицинской информационной системы

долгий путь для записи пациента на прием в Медицинской информационной системе

отсутствуют свободные слоты для записи на прием к себе или другому специалисту

другое (укажите) _____

12. Что Вы делаете при отсутствии свободных слотов в Медицинской информационной системе?

направляете пациента записаться самостоятельно через колл-центр

направляете пациента записаться самостоятельно через регистратуру

вносите пациента в «Лист ожидания»

другое (укажите) _____

13. При отсутствии свободного времени для записи на прием к врачу, Вы включаете обязательно пациента в «Лист ожидания»?

да, включаю обязательно в «Лист ожидания»

нет, не включаю в «Лист ожидания»

14. Какими способами чаще всего Вы рекомендуете пациентам записываться на прием к врачу?

через Единый портал государственных и муниципальных услуг (ЕПГУ)

через региональный портал <https://rsh.registratura96.ru/>

через регистратуру медицинской организации при личном посещении

через единый колл-центр медицинской организации

через инфомат медицинской организации

записываете его сами к себе или к другим специалистам при посещении

15. К какому врачу есть сложности для записи пациентов в Вашей медицинской организации по длительности ожидания (по 14 специальностям)?

врач-терапевт участковый

врач-стоматолог

врач-педиатр участковый

врач-стоматолог детский

врач общей практики (семейный врач)

врач-психиатр детский

врач-хирург

врач-психиатр подростковый

врач-акушер-гинеколог

врач-фтизиатр

врач-офтальмолог

врач-психиатр-нарколог

врач-оториноларинголог

врач-детский хирург

16. Организована ли работа в Вашей медицинской организации по напоминанию факта записи для пациента накануне?

да, напоминание пациенту о приеме подтверждают сотрудники регистратуры

да, напоминание пациенту о приеме подтверждают сотрудники колл-центра

да, напоминание пациенту о приеме подтверждают участковые медицинские сестры

да, напоминание пациенту о приеме происходит за счет СМС- рассылки

нет, напоминание пациенту о приеме не проводится

17. Вы принимаете пациента в то время, которое было указано в электронной записи?

прием обычно проходит в назначенное время или с незначительной задержкой до 15 минут

прием обычно проходит с задержкой более 15 минут

прием осуществляется в порядке живой очереди

другое (укажите) _____

18. Выдерживаете ли Вы рекомендуемые нормы времени на выполнение работ, связанных с первичным лечебно-диагностическим посещением пациента?

да, выдерживаю

нет, рекомендуемые нормы времени не достаточны

19. Выдерживаете ли Вы рекомендуемые нормы времени на выполнение работ, связанных с повторным лечебно-диагностическим посещением пациента (80% времени от первичного посещения)?

да, выдерживаю

нет, рекомендуемые нормы времени не достаточны

20. Выдерживаете ли Вы рекомендуемые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением с лечебно-профилактической целью (70 % времени от первичного посещения)?

да, выдерживаю

нет, рекомендуемые нормы времени не достаточны

21. Уведомляют ли сотрудники Вашей медицинской организации пациента из «Листа ожидания» о времени приема?

да, перезванивают и назначают время приема

нет, не перезванивают

22. Насколько Вы удовлетворены организацией услуги «Запись на прием к врачу» в Вашей медицинской организации? Оцените по 10-и бальной шкале (1 – совсем не удовлетворен, 10 – полностью удовлетворен).

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10

23. Что Вас не устраивает в организации записи на прием к врачу в Вашей медицинской организации:

24. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества организации записи на прием к врачу:

Дата заполнения «__» _____ 20__ год

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ
В НАШЕМ ОПРОСЕ!

Приложение В. Анкета для сотрудника регистратуры
«Оценка удовлетворенности организацией записи на прием к врачу»

Уважаемые коллеги!

Министерство здравоохранения Свердловской области совместно с ГАУДПО «Уральский институт управления здравоохранением им. А.Б. Блохина» проводит анкетирование по анализу удовлетворенности организацией записи на прием к врачу в медицинской организации

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество организации записи на прием к врачу в медицинской организации, в которой Вы работаете. Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один или несколько из вариантов ответов на каждый вопрос, если необходимо впишите свой ответ. Не нужно указывать свое имя, Ваши личные данные нигде не прозвучат. Участие в исследовании является анонимным, добровольным. Ваше мнение нам очень важно для улучшения организации работы по записи на прием к врачу в регионе.

Название медицинской организации

Дата заполнения «__» _____ 20__ год

1. Укажите Ваш возраст:

_____ лет

2. Укажите Ваш стаж работы в данной медицинской организации:

_____ лет

3. Сотрудники регистратуры отвечают на телефонные звонки от пациентов или функция ответа на звонки передана в единый колл-центр медицинской организации?

да, отвечают на звонки

нет, не отвечают, функция ответа на звонки передана в единый колл-центр медицинской организации

4. Осуществляете ли Вы в регистратуре запись на прием к врачу в Медицинской информационной системе медицинской организации при обращении пациента лично в регистратуру?

да

нет

5. Осуществляете ли Вы в регистратуре запись пациента на прием к узким специалистам своей медицинской организации в Медицинской информационной системе при обращении пациента лично в регистратуру?

да

нет

6. Осуществляете ли Вы в регистратуре запись пациента на прием к специалистам в другие медицинские организации в Медицинской информационной системе при обращении пациента лично в регистратуру с направлением от лечащего врача?

да

нет

7. Если Вы не смогли записать пациента на прием к врачу, по причине отсутствия свободных слотов в Медицинской информационной системе то:

- направяете пациента обратиться лично в регистратуру в другой день
- направяете пациента самостоятельно записаться в колл-центре медицинской организации позже
- направяете пациента записаться самостоятельно через Единый портал государственных и муниципальных услуг (ЕПГУ)
- записываете пациента в «Лист ожидания»
- другое (укажите) _____

8. Если Вы осуществляете запись пациента, то сколько времени занимает эта работа в Медицинской информационной системе?

- до 5 минут
- 5-10 минут
- 10-15 минут
- более 15 минут

9. Какие сложности у Вас возникают при записи пациента на прием к врачу?

- длительное ожидание отклика Медицинской информационной системы
- долгий путь для записи пациента на прием в Медицинской информационной системе
- отсутствуют свободные слоты для записи на прием к специалисту
- другое (укажите) _____

10. Информируете ли Вы пациентов при обращении в регистратуру какими способами они могут записаться на прием к врачу?

- да, информируем
- нет, не информируем

11. Какие способы информирования о записи на прием к врачу пациентов используются в Вашей медицинской организации?

- в регистратуре размещена наглядная информация о способах записи на прием к врачу
- в регистратуре размещены информационные памятки о способах записи на прием к врачу для выдачи пациентам
- другое (укажите) _____

12. Имеется ли в Вашей медицинской организации сотрудник ответственный за информирование и маршрутизацию пациентов и помощь в записи на прием к врачу через инфомат (например: администратор зала регистратуры)?

- да
- нет

13. Какими способами чаще всего Вы рекомендуете пациентам записываться на прием к врачу?

- через Единый портал государственных и муниципальных услуг (ЕПГУ)
- через региональный портал <https://rish.registratura96.ru/>
- через регистратуру медицинской организации при личном посещении
- через единый колл-центр медицинской организации
- через инфомат медицинской организации

14. К какому врачу есть сложности для записи пациентов в Вашей медицинской организации по длительности ожидания (по 14 специальностям)?

- врач-терапевт участковый
- врач-педиатр участковый
- врач общей практики (семейный врач)
- врач-хирург
- врач-акушер-гинеколог
- врач-офтальмолог
- врач-оториноларинголог
- врач-стоматолог
- врач-стоматолог детский
- врач-психиатр детский
- врач-психиатр подростковый
- врач-фтизиатр
- врач-психиатр-нарколог
- врач-детский хирург

15. Организована ли работа в Вашей медицинской организации по напоминанию факта записи для пациента накануне?

- да, напоминание пациенту о приеме подтверждают сотрудники регистратуры
- да, напоминание пациенту о приеме подтверждают сотрудники колл-центра
- да, напоминание пациенту о приеме подтверждают участковые медицинские сестры

да, напоминание пациенту о приеме происходит за счет СМС- рассылки

нет, напоминание пациенту о приеме не проводится

16. При отсутствии свободного времени для записи на прием к врачу, Вы включаете пациента в «Лист ожидания»?

да, включаю в «Лист ожидания»

нет, не включаю в «Лист ожидания»

17. Уведомляют ли сотрудники Вашей медицинской организации пациента из «Листа ожидания» о возможности записаться на прием?

да, перезванивают и предлагают время приема

нет, не перезванивают

18. Утверждены ли на уровне медицинской организации алгоритмы действий и речевые модули взаимодействия с пациентом при его обращении в регистратуру и используете ли их в работе?

да, утверждены, используются в работе

да, утверждены, но не используются

нет, не утверждены, не используются в работе

19. Обучены ли сотрудники регистратуры медицинской организации алгоритмам действий и речевым модулями взаимодействия пациента при его обращении в регистратуру?

да, обучены

нет, не обучены

20. Насколько Вы удовлетворены организацией услуги «Запись на прием к врачу» в Вашей медицинской организации? Оцените по 10-и бальной шкале (1 – совсем не удовлетворен, 10 – полностью удовлетворен).

<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	10

21. Что Вас не устраивает в организации записи на прием к врачу в Вашей медицинской организации:

22. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества организации записи на прием к врачу:

Дата заполнения «__» _____ 20__ г.

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ
В НАШЕМ ОПРОСЕ!

**Приложение Г. Анкета для оператора колл-центра
«Оценка удовлетворенности организацией записи на прием к врачу»**

Уважаемые коллеги!

Министерство здравоохранения Свердловской области совместно с ГАУДПО «Уральский институт управления здравоохранением им. А.Б. Блохина» проводит анкетирование по анализу удовлетворенности организацией записи на прием к врачу в медицинской организации

Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество организации записи на прием к врачу в медицинской организации, в которой Вы работаете. Просим Вас с пониманием отнестись к анкетированию и внимательно ответить на задаваемые вопросы. Выберите один или несколько из вариантов на каждый вопрос, если необходимо впишите свой ответ. Не нужно указывать свое имя, Ваши личные данные нигде не прозвучат. Участие в исследовании является анонимным, добровольным. Ваше мнение нам очень важно для улучшения организации работы по записи на прием к врачу в регионе.

Название медицинской организации

Дата заполнения «__» _____ 20__ год

1. Укажите Ваш возраст:

_____ лет

2. Укажите Ваш стаж работы в данной медицинской организации:

_____ лет

3. Есть ли у Вас медицинское образование?

да

нет

4. Осуществляете ли Вы запись на прием к врачу в Медицинской информационной системе медицинской организации при обращении пациента в колл-центр?

да

нет

5. Осуществляете ли Вы запись пациента на прием к узким специалистам своей медицинской организации в Медицинской информационной системе при обращении пациента в колл-центр?

да

нет

6. Осуществляете ли Вы запись пациента на прием к специалистам в другие медицинские организации в Медицинской информационной системе при обращении пациента в колл-центр с направлением от лечащего врача?

да

нет

7. Если Вы не смогли записать пациента на прием к врачу, при отсутствии свободных слотов в Медицинской информационной системе при обращении пациента в колл-центр то:

направяете пациента обратиться лично в регистратуру в другой день

- направяете пациента самостоятельно записаться в колл-центре медицинской организации в другой день
- направяете пациента записаться самостоятельно через Единый портал государственных и муниципальных услуг (ЕПГУ)
- записываете пациента в «Лист ожидания»
- другое (укажите) _____

8. Если Вы осуществляете запись пациента, то сколько времени занимает эта работа в Медицинской информационной системе?

- до 5 минут
- 5-10 минут
- 10-15 минут
- более 15 минут

9. Какие сложности у Вас возникают при записи пациента на прием к врачу?

- длительное ожидание отклика Медицинской информационной системы
- долгий путь для записи пациента на прием в Медицинской информационной системе
- отсутствуют свободные слоты для записи на прием к врачу
- другое (укажите) _____

10. Информироваете ли Вы пациентов при обращении в колл-центр какими способами они могут записаться на прием к врачу?

- да, информируем
- нет, не информируем

11. Какими способами чаще всего Вы рекомендуете пациентам записываться на прием к врачу?

- через Единый портал государственных и муниципальных услуг (ЕПГУ)
- через региональный портал <https://rsh.registratura96.ru/>
- через регистратуру медицинской организации при личном посещении
- через единый колл-центр медицинской организации
- через инфомат медицинской организации

12. К какому врачу есть сложности для записи пациентов в Вашей медицинской организации по длительности ожидания (по 14 специальностям)?

- врач-терапевт участковый
- врач-педиатр участковый

- врач общей практики (семейный врач)
- врач-хирург
- врач-акушер-гинеколог
- врач-офтальмолог
- врач-оториноларинголог
- врач-стоматолог
- врач-стоматолог детский
- врач-психиатр детский
- врач-психиатр подростковый
- врач-фтизиатр
- врач-психиатр-нарколог
- врач-детский хирург

13. Организована ли работа в Вашей медицинской организации по напоминанию факта записи для пациента накануне?

- да, напоминание пациенту о приеме подтверждают сотрудники регистратуры
- да, напоминание пациенту о приеме подтверждают сотрудники колл-центра
- да, напоминание пациенту о приеме подтверждают участковые медицинские сестры
- да, напоминание пациенту о приеме происходит за счет СМС- рассылки
- нет, напоминание пациенту о приеме не проводится

14. При отсутствии свободного времени для записи на прием к врачу, Вы включаете пациента в «Лист ожидания»?

- да, включаю в «Лист ожидания»
- нет, не включаю в «Лист ожидания»

15. Уведомляют ли сотрудники Вашей медицинской организации пациента из «Листа ожидания» о возможности записаться на прием?

- да, перезванивают и предлагают время приема
- нет, не перезванивают

16. Утверждены ли на уровне медицинской организации алгоритмы действий и речевые модули взаимодействия пациента при его обращении в колл-центр и используете ли их в работе?

да, утверждены, используются в работе

нет, не утверждены, не используются в работе

17. Обучены ли сотрудники колл-центра медицинской организации алгоритмам действий и речевым модулями взаимодействия пациента при его обращении в колл-центр?

да, обучены

нет, не обучены

18. Обучены ли сотрудники колл-центра медицинской организации основным правилам ведения телефонного разговора (характеристика речи во время разговора, шаблоны ведения телефонных переговоров, управление конфликтами)?

да, обучены

нет, не обучены

19. Насколько Вы удовлетворены организацией услуги «Запись на прием к врачу» в Вашей медицинской организации? Оцените по 10-и бальной шкале (1 – совсем не удовлетворен, 10 – полностью удовлетворен).

<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	10

20. Что Вас не устраивает в организации записи на прием к врачу в Вашей медицинской организации:

21. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества организации записи на прием к врачу:

Дата заполнения «__» _____ 20__ г.

**БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ
В НАШЕМ ОПРОСЕ!**

**Приложение Д. Анкета для сотрудника медицинской организации
«Изучение вовлеченности персонала медицинских организаций в рамках
внедрения новой модели оказания первичной
медико-санитарной помощи»**

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в оценке вашей медицинской организации.
Анкета анонимная, данные будут проанализированы в обобщенном виде.

1. Насколько, на Ваш взгляд, каждое из утверждений соответствует действительности? Отметьте в каждой строке один вариант ответа

	Да	Скорее да, чем нет	Нет	Мне все равно
1). Я понимаю свои задачи и функции				
2). Я знаю, что от меня ждет руководство				
3). Я знаю, по каким критериям оценивается моя работа				
4). В организации созданы все условия, чтобы я качественно выполнял свою работу				
5). Если я работаю хорошо и старательно, руководитель хорошо отзывается обо мне				
6). У меня есть все необходимые материалы и инструменты, чтобы качественно выполнять свою работу				

2. Насколько, на Ваш взгляд, каждое из утверждений соответствует действительности? Отметьте в каждой строке один вариант ответа

	Да	Скорее да, чем нет	Нет	Мне все равно
7). Руководство ценит мои заслуги, замечает успехи				
8). Руководство и коллеги принимают во внимание мою точку зрения				

9). Я обучаюсь в процессе работы, узнаю что-то новое				
10). Я ощущаю значимость выполняемой мной работы				
11). Руководитель относится ко мне как к личности, а не только как к сотруднику				
12). Мои коллеги считают своим долгом качественное выполнение работы				

3. Укажите, пожалуйста, Ваш пол

- 1) Мужской
- 2) Женский

4. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст

- 1) 18-24
- 2) 25-34
- 3) 35-44
- 4) 45-54
- 5) 55-64
- 6) 65 и старше

5. Укажите Ваше медицинское учреждение

6. Область вашей деятельности

- 1) Медицинский работник (Перейти к вопросу 7)
- 2) Немедицинский работник (Перейти к вопросу 8)

7. Ваша должность

- 1) Врач
- 2) Фельдшер
- 3) Медицинская сестра

8. Ваш уровень образования

- 1) Высшее
- 2) Незаконченное высшее
- 3) Среднее специальное
- 4) Общее среднее
- 5) Неполное среднее или начальное

Благодарим за участие!

**Приложение Е. Ранжирование муниципальных образований
Свердловской области по медико-статистическим и демографическим
показателям**

Таблица 44 – Ранжирование МО Свердловской области по показателю общей смертности (на 1000 населения)

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Алапаевское МО	16,07	44	16,47	40	16,90	52
Арамилский ГО	14,31	22	14,31	19	15,11	24
Артемовский ГО	15,83	40	17,4	49	16,12	41
Аргинский ГО	17,44	54	15,95	34	16,27	43
Асбестовский ГО	16,15	45	16,31	39	15,55	31
Ачитский ГО	14,53	24	16,91	43	16,50	45
Байкаловский МР	15,83	40	17,75	52	15,25	28
Березовский ГО	12	9	12,39	6	11,97	5
Бисертский ГО	15,25	34	18,45	56	16,70	48
Верхнесалдинский ГО	14,91	32	16,49	42	15,28	29
Волчанский ГО	20,02	58	18,74	59	15,68	35
ГО Белоярский, в т. ч. ГО Верхнее Дуброво, МО пос. Уральский	13,77	17	14,87	22	14,25	13
ГО Богданович	14,23	19	14,04	14	14,47	18
ГО Верх-Нейвинский	16,45	48	15,76	32	15,72	36
ГО Верхний Тагил	16,27	46	18,43	55	16,00	39
ГО Верхняя Пышма, в т. ч. ГО Среднеуральск	11,31	5	11,35	4	11,24	4
ГО Верхняя Тура	17,78	55	15,86	33	16,40	44
ГО Верхотурский	13,5	13	14,11	15	14,69	21
ГО Дегтярск	18,78	57	17,63	51	16,76	50
ГО ЗАТО Свободный	4,03	1	3,03	1	3,47	1
ГО Карпинск	14,96	33	15,23	27	15,67	34
ГО Красноуральск	17,22	52	17,46	50	16,69	47
ГО Красноуфимский, в т. ч. МО Красноуфимский округ	14,29	21	15,46	28	14,40	16
ГО Нижняя Салда	13,75	16	13,02	10	15,20	26
ГО Первоуральск, в т. ч. ГО Староуткинск	15,64	38	15,58	30	15,73	37
ГО Ревда	14,56	26	13,63	11	13,95	9
ГО Рефтинский	11,48	6	11,11	3	11,99	6
ГО Сухой Лог	13,87	18	13,92	12	14,16	11

Продолжение таблицы 44

1	2	3	4	5	6	7
Горноуральский ГО	16,61	50	16,05	35	14,76	22
Ивдельский ГО	12,37	10	12,43	7	12,23	7
Каменский ГО	14,55	25	16,23	37	15,92	38
Камышловский ГО, в т. ч. МО Камышловский МР	11,08	4	12,61	8	10,83	3
Качканарский ГО	14,74	29	14,13	16	14,78	23
Кировградский ГО	20,96	59	18,5	57	18,02	58
Краснотурьинск ГО	14,32	23	13,9359	13	14,32	15
Кушвинский ГО	18,65	56	18,54	58	18,45	59
Малышевский ГО	11,67	8	16,48	41	15,33	30
Махневское МО	9,55	2	11,66	5	17,33	56
МО г. Алапаевск	16,06	43	16,25	38	17,24	55
МО г. Ирбит и Ирбитское МО	13,74	15	14,88	23	14,50	19
МО г.Каменск-Уральский	14,24	20	14,21	18	14,43	17
МО г.Нижний Тагил	13,57	14	14,67	20	14,21	12
МО Екатеринбург	10,53	3	10,8	2	10,74	2
Невьянский ГО	15,66	39	15,2	26	16,04	40
Нижнесергинский МР	17,23	53	17,12	44	16,89	51
Нижнетуринский ГО	15,42	36	16,09	36	17,03	54
Новолялинский ГО	11,5	7	15,01	24	15,17	25
Полевской ГО	14,74	29	14,86	21	14,01	10
Пышминский ГО	12,75	11	17,18	47	16,27	42
Режевской ГО	14,58	27	15,52	29	14,30	14
Североуральский ГО	16,35	47	17,19	48	17,86	57
Серовский ГО	13,2	12	12,62	9	12,51	8
Слободо-Туринский МР	15,44	37	18,42	54	16,92	53
Сысертский ГО	14,71	28	14,2	17	14,54	20
Тавдинский ГО, в т. ч. Таборинский МР	14,89	31	15,61	31	15,21	27
Талицкий ГО	16,52	49	17,17	46	16,74	49
Тугулымский ГО	15,32	35	17,14	45	16,61	46
Туринский ГО	16,03	42	18,25	53	15,60	33
Шалинский ГО	16,71	51	15,01	24	15,56	32

Таблица 45 – Ранжирование МО Свердловской области по показателю смертности в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. населения)

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Алапаевское МО	871,3	50	738,3	31	744,0	35
Арамильский ГО	526,8	7	590,5	9	754,8	38
Артемовский ГО	766,7	36	771,4	37	700,8	28

Продолжение таблицы 45

1	2	3	4	5	6	7
Артинский ГО	778,7	39	771,3	36	756,0	39
Асбестовский ГО	715,2	30	789,3	40	651,0	18
Ачитский ГО	815,8	45	915,9	52	808,5	49
Байкаловский МР	619,2	17	605,0	12	642,8	17
Березовский ГО	510,8	5	622,2	14	497,2	5
Бисертский ГО	640,5	21	1137,6	59	907,7	55
Верхнесалдинский ГО	648,0	23	766,9	35	637,7	16
Волчанский ГО	1043,9	57	1003,3	57	789,0	44
ГО Белоярский, в т. ч. ГО Верхнее Дуброво, МО пос. Уральский	855,0	48	821,5	44	797,4	46
ГО Богданович	589,9	11	636,3	18	681,9	22
ГО Верх-Нейвинский	1125,8	59	724,6	29	832,0	53
ГО Верхний Тагил	776,8	38	942,4	55	581,4	12
ГО Верхняя Пышма, в т. ч. ГО Среднеуральск	617,5	16	518,6	5	510,5	6
ГО Верхняя Тура	757,6	34	612,8	13	757,6	40
ГО Верхотурский	584,2	10	679,6	22	859,9	54
ГО Дегтярск	887,0	51	841,9	46	800,2	48
ГО ЗАТО Свободный	219,9	1	111,3	1	140,3	1
ГО Карпинск	814,6	44	826,5	45	766,8	42
ГО Красноуральск	892,3	52	891,0	49	786,6	43
ГО Красноуфимский, в т. ч. МО Красноуфимский округ	677,2	27	692,2	25	593,9	13
ГО Нижняя Салда	644,1	22	630,8	16	742,8	34
ГО Первоуральск, в т. ч. ГО Староуткинск	805,3	42	793,2	41	826,5	51
ГО Ревда	749,8	32	588,3	8	685,6	24
ГО Рефтинский	511,1	6	447,1	3	312,1	2
ГО Сухой Лог	632,7	19	592,6	10	669,4	21
Горноуральский ГО	869,3	49	799,3	42	748,9	36
Ивдельский ГО	677,8	28	695,2	26	682,4	23
Каменский ГО	621,9	18	787,7	39	753,0	37
Камышловский ГО, в т. ч. МО Камышловский МР	425,3	4	524,2	6	446,3	4
Качканарский ГО	750,0	33	699,1	27	621,5	15
Кировградский ГО	1078,9	58	991,0	56	928,1	56
Краснотурьинск ГО, ГО Пелым	712,0	29	630,4	15	580,7	11
Кушвинский ГО	910,0	53	920,9	53	729,8	32
Мальшевский ГО	344,2	2	910,4	50	534,2	9
Махневское МО	1009,7	56	1081,3	58	1176,5	59
МО г. Алапаевск	659,7	24	729,0	30	766,4	41
МО г. Ирбит и Ирбитское МО	600,9	14	595,7	11	614,8	14
МО г.Каменск-Уральский	567,3	9	496,7	4	520,0	7

Продолжение таблицы 45

1	2	3	4	5	6	7
МО г.Нижний Тагил	611,1	15	630,8	16	579,9	10
МО Екатеринбург	397,9	3	396,6	2	393,5	3
Невьянский ГО	761,4	35	747,7	34	797,9	47
Нижнесергинский МР	849,3	47	739,9	32	794,3	45
Нижнетуринский ГО	833,3	46	772,3	38	825,1	50
Новолялинский ГО	533,9	8	700,5	28	697,4	27
Полевской ГО	728,1	31	690,6	24	704,5	29
Пышминский ГО	806,2	43	806,7	43	668,6	20
Режевской ГО	634,3	20	668,1	21	660,2	19
Североуральский ГО	936,0	55	923,5	54	931,5	57
Серовский ГО, Сосьвинский ГО, Гаринский ГО	599,4	12	548,4	7	530,9	8
Слободо-Туринский МР	791,5	40	910,5	51	722,7	31
Сысертский ГО	766,8	37	688,5	23	690,9	25
Тавдинский ГО, в т. ч. Таборинский МР	666,1	25	639,0	19	707,0	30
Талицкий ГО	600,8	13	661,0	20	697,0	26
Тугулымский ГО	671,9	26	877,2	48	829,2	52
Туринский ГО	800,3	41	870,8	47	739,6	33
Шалинский ГО	920,7	54	746,2	33	933,9	58
Свердловская область	571,9		565,5		548,4	

Таблица 46 – Ранжирование МО Свердловской области по показателю общая заболеваемость населения, (на 1000 населения)

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Алапаевское МО	1641,1	49	1645,1	50	1890,8	51
Арамилский ГО	1777,7	51	1782,5	52	2095,3	55
Артемовский ГО	1328,2	32	1491,5	38	1602,8	38
Артинский ГО	1372,7	37	1441,3	35	2106,3	56
Асбестовский ГО	1440,5	38	1422,6	33	1406,2	24
Ачитский ГО	1319,9	31	1345,6	28	1441,1	29
Байкаловский МР	1560,6	45	1621,3	48	1651,7	43
Березовский ГО	1296,8	30	1298,2	27	1329,6	22
Бисертский ГО	1873,9	54	1900,1	55	1842,8	49
Верхнесалдинский ГО	952,3	7	984,2	9	1043,3	7
Волчанский ГО	2012,6	56	2062,2	58	2452,2	59
ГО Белоярский, в т. ч. ГО Верхнее Дуброво, МО пос. Уральский	1072,8	11	1189,7	24	1277,7	19
ГО Богданович	1204,8	26	1287,5	26	1411,7	25
ГО Верх-Нейвинский	684,4	2	772,3	2	886,9	3

Продолжение таблицы 46

1	2	3	4	5	6	7
ГО Верхний Тагил	1295,6	29	1382,7	31	1447,1	30
ГО Верхняя Пышма, в т. ч. ГО Среднеуральск	1290	28	1355,7	30	1428,1	27
ГО Верхняя Тура	1835,4	52	1746	51	1732,9	47
ГО Верхотурский	810,1	4	811,4	4	836	2
ГО Дегтярск	1102,4	18	1105,5	13	1167,1	11
ГО ЗАТО Свободный	970,7	8	963,8	6	1917,4	52
ГО Карпинск	1186,3	25	1253,7	25	1418,8	26
ГО Красноуральск	1632,8	48	1601,7	43	1638,2	41
ГО Красноуфимский, в т. ч. МО Красноуфимский округ	2079,5	57	2046,3	57	2298,6	58
ГО Нижняя Салда	1015,2	10	1174,3	23	1457,1	31
ГО Первоуральск, в т. ч. ГО Староуткинск	2824,6	59	1575,1	41	1633,2	40
ГО Ревда	2142,6	58	2117,6	59	2280,5	57
ГО Рефтинский	779,3	3	801,6	3	1147,7	10
ГО Сухой Лог	1113,2	19	1105,7	14	1289	21
Горноуральский ГО	1091,8	14	1154,7	20	1254,6	17
Ивдельский ГО	986,9	9	1006	10	987,9	5
Каменский ГО	1365,9	36	1484,2	37	1503,1	33
Камышловский ГО, в т. ч. МО Камышловский МР	1605,8	47	1608,5	46	1675,6	45
Качканарский ГО	1149,9	22	1118,8	15	1119,6	9
Кировградский ГО	1553	44	1626	49	1649	42
Краснотурьинск ГО	1145,4	21	1151,2	19	1273,5	18
Кушвинский ГО	1525	42	1613,7	47	1758,3	48
Малышевский ГО	1332,3	33	1401,7	32	1514,3	35
Махневское МО	601,1	1	519,2	1	523,8	1
МО г. Алапаевск	1512	40	1552,9	40	1577	37
МО г. Ирбит и Ирбитское МО	1102,3	17	1137,6	16	1178,2	13
МО г.Каменск-Уральский	1857,9	53	1878,9	54	2035,3	54
МО г.Нижний Тагил	1540,2	43	1603	44	1705,9	46
МО Екатеринбург	1507,6	39	1492,6	39	1505,1	34
Невьянский ГО	1340,5	34	1442,6	36	1515,4	36
Нижнесергинский МР	1100,4	16	1095,7	12	1167,4	12
Нижнетуринский ГО	1745	50	1855,1	53	1866,4	50
Новолялинский ГО	1145,2	20	1149,8	18	1285,1	20
Полевской ГО	1242,4	27	1346,8	29	1436,2	28
Пышминский ГО	902,8	5	845,2	5	977,7	4
Режевской ГО	1359,7	35	1430,6	34	1479,3	32
Североуральский ГО	1903,9	55	1918	56	1922,4	53
Серовский ГО	939,6	6	968	7	1106,3	8
Слободо-Туринский МР	1521,5	41	1582,4	42	1620,2	39
Сысертский ГО	1099,7	15	1164,2	22	1244,9	16

Продолжение таблицы 46

1	2	3	4	5	6	7
Тавдинский ГО, в т. ч. Таборинский МР	1079,7	12	983	8	1021	6
Талицкий ГО	1585,1	46	1603,9	45	1652,4	44
Тугулымский ГО	1152,1	23	1162,1	21	1208,5	15
Туринский ГО	1158,7	24	1140,8	17	1343,5	23
Шалинский ГО	1090,3	13	1056,1	11	1195,2	14

Таблица 47 – Ранжирование МО Свердловской области по отношению плановой мощности к фактической мощности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций в МО

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Алапаевское МО	0,37	40	0,31	43	0,34	42
Арамилский ГО	0,50	19	0,57	13	0,55	15
Артемовский ГО	0,60	10	0,57	12	0,66	9
Аргинский ГО	0,56	14	0,56	16	0,52	16
Асбестовский ГО	0,40	38	0,38	39	0,33	43
Ачитский ГО	1,08	2	1,15	2	1,22	3
Байкаловский МР	0,48	22	0,93	4	0,88	5
Березовский ГО	0,49	20	0,47	22	0,44	26
Бисертский ГО	0,81	6	0,69	7	0,84	6
Верхнесалдинский ГО	0,26	49	0,23	50	0,24	50
Волчанский ГО	0,17	57	0,19	56	0,27	49
Белоярский ГО	0,47	30	0,30	44	0,31	45
ГО Богданович	0,19	54	0,22	52	0,24	51
ГО Верх-Нейвинский	0,20	53	0,20	55	0,20	57
ГО Верхний Тагил	0,44	33	0,45	25	0,38	37
ГО Верхняя Пышма	0,83	5	0,77	6	0,76	7
ГО Верхняя Тура	0,21	52	0,22	51	0,22	53
ГО Верхотурский	0,30	45	0,26	48	0,33	44
ГО Дегтярск	0,54	16	0,50	18	0,46	21
ГО ЗАТО Свободный	1,82	1	2,03	1	1,60	2
ГО Карпинск	0,47	29	0,50	17	0,48	19
ГО Красноуральск	0,18	56	0,18	57	0,17	58
ГО и МО Красноуфимские	0,59	11	0,56	15	0,64	11
ГО Нижняя Салда	0,48	23	0,49	21	0,45	23
ГО Первоуральск	0,53	17	0,44	29	0,45	24
ГО Ревда	0,48	25	0,45	26	0,42	31
ГО Рефтинский	0,44	34	0,45	27	0,50	17
ГО Сухой Лог	0,45	32	0,44	30	0,46	20
Горноуральский ГО	0,18	55	0,20	54	0,21	56

Продолжение таблицы 47

1	2	3	4	5	6	7
Ивдельский ГО	0,08	59	0,06	58	0,07	59
Каменский ГО	0,22	51	0,21	53	0,21	55
Камышловский ГО и МО	0,33	43	0,38	38	0,37	39
Качканарский ГО	0,46	31	0,43	32	0,43	29
Кировградский ГО	0,59	12	0,57	14	0,45	22
Красноурьинск ГО	0,63	9	0,59	11	0,61	13
Кушвинский ГО	0,43	35	0,41	35	0,37	41
Малышевский ГО	0,36	41	0,37	40	0,23	52
Махневское МО	0,15	58	0,00	59	3,81	1
МО г Алапаевск	0,27	48	0,25	49	0,29	48
МО г Ирбит и Ирбитское МО	0,33	44	0,33	42	0,37	40
МО г Каменск-Уральский	0,47	28	0,45	24	0,41	32
г Нижний Тагил	0,41	36	0,40	36	0,39	36
МО Екатеринбург	1,07	3	1,05	3	1,06	4
Невьянский ГО	0,48	27	0,44	28	0,39	35
Нижнесергинский МР	0,77	7	0,77	5	0,74	8
Нижнетуринский ГО	0,48	26	0,38	37	0,39	34
Новолялинский ГО	0,24	50	0,26	47	0,21	54
Полевской ГО	0,34	42	0,42	33	0,42	30
Пышминский ГО	0,40	37	0,34	41	0,38	38
Режевской ГО	0,57	13	0,60	10	0,60	14
Североуральский ГО	0,48	24	0,46	23	0,44	28
Серовский ГО	0,28	46	0,29	45	0,29	47
Слободо-Туринский МР	1,00	4	0,69	9	0,65	10
Сысертский ГО	0,27	47	0,28	46	0,29	46
Тавдинский ГО и Таборинский МР	0,38	39	0,41	34	0,44	27
Талицкий ГО	0,63	8	0,69	8	0,62	12
Тугулымский ГО	0,52	18	0,50	19	0,49	18
Туринский ГО	0,55	15	0,49	20	0,45	25
Шалинский ГО	0,49	21	0,43	31	0,40	33

Таблица 48 – Ранжирование МО Свердловской области по удельному весу профилактических посещений к врачам в МО Свердловской области, %

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Алапаевское МО	36,54	32	31,56	52	33,84	43
Арамилский ГО	32,18	48	37,85	26	39,83	26
Артемовский ГО	32,08	49	31,58	51	40,71	24
Артинский ГО	42,24	17	41,04	18	43,43	17

Продолжение таблицы 48

Асбестовский ГО	37,18	30	34,42	35	35,96	37
Ачитский ГО	35,14	35	37,82	27	44,62	14
Байкаловский МР	48,00	8	48,97	7	48,49	8
Березовский ГО	32,85	47	32,20	48	32,58	45
Бисертский ГО	33,67	42	36,06	32	39,61	27
Верхнесалдинский ГО	59,94	3	41,71	15	48,97	7
Волчанский ГО	34,17	39	32,72	45	19,26	59
Белоярский ГО	46,30	11	53,12	2	50,79	6
ГО Богданович	34,36	37	33,71	39	44,03	15
ГО Верх-Нейвинский	34,03	40	34,18	36	30,66	51
ГО Верхний Тагил	37,91	27	33,93	37	37,61	34
ГО Верхняя Пышма, ГО Среднеуральск	43,12	14	39,99	21	41,67	22
ГО Верхняя Тура	31,76	50	37,01	29	50,99	5
ГО Верхотурский	60,23	2	60,57	1	56,56	2
ГО Дегтярск	33,89	41	32,85	44	26,50	55
ГО ЗАТО Свободный	47,87	9	51,40	4	32,33	47
ГО Карпинск	31,41	51	33,01	43	45,80	12
ГО Красноуральск	54,80	5	49,89	5	51,81	4
ГО Красноуфимский, МО Красноуфимский округ	38,32	25	35,38	33	41,24	23
ГО Нижняя Салда	58,02	4	52,98	3	43,66	16
ГО Первоуральск	31,22	52	27,24	57	31,24	49
ГО Ревда	37,31	29	36,96	30	37,20	35
ГО Рефтинский	27,52	58	23,55	58	26,46	56
ГО Сухой Лог	39,04	22	41,19	17	37,80	33
Горноуральский ГО	30,80	54	27,55	56	23,06	58
Ивдельский ГО	22,39	59	14,71	59	30,85	50
Каменский ГО	35,91	33	30,23	55	23,68	57
Камышловский ГО, МО Камышловский МР	39,02	23	45,53	11	55,40	3
Качканарский ГО	43,74	13	49,77	6	57,21	1
Кировградский ГО	39,43	20	33,48	40	28,36	53
ГО Краснотурьинск	34,48	36	33,31	41	33,97	41
Кушвинский ГО	47,40	10	42,46	14	42,90	18
Мальшевский ГО	29,92	55	32,59	46	46,51	11
Махневское МО	66,24	1	35,33	34	33,02	44
МО г. Алапаевск	38,42	24	38,95	25	42,75	19
МО г. Ирбит, Ирбитское МО	50,22	7	47,94	9	44,64	13
МО г. Каменск-Уральский	33,09	46	32,17	49	34,13	40
МО г. Нижний Тагил	30,83	53	33,88	38	29,71	52
МО г. Екатеринбург	33,45	44	32,35	47	34,36	39
Невьянский ГО	34,26	38	40,53	20	37,11	36
Нижнесергинский МР	33,10	45	31,88	50	31,28	48
Нижнетуринский ГО	42,73	15	31,45	53	34,71	38

Продолжение таблицы 48

1	2	3	4	5	6	7
Новолялинский ГО	36,69	31	39,41	22	39,24	29
Полевской ГО	28,07	57	33,08	42	28,35	54
Пышминский ГО	37,72	28	36,60	31	33,90	42
Режевской ГО	38,13	26	41,33	16	38,28	31
Североуральский ГО	39,09	21	37,43	28	39,22	30
Серовский ГО	29,69	56	39,04	23	42,23	20
Слободо-Туринский МР	50,37	6	48,81	8	40,21	25
Сысертский ГО	39,64	19	38,96	24	39,51	28
Тавдинский ГО	44,62	12	46,65	10	46,58	10
Талицкий ГО	40,83	18	45,41	12	48,09	9
Тугулымский ГО	35,77	34	40,81	19	38,19	32
Туринский ГО	33,59	43	30,66	54	32,48	46
Шалинский ГО	42,53	16	43,30	13	41,67	21

Таблица 49 – Ранжирование МО Свердловской области по обеспеченности врачами в МО Свердловской области, (на 10 тыс. населения)

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Алапаевское МО	20,6	21	20	22	19,4	20
Арамилский ГО	28,3	2	25,9	4	25,5	4
Артемовский ГО	22,3	15	22,4	10	21,5	12
Артинский ГО	22,6	14	21,7	14	21,2	14
Асбестовский ГО	26,7	5	25,9	4	25	5
Ачитский ГО	23,1	12	20,9	19	18	28
Байкаловский МР	16,4	38	15,2	40	15,4	36
Березовский ГО	24,6	6	23,8	6	22,1	9
Бисертский ГО	32,1	1	29,2	1	27,3	2
Верхнесалдинский ГО	11,4	52	11,3	49	11,3	50
Волчанский ГО	6,6	58	7,8	56	8	57
Белоярский ГО, ГО Верхнее Дуброво, МО пос. Уральский	18	30	16,4	35	14,9	40
ГО Богданович	14,4	45	13,5	47	12,7	47
ГО Верх-Нейвинский	13,7	48	16,2	36	20,7	16
ГО Верхний Тагил	16,4	38	15,2	40	13,9	43
ГО Верхняя Пышма, в т. ч. ГО Среднеуральск	23,8	8	22,4	10	23,3	7
ГО Верхняя Тура	9,8	53	7,7	57	8,9	56
ГО Верхотурский	14,9	43	15	42	15,3	38
ГО Дегтярск	14,2	46	15	42	15,1	39
ГО ЗАТО Свободный	16,1	40	15,7	38	14,1	41
ГО Карпинск	14,9	43	13,7	46	13,4	45

Продолжение таблицы 49

1	2	3	4	5	6	7
ГО Красноуральск	17,8	32	17	32	16,4	31
ГО Красноуфимский, в т. ч. МО Красноуфимский округ	17,5	34	17,9	26	19,9	18
ГО Нижняя Салда	9,6	54	10,2	53	10,8	51
ГО Первоуральск (+ ГО Староуткинск)	26,8	4	26,2	3	26,3	3
ГО Ревда	24	7	21,3	17	21,9	10
ГО Рефтинский	14,2	46	12,5	48	12	48
ГО Сухой Лог	23,2	11	22,5	9	21,5	12
Горноуральский ГО	9,6	54	9,4	54	9,8	53
Ивдельский ГО	6,4	59	4,6	59	6,1	59
Каменский ГО	11,7	50	10,7	52	9,8	53
Камышловский ГО, в т. ч. МО Камышловский МР	9,6	54	8,8	55	9,4	55
Качканарский ГО	18,5	27	16,5	34	16,3	32
Кировградский ГО	20,5	22	20,6	20	18,7	22
ГО Краснотурьинск (+ГО Пелым)	23,7	9	22,9	7	23,9	6
Кушвинский ГО	16,8	35	16,8	33	16	33
Малышевский ГО	17,7	33	17,1	31	15,4	36
Махневское МО	6,7	57	6,9	58	7	58
МО г. Алапаевск	21,8	17	21,4	16	22,8	8
МО г. Ирбит, Ирбитское МО	21,5	18	21,2	18	20,6	17
МО г. Каменск-Уральский	23,4	10	22,9	7	21,8	11
МО г. Нижний Тагил	19,8	25	19,6	24	18,7	22
МО г. Екатеринбург	28,3	2	28,1	2	27,6	1
Невьянский ГО	21,2	19	19,4	25	18	28
Нижнесергинский МР	16,5	37	16	37	15,5	35
Нижнетуринский ГО	23,1	12	20,4	21	19,9	18
Новолялинский ГО	16,6	36	14,4	44	14,1	41
Полевской ГО	22,1	16	21,8	13	21,1	15
Пышминский ГО	12,3	49	11,3	49	10,4	52
Режевской ГО	20,1	24	20	22	19,3	21
Североуральский ГО	18	30	17,7	28	15,7	34
Серовский ГО (+Гаринский ГО, Сосьвинский ГО)	15	42	14,1	45	13,7	44
Слободо-Туринский МР	20,4	23	21,6	15	18	28
Сысертский ГО	18,1	29	17,9	26	18,7	22
Тавдинский ГО (+ Таборинский МР)	11,7	50	11,2	51	11,8	49
Талицкий ГО	18,2	28	17,6	29	18,4	27
Тугулымский ГО	20,8	20	22	12	18,5	26
Туринский ГО	15,7	41	15,5	39	13,4	45
Шалинский ГО	19	26	17,2	30	18,6	25

Таблица 50 – Ранжирование МО Свердловской области по обеспеченности средним медицинским персоналом в МО Свердловской области, (на 10 тыс. населения)

Муниципальное образование	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг	Пок-ль	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Алапаевское МО	100,2	8	97,4	8	101	6
Арамилский ГО	73,5	34	71,3	35	69,6	35
Артемовский ГО	83,1	23	82,7	18	84,2	15
Артинский ГО	97,6	9	98	7	95,8	8
Асбестовский ГО	119,8	1	111,5	4	111,5	4
Ачитский ГО	101,7	6	93,7	9	94,4	9
Байкаловский МР	81,4	26	79,5	26	78,9	25
Березовский ГО	53,8	47	53,4	46	53,1	49
Бисертский ГО	100,4	7	99,8	6	100,2	7
Верхнесалдинский ГО	52,3	49	52,3	49	52,7	50
Волчанский ГО	83,2	22	92,6	10	85,2	14
Белоярский ГО, ГО Верхнее Дуброво, МО пос. Уральский	64,4	41	61,5	43	58,3	44
ГО Богданович	75	32	73,5	33	74,4	32
ГО Верх-Нейвинский	31,3	59	32,3	59	37,2	57
ГО Верхний Тагил	64,1	42	67,8	36	59,9	42
ГО Верхняя Пышма, в т. ч. ГО Среднеуральск	56,2	46	54,8	45	55,7	46
ГО Верхняя Тура	63,3	44	52,9	48	56,5	45
ГО Верхотурский	66,6	37	66,5	40	68,7	37
ГО Дегтярск	39,5	57	39,2	57	37,2	57
ГО ЗАТО Свободный	46,1	54	47,1	54	45,5	54
ГО Карпинск	84,1	20	82,6	19	81,3	21
ГО Красноуральск	94	10	85,2	16	89,3	11
ГО Красноуфимский, в т. ч. МО Красноуфимский округ	87,7	15	88,1	13	88,9	12
ГО Нижняя Салда	39,6	56	39,6	56	35,2	59
ГО Первоуральск (+ ГО Староуткинск)	82	25	81,8	21	81,9	20
ГО Ревда	81,2	27	79,1	27	77,6	28
ГО Рефтинский	52,5	48	53,1	47	55,6	47
ГО Сухой Лог	91,3	13	88,4	12	88,1	13
Горноуральский ГО	36,7	58	36,2	58	38,8	56
Ивдельский ГО	46,4	53	51,1	51	49,2	52
Каменский ГО	45,5	55	45,4	55	43,4	55
Камышловский ГО, в т. ч. МО Камышловский МР	61,1	45	57,7	44	54,3	48
Качканарский ГО	65,7	39	63,6	42	61,8	41
Кировградский ГО	66,5	38	67	38	63,4	39
ГО Краснотурьинск (+ГО Пелым)	113	4	112,5	2	114,3	1

Продолжение таблицы 50

1	2	3	4	5	6	7
Кушвинский ГО	80,3	29	79,8	25	81,3	21
Мальшевский ГО	72,8	35	72	34	75,2	31
Махневское МО	50,2	51	51,5	50	59,5	43
МО г. Алапаевск	114,1	3	112,3	3	112,1	3
МО г. Ирбит, Ирбитское МО	116,8	2	114,2	1	114,2	2
МО г. Каменск-Уральский	91,8	12	91,9	11	92,5	10
МО г. Нижний Тагил	86,3	17	85,8	14	82,7	18
МО г. Екатеринбург	50,7	50	50,1	52	48,9	53
Невьянский ГО	73,6	33	74,1	32	71,5	33
Нижнесергинский МР	65,4	40	67,2	37	65,4	38
Нижнетуринский ГО	86	19	74,8	31	69,7	34
Новолялинский ГО	80	30	78,5	30	75,8	30
Полевской ГО	64,1	42	64	41	62,7	40
Пышминский ГО	83,4	21	82,3	20	81,3	21
Режевской ГО	82,5	24	80	24	78,7	26
Североуральский ГО	87,7	15	84,2	17	83,4	16
Серовский ГО (+Гаринский ГО, Сосьвинский ГО)	80,8	28	79,1	27	78,4	27
Слободо-Туринский МР	106,7	5	107,1	5	110,5	5
Сысертский ГО	48,6	52	50,1	52	51,9	51
Тавдинский ГО (+ Таборинский МР)	92,8	11	81,7	22	82,6	19
Талицкий ГО	88,7	14	85,3	15	81	24
Тугулымский ГО	70,2	36	66,6	39	69,2	36
Туринский ГО	77,3	31	78,8	29	76,6	29
Шалинский ГО	86,3	17	81,7	22	83	17

**Приложение Ж. Ранжирование медицинских организаций,
оказывающих первичную медико-санитарную помощь,
по показателям деятельности**

Таблица 51 – Ранжирование медицинских организаций по среднему числу посещений на 1 человека в год за 2017 – 2019 гг.

Наименование медицинской организации	Число посещений на 1 чел. 2017	Ранг	Число посещений на 1 чел. 2018	Ранг	число посещений на 1 чел. 2019	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому населению						
ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский»	15,77	5	15,49	5	16,17	5
ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск»	17,46	3	17,23	4	17,08	3
ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил»	17,72	2	17,49	2	17,57	1
МАУ «Детская городская клиническая больница № 9»	17,10	4	17,40	3	16,73	4
МАУ «Детская городская клиническая больница № 11»	24,71	1	14,12	7	13,51	8
МАУ «Детская городская больница № 15»	13,03	8	14,10	8	13,52	7
МАУ «Детская городская больница № 8»	13,96	7	14,28	6	13,55	6
МАУ «Детская городская поликлиника № 13»	14,54	6	17,88	1	17,15	2
Медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению						
ГБУЗ СО «ГП № 4 г. Нижний Тагил»	5,85	4	5,75	3	4,90	12
МБУ «ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского»	4,60	11	4,97	11	5,26	7
МАУЗ «ЦГБ № 3»	5,09	8	5,16	8	5,14	10
МАУ «ЦГБ № 20»	5,08	9	5,09	9	5,23	8
ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский»	6,07	2	5,96	1	6,05	1
ГБУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»	6,03	3	5,91	2	5,97	2
МБУ «ЦГКБ № 6»	4,83	10	4,99	10	5,05	11
МБУ «ЦГБ № 7»	5,48	5	5,42	5	5,31	5
МБУ «ЦГКБ № 1»	5,15	7	5,22	7	5,27	6
МАУ «ЦГКБ № 24»	5,29	6	5,41	6	5,17	9
МАУ «ЦГКБ № 23»	6,10	1	5,63	4	5,47	4

Продолжение таблицы 51

1	2	3	4	5	6	7
МАУ «ГКБ № 14»	нет	-	нет	-	5,60	3
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому и взрослому населению						
ГБУЗ СО «Алапаевская ГБ»	7,89	18	7,73	18	7,50	29
ГБУЗ СО «Артемовская ЦРБ»	8,05	15	7,91	13	8,69	8
ГАУЗ СО «ГБ г. Асбест»	8,62	8	8,49	7	8,68	9
ГБУЗ СО «Артинская ЦРБ»	9,30	2	9,19	2	9,68	4
ГБУЗ СО «Серовская ГБ»	7,86	19	7,67	20	7,38	32
ГБУЗ СО «Алапаевская ЦРБ»	8,07	13	7,91	14	8,27	14
ГБУЗ СО «Ирбитская ЦГБ»	7,15	36	7,00	36	7,89	18
ГАУЗ СО «Режевская ЦРБ»	7,40	29	7,26	30	7,36	33
ГБУЗ СО «Березовская ЦГБ»	6,28	48	6,20	48	6,68	44
ГБУЗ СО «Камышловская ЦРБ»	8,06	14	7,90	15	7,95	17
ГБУЗ СО «Малышевская ГБ»	6,91	41	6,55	46	6,46	47
ГАУЗ СО «Сухоложская РБ»	7,37	31	7,28	29	7,59	24
ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д.Бородина»	6,07	51	5,95	51	6,98	39
ГБУЗ СО «Красноуфимская РБ»	8,31	10	8,10	10	8,60	10
ГБУЗ СО «Ревдинская ГБ»	7,50	27	7,35	27	7,45	30
ГБУЗ СО «Полевская ЦГБ»	7,11	37	6,97	38	6,98	40
ГБУЗ СО «Верхнесалдинская ЦГБ»	7,58	23	7,43	25	7,26	35
ГБУЗ СО «ЦГБ г. Верхняя Тура»	7,58	25	7,52	22	6,31	49
ГБУЗ СО «Качканарская ЦГБ»	8,02	16	7,86	16	7,76	22
ГБУЗ СО «Красноуральская ГБ»	7,33	32	7,17	32	7,26	34
ГБУЗ СО «Нижнесалдинская ЦГБ»	8,73	6	8,59	6	10,62	2
ГБУЗ СО «Волчанская ГБ»	6,64	46	6,55	45	7,53	27
ГБУЗ СО «Ивдельская ЦРБ»	5,21	54	5,12	54	5,49	53
ГБУЗ СО «Карпинская ЦГБ»	7,43	28	7,32	28	7,56	25
ГАУЗ СО «Краснотурьинская ГБ»	8,63	7	8,48	8	8,12	16
ГБУЗ СО «Североуральская ЦГБ»	7,96	17	7,81	17	8,23	15
ГБУЗ СО «Байкаловская ЦРБ»	7,76	21	7,61	21	8,36	12
ГБУЗ СО «Пышминская ЦРБ»	6,74	44	6,63	43	6,68	45
ГБУЗ СО «Слободо-Туринская РБ»	8,24	11	8,04	12	9,09	5

Продолжение таблицы 51

1	2	3	4	5	6	7
ГБУЗ СО «Тавдинская ЦРБ»	6,85	42	6,65	42	6,95	41
ГАУЗ СО «Талицкая ЦРБ»	7,64	22	7,49	23	8,32	13
ГБУЗ СО «Тугулымская ЦРБ»	7,53	26	7,37	26	7,54	26
ГБУЗ СО «Туринская ЦРБ им. О.Д. Зубова»	8,58	9	8,45	9	9,01	7
ГБУЗ СО «Арамилевская ГБ»	8,79	4	8,75	4	9,04	6
ГБУЗ СО «Белоярская ЦРБ»	6,49	47	6,38	47	6,94	42
ГБУЗ СО «Богдановичская ЦРБ»	6,77	43	6,65	41	6,23	50
ГБУЗ СО «Каменская ЦРБ»	7,26	33	7,05	35	7,20	36
ГБУЗ СО «Рефтинская ГБ»	6,08	50	6,04	50	6,21	51
ГАУЗ СО «Сысертская ЦРБ»	5,97	52	5,93	52	6,50	46
ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ»	8,22	12	8,08	11	7,73	23
ГБУЗ СО «Бисертская ГБ»	10,24	1	10,06	1	7,85	19
ГБУЗ СО «Дегтярская ГБ»	6,67	45	6,59	44	5,67	52
ГБУЗ СО «Нижнесергинская ЦРБ»	7,40	30	7,24	31	8,38	11
ГБУЗ СО «Шалинская ЦГБ»	7,86	20	7,73	19	7,44	31
ГБУЗ СО «Демидовская ГБ»	8,95	3	8,81	3	10,36	3
ГБУЗ СО «ГБ г. Верхний Тагил»	7,09	38	6,98	37	7,51	28
ГБУЗ СО «Горноуральская РП»	6,19	49	6,09	49	6,34	48
ГБУЗ СО «Кировградская ЦГБ»	7,21	34	7,09	34	7,15	38
ГБУЗ СО «ЦГБ г. Кушва»	7,09	39	6,96	39	7,17	37
ГБУЗ СО «Невьянская ЦРБ»	6,98	40	6,83	40	6,92	43
ГБУЗ СО «ГБ ЗАТО Свободный»	8,79	5	8,64	5	10,81	1
ГБУЗ СО «ЦРБ Верхотурского района»	7,18	35	7,10	33	7,85	20
ГБУЗ СО «Нижнетуринская ЦГБ»	5,40	53	5,32	53	4,69	54
ГБУЗ СО «Новолялинская РБ»	7,58	24	7,48	24	7,82	21

Таблица 52 – Ранжирование медицинских организаций по фактическому выполнению ТП ОМС за АПП по объемам медицинской помощи (посещений), % выполнения

Наименование медицинской организации	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	Фактическое выполнение ТП ОМС	Ранг	Фактическое выполнение ТП ОМС	Ранг	Фактическое выполнение ТП ОМС	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детскому населению						
ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский»	115,22	2	106,44	2	100,61	5
ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск»	100,66	7	100,51	5	107,33	1
ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил»	105,88	6	97,11	6	90,97	8
МАУ «Детская городская клиническая больница № 9»	115,46	1	107,00	1	102,55	4
МАУ «Детская городская клиническая больница № 11»	107,12	4	91,81	8	94,35	7
МАУ «Детская городская больница № 15»	111,45	3	101,99	4	104,05	3
МАУ «Детская городская больница № 8»	106,09	5	104,68	3	104,32	2
МАУ «Детская городская поликлиника № 13»	95,69	8	93,62	7	98,62	6
Медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению						
ГБУЗ СО «ГП № 4 г. Нижний Тагил»	86,92	11	84,20	11	97,03	7
МБУ «ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского»	83,13	12	94,63	5	83,45	11
МАУЗ «ЦГБ № 3»	90,36	10	92,84	7	98,21	6
МАУ «ЦГБ № 20»	99,24	4	81,62	12	99,94	5
ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский»	100,62	3	101,82	1	99,95	4
ГБУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»	98,96	5	99,47	3	104,18	2
МБУ «ЦГКБ № 6»	103,53	2	98,87	4	94,66	9
МБУ «ЦГБ № 7»	104,81	1	91,63	9	101,28	3
МБУ «ЦГКБ № 1»	93,84	8	92,63	8	86,26	10
МАУ «ЦГКБ № 24»	97,39	6	89,84	10	82,64	12
МАУ «ЦГКБ № 23»	91,32	9	93,48	6	96,92	8
МАУ «ГКБ № 14»	95,88	7	100,77	2	116,51	1

Продолжение таблицы 52

1	2	3	4	5	6	7
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детско-взрослому населению						
ГБУЗ СО «Алапаевская ГБ»	92,56	48	95,74	44	104,27	10
ГБУЗ СО «Артемовская ЦРБ»	103,60	12	109,23	8	100,51	19
ГАУЗ СО «ГБ г. Асбест»	102,43	14	100,35	30	102,86	14
ГБУЗ СО «Артинская ЦРБ»	102,26	16	105,07	17	99,23	23
ГБУЗ СО «Серовская ГБ»	95,59	38	96,10	43	107,61	5
ГБУЗ СО «Алапаевская ЦРБ»	98,49	31	101,60	24	98,89	28
ГБУЗ СО «Ирбитская ЦГБ»	106,73	7	108,56	11	99,19	25
ГАУЗ СО «Режевская ЦРБ»	101,24	23	99,19	35	98,60	29
ГБУЗ СО «Березовская ЦГБ»	113,26	3	108,71	9	96,52	37
ГБУЗ СО «Камышловская ЦРБ»	97,87	33	98,15	37	96,29	39
ГБУЗ СО «Малышевская ГБ»	94,71	43	99,36	33	98,94	27
ГАУЗ СО «Сухоложская РБ»	111,62	4	102,91	22	102,64	15
ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д.Бородина»	110,82	5	120,72	3	106,01	8
ГБУЗ СО «Красноуфимская РБ»	105,55	8	105,88	13	103,69	12
ГБУЗ СО «Ревдинская ГБ»	101,87	18	101,01	26	96,32	38
ГБУЗ СО «Полевская ЦГБ»	101,43	21	96,29	42	90,58	46
ГБУЗ СО «Верхнесалдинская ЦГБ»	98,66	30	90,68	48	87,96	51
ГБУЗ СО «ЦГБ г. Верхняя Тура»	84,72	54	78,96	52	100,75	17
ГБУЗ СО «Качканарская ЦГБ»	94,80	42	86,85	51	78,86	54
ГБУЗ СО «Красноуральская ГБ»	98,24	32	100,38	29	97,84	34
ГБУЗ СО «Нижнесалдинская ЦГБ»	121,07	1	122,64	2	109,88	2
ГБУЗ СО «Волчанская ГБ»	101,98	17	112,47	6	105,16	9
ГБУЗ СО «Ивдельская ЦРБ»	96,29	37	96,59	41	87,49	52
ГБУЗ СО «Карпинская ЦГБ»	103,23	13	101,49	25	98,03	33
ГАУЗ СО «Краснотурьинская ГБ»	97,39	35	94,33	46	100,45	20
ГБУЗ СО «Североуральская ЦГБ»	100,80	25	104,20	20	98,52	30
ГБУЗ СО «Байкаловская ЦРБ»	99,81	27	104,64	18	99,05	26
ГБУЗ СО «Пышминская ЦРБ»	97,68	34	97,78	38	106,71	6
ГБУЗ СО «Слободо-Туринская РБ»	104,21	9	109,67	7	99,83	22

Продолжение таблицы 52

1	2	3	4	5	6	7
ГБУЗ СО «Тавдинская ЦРБ»	93,95	45	100,89	27	99,21	24
ГАУЗ СО «Талицкая ЦРБ»	99,08	29	108,67	10	94,61	42
ГБУЗ СО «Тугулымская ЦРБ»	96,91	36	96,85	40	88,71	50
ГБУЗ СО «Турунская ЦРБ им. О.Д. Зубова»	100,29	26	99,25	34	93,88	44
ГБУЗ СО «Арамилевская ГБ»	94,12	44	102,56	23	89,48	48
ГБУЗ СО «Белоярская ЦРБ»	101,13	24	115,14	4	107,67	4
ГБУЗ СО «Богдановичевская ЦРБ»	90,52	51	94,32	47	108,78	3
ГБУЗ СО «Каменевская ЦРБ»	93,03	47	100,18	31	98,14	32
ГБУЗ СО «Рефтиневская ГБ»	93,80	46	105,10	16	106,21	7
ГАУЗ СО «Сысертевская ЦРБ»	107,38	6	103,77	21	98,28	31
ГБУЗ СО «Ачитевская ЦРБ»	99,79	28	94,48	45	103,81	11
ГБУЗ СО «Бисертевская ГБ»	91,28	49	76,55	54	89,31	49
ГБУЗ СО «Дегтяревская ГБ»	86,66	53	88,82	49	103,04	13
ГБУЗ СО «Нижнесергиневская ЦРБ»	103,83	10	115,05	5	95,99	40
ГБУЗ СО «Шалиневская ЦГБ»	89,67	52	78,05	53	82,44	53
ГБУЗ СО «Демидовевская ГБ»	101,56	19	107,72	12	91,47	45
ГБУЗ СО «ГБ г. Верхний Тагил»	95,07	39	100,52	28	90,57	47
ГБУЗ СО «Горноуральевская РП»	101,28	22	105,82	14	100,51	18
ГБУЗ СО «Кировградевская ЦГБ»	90,80	50	98,89	36	95,29	41
ГБУЗ СО «ЦГБ г. Кушва»	101,54	20	100,01	32	101,25	16
ГБУЗ СО «Невьяневская ЦРБ»	94,99	41	97,38	39	94,30	43
ГБУЗ СО «ГБ ЗАТО Свободный»	119,01	2	130,66	1	109,96	1
ГБУЗ СО «ЦРБ Верхотуревского района»	102,36	15	105,82	15	100,42	21
ГБУЗ СО «Нижнетуриневская ЦГБ»	95,04	40	87,28	50	97,20	36
ГБУЗ СО «Новолялиневская РБ»	103,70	11	104,23	19	97,49	35

Таблица 53 – Ранжирование медицинских организаций по доле штрафов/удержаний/снятий за АПП, взысканных СМО, ТФОМС по результатам МЭК, ЭКМП от фактического выполнения ТП ОМС за АПП, объем финансирования, %

Наименование медицинской организации	Доля общих штрафов от объема финансирования, % в 2017 г.	Ранг	Доля общих штрафов от объема финансирования, % в 2018 г.	Ранг	Доля общих штрафов от объема финансирования, % в 2019 г.	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Медицинские организации, оказывающие помощь детскому населению						
ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский»	0,18	6	0,22	8	0,18	8
ГБУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск»	0,11	2	0,12	4	0,15	7
ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил»	0,05	1	0,18	6	0,11	6
МАУ «Детская городская клиническая больница № 9»	0,35	8	0,18	5	0,06	3
МАУ «Детская городская клиническая больница № 11»	0,15	5	0,11	3	0,05	1
МАУ «Детская городская больница № 15»	0,13	3	0,08	2	0,10	5
МАУ «Детская городская больница № 8»	0,14	4	0,07	1	0,06	2
МАУ «Детская городская поликлиника № 13»	0,27	7	0,19	7	0,10	4
Медицинские организации, оказывающие ПМСП взрослому населению						
ГБУЗ СО «ГП № 4 г. Нижний Тагил»	0,08	4	0,06	2	0,06	4
МБУ «ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского»	0,20	10	0,16	7	0,06	3
МАУЗ «ЦГБ № 3»	0,40	12	0,15	5	0,09	6
МАУ «ЦГБ № 20»	0,07	3	0,12	3	0,08	5
ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский»	0,17	7	0,22	9	0,14	9
ГБУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»	0,23	11	0,31	12	0,15	10
МБУ «ЦГКБ № 6»	0,18	8	0,23	10	0,21	11
МБУ «ЦГБ № 7»	0,04	2	0,19	8	0,05	2
МБУ «ЦГКБ № 1»	0,14	6	0,13	4	0,13	8
МАУ «ЦГКБ № 24»	0,20	9	0,15	6	0,23	12
МАУ «ЦГКБ № 23»	0,11	5	0,28	11	0,11	7
МАУ «ГКБ № 14»	0,01	1	0,01	1	0,04	1

Продолжение таблицы 53

1	2	3	4	5	6	7
Медицинские организации, оказывающие ПМСП детско-взрослому населению						
ГБУЗ СО «Алапаевская ГБ»	0,26	31	0,13	7	0,05	3
ГБУЗ СО «Артемовская ЦРБ»	0,22	24	0,13	8	0,07	9
ГАУЗ СО «ГБ г. Асбест»	0,08	2	0,03	2	0,02	1
ГБУЗ СО «Артинская ЦРБ»	0,28	33	0,08	3	0,20	29
ГБУЗ СО «Серовская ГБ»	0,16	10	0,16	14	0,16	21
ГБУЗ СО «Алапаевская ЦРБ»	0,26	29	0,37	39	0,07	10
ГБУЗ СО «Ирбитская ЦГБ»	0,23	27	0,33	34	0,32	47
ГАУЗ СО «Режевская ЦРБ»	0,22	25	0,16	13	0,07	7
ГБУЗ СО «Березовская ЦГБ»	0,13	8	0,12	6	0,06	6
ГБУЗ СО «Камышловская ЦРБ»	0,21	20	0,25	28	0,17	24
ГБУЗ СО «Малышевская ГБ»	0,09	4	0,48	47	0,25	41
ГАУЗ СО «Сухоложская РБ»	0,23	26	0,26	29	0,17	23
ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д.Бородина»	0,13	7	0,23	24	0,14	17
ГБУЗ СО «Красноуфимская РБ»	0,08	3	0,15	11	0,20	28
ГБУЗ СО «Ревдинская ГБ»	0,24	28	0,24	26	0,18	25
ГБУЗ СО «Полевская ЦГБ»	0,26	30	0,90	52	0,13	15
ГБУЗ СО «Верхнесалдинская ЦГБ»	0,16	12	0,27	31	0,24	40
ГБУЗ СО «ЦГБ г. Верхняя Тура»	0,61	48	0,36	36	0,21	33
ГБУЗ СО «Качканарская ЦГБ»	0,19	18	0,18	17	0,27	43
ГБУЗ СО «Красноуральская ГБ»	0,67	51	0,42	44	0,24	39
ГБУЗ СО «Нижнесалдинская ЦГБ»	0,33	37	0,23	25	0,41	51
ГБУЗ СО «Волчанская ГБ»	0,76	53	0,39	42	0,28	45
ГБУЗ СО «Ивдельская ЦРБ»	0,64	50	0,13	9	0,23	37
ГБУЗ СО «Карпинская ЦГБ»	0,11	5	0,03	1	0,06	5
ГАУЗ СО «Краснотурьинская ГБ»	0,12	6	0,08	4	0,05	4
ГБУЗ СО «Североуральская ЦГБ»	0,74	52	0,32	33	0,27	44
ГБУЗ СО «Байкаловская ЦРБ»	0,17	13	0,37	37	0,14	16
ГБУЗ СО «Пышминская ЦРБ»	0,29	35	0,20	20	0,25	42
ГБУЗ СО «Слободо-Туринская РБ»	0,28	34	0,91	53	0,58	54
ГБУЗ СО «Тавдинская ЦРБ»	0,22	23	0,24	27	0,21	32

Продолжение таблицы 53

1	2	3	4	5	6	7
ГАУЗ СО «Талицкая ЦРБ»	0,19	17	0,19	18	0,21	36
ГБУЗ СО «Тугулымская ЦРБ»	0,06	1	0,09	5	0,14	18
ГБУЗ СО «Туринская ЦРБ им. О.Д. Зубова»	0,39	41	1,02	54	0,52	53
ГБУЗ СО «Арамилевская ГБ»	1,10	54	0,34	35	0,16	22
ГБУЗ СО «Белоярская ЦРБ»	0,52	47	0,22	23	0,11	14
ГБУЗ СО «Богдановичская ЦРБ»	0,33	38	0,27	30	0,21	34
ГБУЗ СО «Каменская ЦРБ»	0,32	36	0,60	48	0,11	13
ГБУЗ СО «Рефтинская ГБ»	0,14	9	0,22	22	0,04	2
ГАУЗ СО «Сысертская ЦРБ»	0,21	19	0,18	16	0,07	8
ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ»	0,39	40	0,14	10	0,23	38
ГБУЗ СО «Бисертская ГБ»	0,18	15	0,28	32	0,09	11
ГБУЗ СО «Дегтярская ГБ»	0,34	39	0,39	41	0,20	27
ГБУЗ СО «Нижнесергинская ЦРБ»	0,62	49	0,61	49	0,15	19
ГБУЗ СО «Шалинская ЦГБ»	0,43	43	0,45	46	0,21	35
ГБУЗ СО «Демидовская ГБ»	0,18	16	0,17	15	0,36	49
ГБУЗ СО «ГБ г. Верхний Тагил»	0,21	21	0,63	50	0,38	50
ГБУЗ СО «Горноуральская РП»	0,40	42	0,21	21	0,20	26
ГБУЗ СО «Кировградская ЦГБ»	0,49	45	0,45	45	0,21	31
ГБУЗ СО «ЦГБ г. Кушва»	0,28	32	0,39	40	0,21	30
ГБУЗ СО «Невьянская ЦРБ»	0,16	11	0,20	19	0,09	12
ГБУЗ СО «ГБ ЗАТО Свободный»	0,51	46	0,37	38	0,42	52
ГБУЗ СО «ЦРБ Верхотурского района»	0,18	14	0,40	43	0,30	46
ГБУЗ СО «Нижнетуринская ЦГБ»	0,22	22	0,15	12	0,16	20
ГБУЗ СО «Новолялинская РБ»	0,44	44	0,73	51	0,33	48