

**На правах рукописи**

**СЕРОВ Денис Владимирович**

**Научное обоснование совершенствования амбулаторно-  
поликлинической помощи взрослому  
населению г. Москвы**

**14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Москва - 2019**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

**Коновалов Олег Евгеньевич** - Заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:**

**Гриднев Олег Владимирович** - доктор медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения г. Москвы», главный врач.

**Калининская Алефтина Александровна** - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник отделения медико-социальных проблем

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

Защита диссертации состоится «28» марта 2019 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета Д.212.203.35 при Российском университете дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 10, к. 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

Электронные версии диссертации и автореферата размещены на сайте РУДН по адресу: <http://dissovet.rudn.ru>

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

Учёный секретарь диссертационного совета Д 212.203.35  
кандидат медицинских наук, доцент

Л.В. Пушко

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Первичная медико-санитарная помощь является важнейшим сектором здравоохранения. Ее основной задачей является повышение доступности и качества медицинской помощи (Стародубов В.И. и соавт., 2014; Щепин В.О. и соавт., 2014; Скворцова В.И., 2017, Хрипун А.И., 2017). О глобальности этого направления свидетельствует открытие в Алма-Ате в 2013 году Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи по решению 63-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ.

Новый этап развития здравоохранения в нашей стране задается подходами ВОЗ в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе на 2015-2020 гг., в соответствии с которым: «Ориентированные на нужды людей системы здравоохранения предоставляют высококачественные комплексные и скоординированные услуги, соблюдая принцип социальной справедливости, и привлекают людей к участию в принятии решений в качестве партнеров». Вместе с тем, организационные решения и действия по инициативе только поставщиков медицинских услуг не всегда наилучшим образом позволяет улучшать показатели здоровья (Зудин А.Б., 2017; Богатова И.В., Шильникова Н.Ф., 2018).

Одним из ведущих направлений при этом является использование программно-целевого подхода, в том числе на среднесрочную перспективу. В последние годы в г. Москве были приняты и реализовывались ряд инновационных проектов в области здравоохранения, в том числе Государственная программа «Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)» (Линденбратен А.Л. и соавт., 2016; Значкова Е.А., 2016; Вялков А.И. и соавт., 2018; Таджиев И.Я., 2018).

В данном контексте особого внимания заслуживает изучение первых результатов реализации краудсорсингового проекта «Московский стандарт поликлиники» (МСП), который ориентирован, прежде всего, не на услугу и ее производителей, а на ее потребителей. Инновационный аспект проекта направлен на реконструкцию деятельности врачей и медицинских сестер, работающих в первичном звене здравоохранения (Модестов А.А., Спивак И.М., 2016). В результате, врачи получили возможность уделять больше времени пациентам, как на приеме, так и при выездах на дом. При этом содержание работы врачей кардинально не изменилось. Радикальные изменения коснулись работы среднего медицинского персонала и потребовали от них новых компетенций (Спивак И.М. и соавт., 2014).

**Степень разработанности темы.** Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому населению является предметом многолетнего и многогранного изучения. При этом можно с определенной долей условности выделить несколько этапов ее развития и исследования.

Первый этап – до 1991 года. Эффективность советской государственной модели здравоохранения была отмечена в 1978 году на Международной

конференции по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в г. Алма-Ата. Вторым этапом развития ПМСП целесообразно связать с Законами РФ от 28.06.1991 г. №1499-1 «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» и ФЗ от 22.07.1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ». Почти два десятилетия эти документы определяли стратегию развития ПМСП в России.

Третий этап отмечен выходом в свет ФЗ от 29.11. 2010 г. №326 –ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В рамках этого этапа в России была осуществлена беспрецедентная модернизация амбулаторно-поликлинической помощи, направленная на повышение ее качества и доступности для населения, что отражено в исследованиях Иванова М.В. (2011), Сквирской Г.П. (2012), Линденбрата А.Л. (2013), Калининской А.А. (2015), Гриднева О.В. и Белостоцкого А.В. (2015). Показатели эффективности модернизация амбулаторно-поликлинической помощи, ориентированные на снижение показателей смертности, заболеваемости и инвалидности, и как следствие, увеличение продолжительности и качества жизни населения исследовались в работах Москвиной С.С. (2013), Калининской А.А. (2015), Верткиной А.Л., (2017), Гитиновой З.А. и соавт. (2017).

Необходимо отметить, что распространенной практикой является изучение отношения врачей к вопросам организации медицинской помощи различным группам населения (Федоткина С.А., 2014; Фаррахов А.З., 2015). Значительно реже изучается отношение к переменам сестринского персонала, которые работают с врачами в одной команде, ориентированной на конечный результат (Кобякова О.С. и соавт., 2017; Петрова. Н. Г., Погосян С.Г., 2018).

**Цель исследования:** научное обоснование комплекса организационных мероприятий, направленных на оптимизацию амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы в современных условиях.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать тенденции первичной и общей заболеваемости взрослого населения г. Москвы для разработки мер по ее снижению на уровне первичного звена здравоохранения.
2. Провести аудит амбулаторных карт и выявить имеющиеся недостатки в оказании амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению мегаполиса.
3. Получить оценку амбулаторно-поликлинической помощи по мнению пациентов и медицинских работников.
4. Изучить мнение врачебного и медсестринского персонала о проблемах и возможностях «Московского стандарта поликлиники».
5. Разработать комплекс мероприятий медико-организационного характера, направленных на оптимизацию при реализации инновационных проектов амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы.

**Научная новизна исследования.** Получена новая информация о здоровье и медицинской активности взрослого населения г. Москвы на современном этапе, что является основой для принятия научно-обоснованных предложений по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи данному контингенту.

Дана оценка организации и оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению мегаполиса и выявлены проблемные зоны в системе ее оказания на уровне поставщиков и потребителей медицинских услуг.

Впервые изучено мнение врачей о перспективах развития системы амбулаторно-поликлинической помощи в условиях реализации «Московского стандарта поликлиники» (МСП), что позволило выявить проблемные зоны, связанные с освоением электронных ресурсов; поведенческими стереотипами (неготовность изменить сложившуюся патерналистическую модель взаимоотношений с пациентами на модель информированного сотрудничества); отсутствием алгоритмов работы в условиях, связанных с временными ограничениями приема пациентов.

Проанализировано мнение медицинских сестер об их роли и месте в реализации «МСП», что позволило выявить сильные и слабые стороны их участия в проекте. Сильные стороны представлены позитивной оценкой инноваций в их работе, о чем свидетельствуют полная информированность о переменах и высокая мотивационная готовность к работе в новых условиях. Работу осложняет недостаточная компетентность в части патронажа маломобильного населения, дежурства в диспетчерской службе вызова врача на дом, ограничение возможности профессионального и карьерного роста, повышения престижа профессии.

По результатам опроса медицинского персонала выявлено достоверное расхождение оценок, связанных с ожиданиями и реальным положением дел после внедрения «МСП», которые в основном связаны с «человеческим фактором», который сказывается на качестве работы специалистов. Новые условия труда, связанные с большей самостоятельностью и ответственностью являются стрессогенными факторами и нуждаются в постоянном контроле и коррекции со стороны администрации медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее поликлиник).

На основании полученных результатов определены приоритетные направления оптимизации первичной медико-санитарной помощи в условиях модернизации системы здравоохранения мегаполиса, которые включают инновационные мероприятия медико-организационного характера.

#### **Теоретическая и практическая значимость исследования.**

Изучена система организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению мегаполиса и определены «проблемные зоны» ее функционирования при внедрении «Московского стандарта поликлиники».

Дана оценка доступности и удовлетворенности взрослого населения

первичной медико-санитарной помощью и мотивации медицинского персонала в рамках проекта «Московский стандарт поликлиники».

Проанализированы данные о состоянии здоровья и факторах риска, способствующих развитию болезней в зависимости от пола, возраста, отношения к собственному здоровью различных социальных групп взрослого населения, что важно учитывать при планировании и принятии решений в области охраны здоровья.

Научно обоснован и оценен комплекс мероприятий медико-организационного характера, направленный на повышение качества и доступности медицинской помощи взрослому населению мегаполиса при реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)» в пределах среднесрочной перспективы и краудсорсингового проекта «Московский стандарт поликлиники».

**Методология и методы исследования.** В ходе выполнения настоящего исследования использовался комплексный подход, позволивший научно обосновать и оценить комплекс мероприятий, направленных на совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению мегаполиса с учетом оценок врачей первичной медико-санитарной помощи и пациентов амбулаторно-поликлинических медицинских организаций.

В качестве единиц наблюдения учитывался взрослый пациент амбулаторно-поликлинической медицинской организации. Были использованы библиографический, социологический метод, метод SWOT-анализа, статистический метод и метод экспертных оценок.

При математико-статистической обработке полученных данных применялись методы вариационной статистики, корреляционного анализа и анализа динамических рядов. С целью оценки достоверности различий показателей использовался критерий Стьюдента (t).

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Динамика основных показателей здоровья взрослого населения является основой для принятия решений по реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи.
2. Социально-гигиеническая характеристика взрослого населения и выявленные факторы риска, способствующие развитию болезней в зависимости от пола, возраста и отношения к собственному здоровью, позволяют медицинскому персоналу использовать в работе стратегию предотвратимости потерь здоровья.
3. Проект «Московский стандарт поликлиники» способствует повышению качества и доступности медицинских услуг взрослому населению путем дифференциации деятельности врачей и среднего медицинского персонала.
4. Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению связано с расширением стационарзамещающих технологий, созданием в амбулаторно-медицинских центрах единых центров

амбулаторной хирургии и урологии, эндоскопии, пульмонологии, эндокринологии; совершенствование выездной работы специалистов 2-го уровня; перевод диспансерной группы пациентов с труднокурабельными заболеваниями с 1-го на 2-ой уровень, развитие информационной составляющей деятельности поликлиник.

#### **Внедрение материалов исследования в практику.**

1. Материалы диссертации нашли практическое применение при формировании Государственной программы г. Москвы на среднесрочный период (2012–2020 гг.) «Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)»
2. Содержащиеся в диссертации предложения по повышению эффективности работы врачей и медицинских сестер в условиях реализации «Московского стандарта поликлиники» внедрены в практику работы поликлиник №134 и №180 Департамента здравоохранения г. Москвы.
3. Подготовлено и издано учебно-методическое пособие «Отношение медицинского персонала к нововведениям в рамках реализации проекта “Московский стандарт поликлиники” (Москва: РУДН, 2018.- 24 с.)».
4. Материалы диссертационного исследования используются в системе додипломного и последипломного образования в ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет».

**Апробация результатов исследования.** Материалы диссертации были доложены, представлены и обсуждены на:

- научной конференции «Актуальные проблемы гигиены, общественного здоровья и здравоохранения» (Москва, РУДН, 2014);
- 18-й республиканской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2014);
- межрегиональной научной конференции с международным участием Рязанского государственного медицинского университета (Рязань, 2014);
- 20-й республиканской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2016);
- межвузовской научно-практической конференции «Трансформации здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование - взгляд в будущее» (Москва, 2016);
- Всероссийской научно-образовательной конференции для руководителей медицинских организаций и врачей специалистов «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на современном этапе – 2017» (Нижний Новгород, 2017);
- научно-практической конференции «О результативности непрерывного профессионального образования руководителей системы охраны здоровья населения (методологические, методические, медико-социальные, социально-экономические и управленческие аспекты)» (Казань, 2018).

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Научные положения диссертационной исследования соответствуют пунктам 1, 2, 3, 5 паспорта специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

**Степень достоверности результатов.** Достоверность и объективность полученных результатов определяется репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования, статистической обработкой полученных данных с использованием современных подходов. Необходимое число наблюдений, обеспечивающее достоверность полученных результатов, определялось по стандартной формуле бесповторной выборки.

**Личное участие диссертанта.** Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора как на этапе постановки цели и задач, разработки методики исследования, так и сборе первичных данных (личный вклад диссертанта 95%), проведении исследований, обработке, анализе и обобщении полученных результатов для написания и оформления рукописи.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 10 печатных работ, в том числе 4 статьи в журналах по списку ВАК.

**Объем и структура диссертации.** Работа представлена на 196 страницах машинописи, состоит из введения, пяти глав (обзор литературы, материалы и методы исследования, 3 глав собственных исследований), заключения, выводов, предложений, списка литературы и приложения. Диссертация хорошо иллюстрирована 24 рисунками, 28 таблицами. Список использованной литературы содержит 261 источников, из них 190 – отечественных и 71 – иностранных авторов.

### **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обоснована актуальность исследования, определены цель и задачи, научная новизна и практическая значимость работы, а также выносимые на защиту положения.

**В первой главе** представлен обзор отечественной и зарубежной литературы по теме исследования, в котором проанализированы динамика и тенденция здоровья взрослых жителей г. Москвы. Рассмотрены основные направления развития первичной медико-санитарной помощи в условиях мегаполиса и представлена оценка эффективности структурных преобразований столичного здравоохранения.

**Во второй главе** изложена программа, дана характеристика базы, материала и методов исследования.

**Гипотеза исследования.** Анализ нормативной базы организации ПМСП за период 2010-2017 гг. показывает, что Минздравом РФ были приняты десятки актов, направленных на ее реформирование. Итогом этой работы стало утверждение Председателем Правительства РФ 02.08.2017 г. паспорта проекта Минздрава РФ – «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». В паспорте проекта отмечается, что это будет «пациентоориентированная



медицинская организация, отличительными признаками которой являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения».

Поликлиника остается основной базой оказания медицинской помощи с позиций предотвратимости потерь здоровья населения мерами профилактики. В течение последних лет в столице реализуется ряд инновационных проектов в области здравоохранения, в том числе Государственная программа «Развитие здравоохранения г. Москвы (Столичное здравоохранение)», проект «Бережливая поликлиника» и другие.

Среди проектов оптимизации ПМСП особого внимания заслуживает анализ первых результатов краудсорсингового проекта «Московский стандарт поликлиники» (МСП). Краудсорсинг (англ. crowdsourcing, crowd — «толпа» и sourcing — «использование ресурсов») — привлечение к решению тех или иных проблем инновационной производственной деятельности широкого круга лиц для использования их творческих способностей, знаний и опыта по типу субподрядной работы на добровольных началах с применением инфокоммуникационных технологий.

Изучение мнения врачебного и сестринского персонала о проблемах и возможностях «Московского стандарта поликлиники» о готовности работать в рамках новой модели оказания ПМСП, оценка доступности и качества медицинских услуг с позиции пациентов позволят выявить проблемные зоны и возможности этого инновационного продукта.

Работа выполнялась в г. Москве, являющейся субъектом Центрального федерального округа (ЦФО) России. По данным Федеральной службы Госстатистики, на начало 2018 года в городе Москва проживало 12,5 млн. человек.

**Базой исследования** явились амбулаторно-поликлинические медицинские организации Северного, Северо-Восточного и Северо-Западного административных округов г. Москвы.

**Предмет исследования:** состояние и пути оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению.

**Объекты исследования:**

- взрослое население г. Москвы;
- врачи и медицинские сестры городских поликлиник.

**Единицы наблюдения:**

- житель г. Москвы в возрасте 18 лет и старше;
- врач территориальной поликлиники;
- медицинская сестра территориальной поликлиники.

**Информационная база исследования:**

- отечественные и зарубежные источники литературы, документы ВОЗ, доклады о профилактике и распространенности сифилиса в России и в мире;
- данные, содержащиеся в базе Федеральной службы государственной статистики (Росстат);

- данные, содержащиеся в Европейской базе «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ;
- данные социологического опроса врачей и медицинских сестер территориальных поликлиник Департамента здравоохранения г. Москвы;
- материалы социологического опроса главных врачей городских больниц и главных врачей городских поликлиник для взрослого населения;
- данные социологического опроса пациентов городских поликлиник;
- учетно-отчетная медицинская документация.

Репрезентативность выборки была определена по таблице В.И. Паниотто и соавт. (2004) с допущением 5% ошибки.

Генеральная совокупность населения г. Москвы достигает 12,5 млн. человек, поэтому была выбрана позиция, где объем генеральной совокупности составлял «Бесконечная», которой соответствует выборочная совокупность 400 человек. В связи с этим нами было опрошено 452 пациента, находившихся на амбулаторном лечении в медицинских организациях 1-го и 2-го уровней.

Проводился анализ тенденций показателей здоровья взрослого населения г. Москвы. Изучалась общая и первичная заболеваемость, а также ее структура. Полученные результаты сравнивались с соответствующими показателями по Российской Федерации в целом и по Центральному федеральному округу (ЦФО). При этом анализ заболеваемости осуществлялся в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Изучался уровень, динамика и структура смертности населения в возрасте 18 лет и старше.

Для выявления основных тенденций показателей здоровья взрослого населения и моделирования возможных их трендов использовался метод аппроксимации. Моделирование возможных трендов дало возможность определить степень достоверности наблюдаемых тенденций, при которых тенденция может считаться достоверной, если  $R^2$  равно или превышает 0,4.

Была проведена экспертная оценка 937 амбулаторных карт пациентов, прикрепленных к медицинским организациям двух административных округов города Москвы — Северного и Северо-Западного. В качестве экспертов привлекались высококвалифицированные специалисты – доктора и кандидаты медицинских наук.

Для изучения мнения руководителей медицинских организаций (МО) об основных целях и задачах преобразований, направленных на развитие и совершенствование трехуровневой системы оказания медпомощи населению, повышение ее качества и доступности, был организован и проведён социологический опрос 212 медработников (главных врачей городских больниц – 31 человек, главных врачей городских поликлиник, обслуживающих взрослое население – 181 чел.) Выборка выполнялась сплошным методом. Опрос проводили с помощью специально разработанной анкеты, состоявшей из пяти блоков вопросов о целях, задачах, организации работы и перспективах развития МО.

Для изучения отношения врачей и медицинских сестер к переменам, вызванным внедрением «Московского стандарта поликлиники» и готовностью работать в новом формате был проведен социологический опрос 730 медицинских работников, в том числе 356 врачей и 374 медицинских сестер.

С целью изучения медико-социальных аспектов состояния здоровья и медицинской активности взрослого населения, а также степени удовлетворенности первичной медико-санитарной помощью было проведено социологическое исследование с использованием специально разработанной анкеты. Всего было опрошено 452 пациента, находившихся на амбулаторном лечении в медицинских организациях 1-го и 2-го уровней.

В работе использовались такие методы исследования, как библиографический, социологический, математико-статистический, SWOT-анализ, экспертная оценка, аналитический метод, базирующийся на исследовании медико-социальных критериев и включающий декомпозицию единой системы (медицинской организации) на ее составные части, анализ и рассмотрение основных путей и вариантов их взаимодействия друг с другом, а также с другими медицинскими организациями.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики, корреляционного анализа. Доверительный интервал для средних величин вычислялся с заданным уровнем достоверности 0,95. Использовались пакеты стандартных статистических программ STATISTICA 6,0 и "Excel 7.0" на IBM-PC. Для оценки достоверности различий применялся параметрический критерий Стьюдента (t). Исходным материалом для вычисления были абсолютные числа по наблюдениям в группах. Решение задач аппроксимации было возложено на программный пакет Excel с использованием метода наименьших квадратов на базе функций прикладного пакета программ, дающих возможность построить диаграмму, «внедрить» линию тренда и ее основные параметры (величину аппроксимации  $R^2$ , уравнение, описывающее линию).

Величина коэффициента аппроксимации характеризует ее достоверность: чем ближе располагается значение  $R^2$  к единице, тем надежнее аппроксимация исследуемого процесса заданной линией тренда. Моделирование возможных трендов дало возможность определить степень достоверности наблюдаемых тенденций, при которых тенденция может считаться достоверной, если  $R^2$  равно или превышает 0,4.

В **третьей главе** представлены результаты анализа состояния здоровья и организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы.

По данным Федеральной службы государственной статистики, общая численность населения г. Москвы на 01.01.2018 г. составляла 12,5 млн. человек. Москва, в отличие от ЦФО в целом, имеет положительный прирост численности населения, что объясняется интенсивными миграционными процессами. Последнее подтверждается результатами корреляционного

анализа – в данном случае имеет место прямая корреляционная связь средней силы ( $r=+0,42$ ).

На долю мужского населения приходилось 46,2%, женского 53,8%. Гендерно-возрастное распределение населения города в 2016 г. представлено на рис. 1. Наиболее многочисленной была группа лиц трудоспособного возраста – 7,3 млн. человек (59,5%). На долю населения старше трудоспособного возраста приходилось 26,7% (3,2 млн. человек).

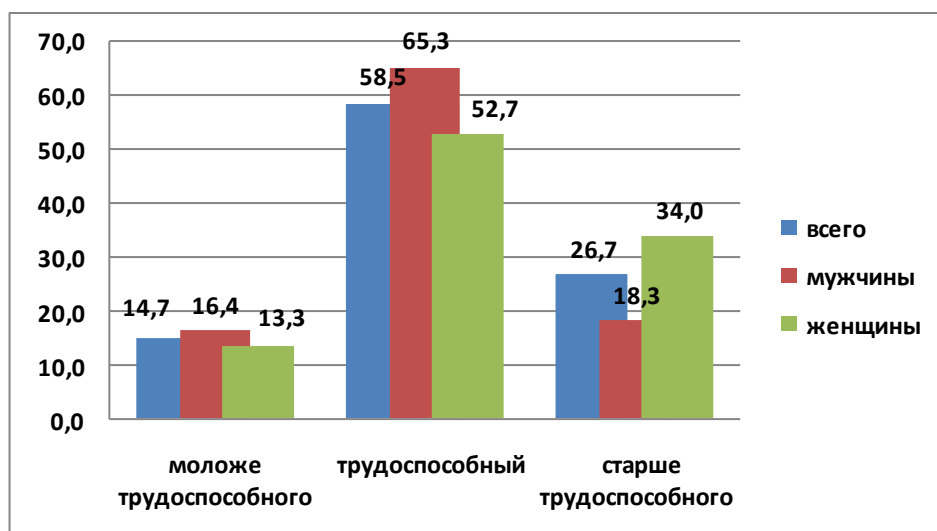


Рисунок 1.- Распределение населения г. Москвы по возрасту и полу в 2017 г. (в %)

Анализ первичной заболеваемости взрослого населения г. Москвы за 2010-2016 гг. показал снижение ее уровня на 14,6% (с 49062,4 до 41888,3 на 100 тыс. населения –  $P<0,05$ ) (рис. 2).

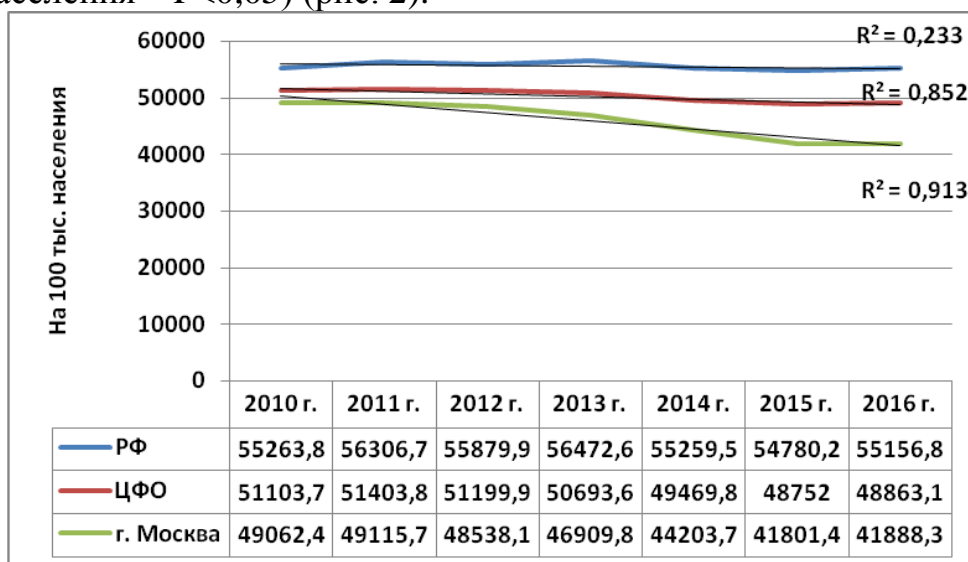


Рисунок 2.- Динамика первичной заболеваемости взрослого населения РФ, ЦФО, г. Москвы (на 100 тыс. населения)

Это отличало ее от Центрального ФО и Российской Федерацией в целом, в которых регистрировалось лишь незначительное сокращение данного показателя. Кроме этого, первичная заболеваемость в г. Москве постоянно была ниже, чем в указанных территориях, а к 2016 г. этот разрыв

увеличился – 41888,3 против 55156,8 ( $P < 0,05$ ) 48863,0 на 100 тыс. населения, соответственно. При моделировании трендов было установлено, что динамика первичной заболеваемости взрослого населения г. Москвы и ЦФО была достоверной, в РФ в целом – нет. Так, коэффициенты аппроксимации составляли 0,913, 0,852 и 0,233, соответственно.

Согласно данным Управления Роспотребнадзора по г. Москве, в 2017 году в структуре неинфекционной первичной заболеваемости взрослого населения преобладали болезни органов дыхания (34,8%). На втором месте находились травмы (16,3%), на третьем месте – болезни кожи и подкожной клетчатки (9,0%).

Результаты мониторинг здоровья населения г. Москвы свидетельствуют о положительных сдвигах в состоянии неинфекционной заболеваемости. Так, в 2017 году по сравнению с 2013 годом, общая и первичная заболеваемость взрослого населения снизилась на 10,9% и 14,4% соответственно.

За 2013-2017 гг. имело место уменьшение заболеваемости болезнями кровообращения среди взрослого населения на 11,0%. В это же время имело место снижение, как первичной заболеваемости, так и заболеваемости по обращаемости на 16,0%. В 2017 году по сравнению с 2013 годом среди взрослого населения показатели общей и первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения снизились на 16,7% и 13,4%.

В динамике за 2013-2017 годы имело место увеличение заболеваемости анемии среди взрослого населения почти в 2 раза. Заболеваемость болезнями эндокринной системы в 2017 году в отношении 2013 года снизилась на 9,1%. Заболеваемость болезнями мочеполовой системы за 2013 – 2017 годы снизилась среди взрослого населения на 7,5%.

Как видно из таблицы 1, в г. Москве по сравнению с двумя другими сравниваемыми территориями в изучаемые годы были ниже показатели смертности от болезней системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, а также от внешних причин заболеваемости и смертности.

Таблица 1.- Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти по Российской Федерации, Центральному Федеральному округу и г. Москве в 2016 гг. (на 100 000 человек населения)

| Территория | Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти |                                                          |                             |                                            |                                    |                                         |                                                         |
|------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|            | От всех причин                                            | Класс I<br>Некоторые инфекционные и паразитарные болезни | Класс II<br>Новообразования | Класс IX<br>Болезни системы кровообращения | Класс X<br>Болезни органов дыхания | Класс XI<br>Болезни органов пищеварения | Класс XX<br>Внешние причины заболеваемости и смертности |
| РФ         | 1289,3                                                    | 24,1                                                     | 204,3                       | 616,4                                      | 48,0                               | 67,0                                    | 114,2                                                   |
| ЦФО        | 1345,6                                                    | 12,3                                                     | 218,6                       | 655,4                                      | 50,5                               | 68,6                                    | 100,8                                                   |
| Москва     | 1001,8                                                    | 12,5                                                     | 222,8                       | 555,8                                      | 29,1                               | 40,6                                    | 56,4                                                    |

Более низкие показатели смертности в г. Москве по сравнению с РФ и ЦФО в определенной мере свидетельствуют о позитивном влиянии реформ здравоохранения в столице.

В структуре причин инвалидности населения трудоспособного возраста первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения (23,8–31,1 % от общего числа инвалидов ежегодно); второе ранговое место - злокачественных новообразований (12,2–14,4 %); третье – травмы, отравления и другие внешние воздействия (10,5–11,2 %).

В рамках реализации приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.01.2012 № 38 "О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы" внедрена трехуровневая система амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению мегаполиса. Также были утверждены перечень МО первого и второго уровней, положения об организации их деятельности и оснащении. Разработан порядок взаимодействия городских поликлиник и амбулаторных центров в трехуровневой системе оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

За период 2010-2016 гг. произошли существенные изменения в деятельности МО г. Москвы. Так, сократилось число поликлиник на 29,8% (с 1337 в 2010 г. до 939 в 2016 г.) при сохраняющейся мощности как в отношении абсолютного числа посещений в смену (с 372,1 до 385,1 тысяч человек), так и на 10 тыс. населения (с 323 до 311, соответственно). Отмечалось уменьшение численности врачей - на 28,7% (с 77,7 до 55,4 на 10 тыс. населения) и менее значительное – сокращение среднего медицинского персонала – на 9,8% (99,4 до 89,7 на 10 тыс. населения), что свидетельствует об эффективности проведенной реорганизации.

Первичную медико-санитарную помощь взрослому населению столицы оказывают следующие медицинские организации государственной системы здравоохранения: 46 амбулаторно-поликлинических центров, 4 самостоятельные городские поликлиники, 17 поликлинических отделений стационаров, 3 амбулатории, 4 медико-санитарные части, 8 диспансеров.

В результате реструктуризации системы здравоохранения произошли изменения в деятельности МО, оказывавших амбулаторно-поликлиническую помощь, в том числе, сокращение их числа при сохраняющейся мощности в отношении не только числа посещений в смену, но и частоты их посещения в расчете на одного жителя в год, которая превышает общероссийский показатель.

Важным направлением деятельности в условиях реформирования ПМСП становится организация гериатрической помощи лицам старше трудоспособного возраста, численность которых в столице составляет 3,2 млн. человек (26,2%). Гериатрическая служба формируется на основании трехуровневой модели, включающей созданный в 2016 году Федеральный научный центр геронтологии и гериатрии, гериатрические отделения или блоки в стационарах, кабинеты или отделения в поликлиниках. При этом

предусматривается усиление территориальных врачебных участков, если доля пожилого населения превышает более 40 %.

По результатам экспертной оценки в амбулаторно-клинических условиях интегрированный показатель качества медпомощи составлял  $0,87 \pm 0,04$  балла. Согласно установленной шкале данный показатель соответствовал оценке «хорошо».

Проведенный аудит амбулаторных карт пациентов в пилотных поликлиниках позволил установить, что имели место такие предотвратимые нарушения, как отсутствие в амбулаторных картах необходимых назначений (34,5 %), гипердиагностика (32 %), недостаточный объем обследования (29,1 %). Кроме того, в ряде случаев не проводятся необходимые профилактические мероприятия, или они не соответствуют требованиям стандартов, отсутствует оценка эффективности лечения. В итоге ожидаемый результат лечения достигается только в 42,4 % случаев.

Проведенный анализ свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования организационных форм работы МО.

**Четвертая глава** посвящена изучению особенностей медицинской активности и оценке удовлетворенности амбулаторно-поликлинической помощью населения мегаполиса в возрасте 18 лет и старше по материалам социологического опроса.

С этой целью было проведено социологическое исследование с использованием специально разработанной анкеты. Всего опрошено 452 пациента, находившихся на амбулаторном лечении в медицинских организациях первого и второго уровней.

Опрошенный контингент на 42,5 % был представлен мужчинами, удельный вес женщин составил 57,5 %. Средний возраст респондентов составил  $43,8 \pm 19,7$  лет. Следует подчеркнуть, что 81,2 % опрошенных находились в трудоспособном возрасте.

Установлено, что почти треть опрошенных (29,2 %) оценили состояние своего здоровья как «хорошее», шесть из десяти (56,6 %) – как «скорее хорошее, чем плохое», каждый десятый (10,6 %) – как «скорее плохое, чем хорошее». Считают свое здоровье плохим всего 3,5 % респондентов.

Абсолютное большинство респондентов в случае заболевания получали медицинскую помощь в городских поликлиниках – 87,6 %, в частных медицинских центрах – 10,6 %, обращаются к знакомым врачам – 4,4 %, лечатся на дому (самостоятельно) – 2,7 % респондентов.

По поводу обострения имеющихся у 36,3 % опрошенных хронических заболеваний, пациенты предпочитают получать лечение в городских поликлиниках – 77,7 %, в стационарах – 9,9 %, в санаторно-курортных учреждениях и на дому (самостоятельно) лечатся по 6,2 % респондентов.

Ответы пациентов на вопрос: «Как быстро при появлении первых симптомов заболевания Вы обращаетесь за медицинской помощью?» распределились следующим образом:

- сразу, в течение ближайшего времени – 50,4 %;
- в течение первых двух–трех дней – 32,7 %;

- в течение первой недели – 16,8 %;
- практически не обращаюсь – 0,9 %.

При этом достоверных гендерных и возрастных различий при анализе полученных материалов выявлено не было.

Одним из показателей, характеризующих мотивационные установки пациентов по сохранению и укреплению своего здоровья, является их самооценка отношения к своему здоровью. На данный вопрос анкеты 4 из 10 пациентов (40,7 % опрошенных) ответили, что ведут активный образ жизни, занимаются спортом, правильно питаются, соблюдают режим труда и отдыха, регулярно измеряют артериальное давление и т.п. Примерно таков же удельный вес респондентов (42,5%), которые «время от времени заботятся о своем здоровье». Наиболее показательным служит тот факт, что каждый шестой из числа опрошенных (16,8%) «вспоминает о здоровье тогда, когда что-нибудь начинает болеть».

Одним из наиболее распространенных индикаторов, по которому пациенты судят о состоянии собственного здоровья, является самочувствие – 54,0 %. На втором месте находятся результаты медицинских осмотров – 41,6 %, на третьем – заключение лечащего врача – 21,2 %.

Тем не менее, обращает на себя внимание тот факт, что при ответе на вопрос анкеты «Как часто Вы обращаетесь к врачу с профилактической целью?» трое из 10 опрошенных делают это крайне редко – 1 раз в 2 года и реже (28,3 %), а 7,1 % не обращаются вообще. Треть опрошенных (36,3 %) делают это несколько раз в год, примерно такое же количество пациентов (28,3 %) обращаются с целью профилактики примерно 1 раз в год. Данные показатели свидетельствуют о том, что активная санитарно-просветительная работа, как один из основных разделов деятельности участкового врача, находится на крайне низком уровне.

Оценка пациентами доступности и качества медицинской помощи является основанием для принятия администрацией МО медико-организационных решений, направленных на оптимизацию работы по ее дальнейшему совершенствованию в современных условиях.

На вопрос о наличии затруднений при обращении к врачу-терапевту участковому в поликлинике две трети опрошенных пациентов (68,1 %) дали отрицательный ответ. Еще около 1/3 респондентов (27,4 %) указали, что сложностей, в основном, не бывает. Отметили, что постоянно испытывают трудности в данном вопросе 4,5 % опрошенных, из которых половине приходилось для решения вопроса обращаться к администрации поликлиники. На вопрос анкеты о соблюдении в поликлинике времени приема у врачей по предварительной записи 70,8 % респондентов отметили, что прием осуществляется согласно времени записи. Около трети пациентов (27,4 %) указали на то, что время ожидания приема по предварительной записи соблюдается не всегда, но время ожидания при этом не превышает 20 минут. В промежутке от 30 минут до 1 часа прием ожидали 1,8 % респондентов.



При записи на прием к узкому специалисту не испытывают затруднений 62,8% пациентов, иногда возникали сложности у 7,1%. При этом 30,1% респондентов отметили, что не имеют необходимости в консультациях узких специалистов. При этом прием врачом-специалистом поликлиники прямо в день обращения отметили 36,3% респондентов, на максимальный срок ожидания приема врача-специалиста поликлиники менее 3 дней указали 23,0% опрошенных, от 3 до 7 дней с момента назначения консультации – 26,5%, от 7 до 10 дней – 2,7% пациентов, что свидетельствует о существенных положительных сдвигах в вопросе повышения доступности специализированной медицинской помощи для пациентов в первичном звене.

Абсолютное большинство пациентов (92,0 %) в качестве положительной тенденции в повышении доступности медицинской помощи отметили тот факт, что при необходимости повторных посещений для контроля эффективности проводимого лечения, в конце первичного приема врач выдал им талон на повторный прием, предварительно согласовав с пациентом удобное для него время проведения приема или открыл для него возможность «отсроченной записи» в удобное время через ЕМИАС на любой день.

Как показало исследование, полностью удовлетворены результатами оказания медицинской помощи в данном лечебно-профилактическом учреждении 64,6 % опрошенных ответили, что больше удовлетворены, чем не удовлетворены – 31,0 %, удовлетворены не в полной мере – 2,7 %, не удовлетворены и обращались в администрацию поликлиники – 0,9% респондентов. Еще такое же количество (0,9 %) отметили, что вообще не удовлетворены ее результатами и планируют обращаться в другое лечебное учреждение.

Существенный интерес представляет оценка пациентами медицинской помощи, получаемой в первичном звене здравоохранения. Как «хорошую» ее оценили 66,4 % опрошенных, как «скорее хорошую, чем плохую» – 30,1 %, «скорее плохой, чем хорошей» ее признали 4,0 % респондентов.

Также установлено, что среди респондентов, имеющих одно или несколько хронических заболеваний (36,3 %) в 2,1 раза больше тех, кто покупал лекарства на собственные средства (среди лиц без хронической патологии оплачивали покупку лекарственных препаратов 17,2 %). Различия являются статистически достоверными ( $P < 0,05$ ).

При ответе на вопрос анкеты «Оцените отношение к Вам медицинского персонала данной поликлиники» абсолютное большинство респондентов – 77,0% дали ему высокую оценку – «со вниманием и участием, доброжелательно, тактично», 19,5% – «доброжелательны, но допускают фамильярность», 3,5% – «с безразличием, но сдержанно и тактично».

Как существенный положительный момент в работе поликлиник можно расценить тот факт, что 74,3 на 100 опрошенных высоко оценили работу сотрудников регистратуры поликлиник, отметив при этом что «работают

оперативно, отношение доброжелательное», а каждый четвертый (25,7 на 100) – «не всегда работают оперативно, но доброжелательны».

Среди выявленных в ходе исследования позитивных составляющих, влияющих на качество жизни пациентов, отмечено, что более 85 % опрошенных имеют высшее, неоконченное высшее или среднее специальное образование, что статистически достоверно влияет на образ и качество жизни человека; 28 % респондентов не употребляют алкоголь; всегда выполняют назначения врача 74,3 % респондентов.

К негативным составляющим относится то, что 81,7 % опрошенных курят; каждый шестой респондент испытывает материальные затруднения (при этом 13,3 % отметили, что денег с трудом хватает только на питание); практически ежедневно употребляют спиртное 3,9% мужчин и 3,2% женщин; треть пациентов занимаются самолечением.

Результаты исследования были использованы для научного обоснования комплекса мероприятий по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы в современных условиях.

В пятой главе представлен научно-обоснованный комплекс мероприятий по оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению мегаполиса.

В результате реформы, проведенной в последние годы в г. Москве, создано 46 крупных амбулаторно-поликлинических объединений, переведенных на одноканальное подушевое финансирование. Следующим шагом стало внедрение в работу поликлиник «Московского стандарта поликлиники» (МСП), который стартовал в июле 2015 года, как краудсорсинговый проект, предусматривающий работу в тесной интерактивной связи с горожанами. Для этого на портале «Наш город» ([gorod.mos.ru](http://gorod.mos.ru)) есть специальные формы обращений населения. В течение полугода на портал было направлено более 27 тыс. предложений, с учетом которых при участии автора был сформирован и апробирован в пилотных административных округах г. Москвы стандарт работы столичных поликлиник.

Среди нововведений программы следует отметить создание выездных бригад терапевтов по обслуживанию вызовов на дом; приём пациентов средним медицинским персоналом для выписки медицинских документов и процедур, не требующих участия врача; отвечать на звонки пациентов в поликлинику стали профессиональные медицинские сёстры вместо работников регистратуры, что позволило установить около 25% необоснованных вызовов. Помимо этого, начали работу патронажные службы, на постоянной основе курирующие маломобильных граждан на дому.

«Московский стандарт поликлиники» – это медико-организационная технология, цель и задачи которой представлены в табл. 2. Технологическая карта МСП выполнена на основе материалов Методических рекомендаций

по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения.

В процесс исследования нами было проведено пилотное исследование, которое охватило 730 медицинских работников, в том числе 356 врачей, 374 медицинских сестёр. При этом было оценено отношения врачей и медицинских сестер к переменам, вызванным внедрением МСП и готовностью работать в новом формате.

Ответы свидетельствуют о знании респондентами кардинальных изменений в работе врачебного и сестринского персонала. По большинству нововведений (7 из 9) опрошенные врачи дали положительный ответ в диапазоне 94,9–99,4 %.

Таблица 2. – Технологическая карта «Московского стандарта поликлиники»

| ЦЕЛЬ                                                                                                                            | ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ                    |                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                 | Перечень направлений                    | Основные задачи                                                                                                                                   |
| Обеспечить улучшение качества лечения и удовлетворенности пациентов за счет повышения операционной эффективности в поликлиниках | Повышение удовлетворенности и пациентов | Улучшение комфорта в поликлинике.<br>Снижение времени ожидания в очереди на прием.<br>Улучшение качества обслуживания на приеме.                  |
|                                                                                                                                 | Улучшение качества лечения              | Дополнительное профессиональное обучение медицинского персонала<br>Внедрение системы патронажа для маломобильных пациентов                        |
|                                                                                                                                 | Повышение эффективности работы          | Упрощение процедуры выписки льготных рецептов для хронических пациентов<br>Повышение выездов на дом<br>Разделение потоков пациентов в поликлинике |

Информированность врачей и медицинских сестёр об изменениях в работе поликлиники представлена на рисунке 3.

Статистически достоверные различия выявлены в части информированности врачей и медицинских сестер по новации - «осуществляются профилактические мероприятия для уменьшения заболеваемости медицинского персонала», соответственно 98,9 % и 79,1 % ( $p \leq 0,05$ ), что может указывать на недостаточное внимание сестринского персонала к вопросам, связанным с вакцинацией, санэпидрежимом, самосохранительным поведением, на что целесообразно обратить внимание в рамках сестринских поликлинических конференций. Следует отметить, что респонденты (врачи и медицинские сестры) высоко оценили абсолютное большинство организационных перемен.

В процессе исследования была оценена эффективность медицинских услуг по мнению медицинских работников. Организационный аспект этого направления включает 10 критериев, которые врачам и медицинским сестрам было предложено оценить по пятибалльной шкале.

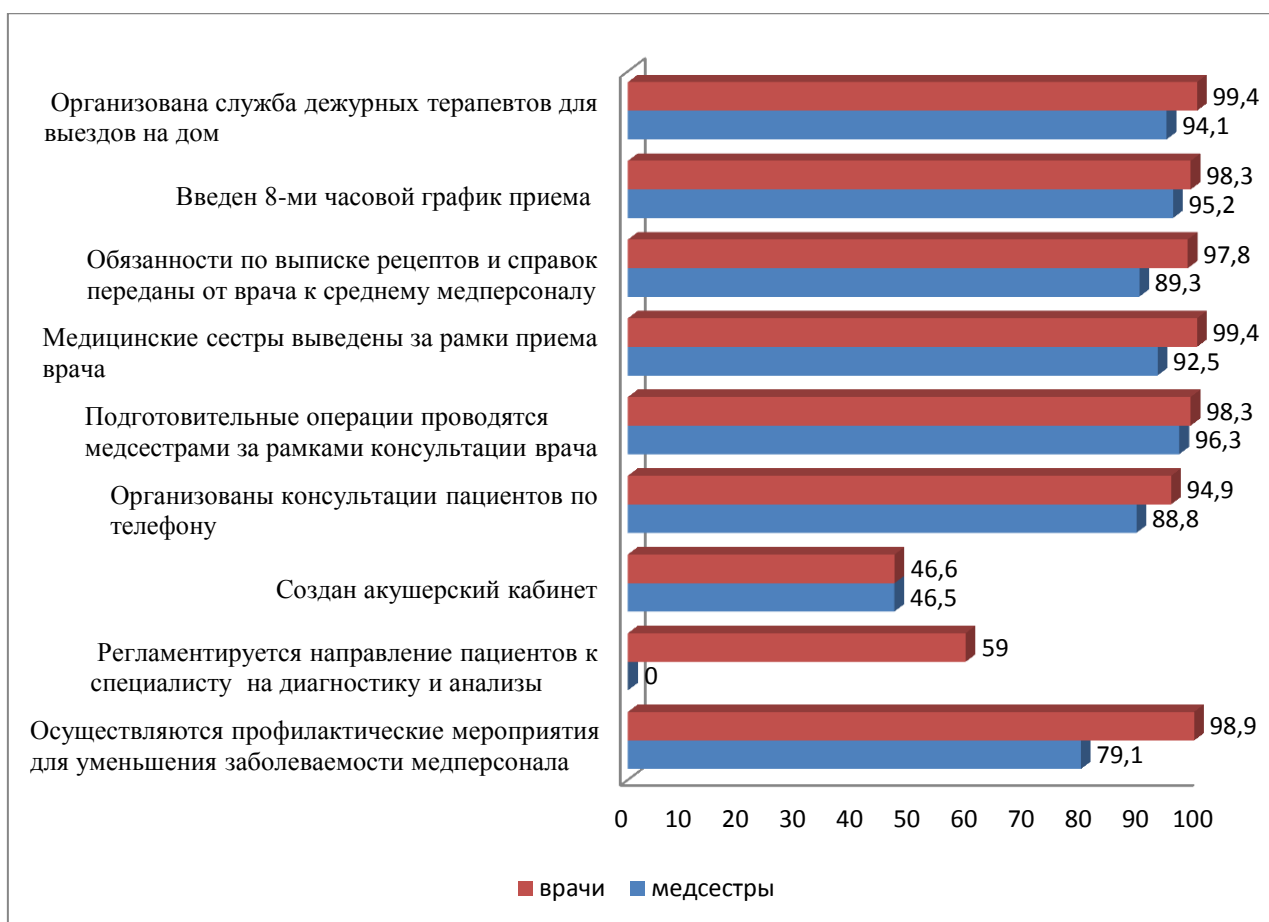


Рисунок 3.- Информированность врачей и медицинских сестёр об изменениях в работе поликлиники (в %)

Однозначно высокую оценку 4,7 баллов у врачей и медицинских сестёр получила «маршрутизация пациентов», которая включает распределение потока пациентов по маршруту: медицинский пост, дежурный врач – врач-терапевт (ВОП) – врач-специалист.

В то же время, по мнению врачей и медицинских сестёр, наибольшие трудности были связаны с:

- консультациями пациентов по телефону (4,4 б. и 4,3 б.);
- выведением медицинских сестер для самостоятельного приема пациентов (4,2 б. и 4,3 б.), что, по-видимому, связано со сложившимся стереотипом работы в одном кабинете под контролем врача, а данная мера направлена на повышение самостоятельности, ответственности, компетентности и, таким образом, повышение престижа медицинской сестры.

Маркетинговый пациентоориентированный подход к организации ПМСП отражен в модели ВОЗ. В свою очередь, разработанные при участии диссертанта приоритетные направления совершенствования ПМСП и модернизации системы здравоохранения мегаполиса включают три блока.

Первый блок модели – «Традиционное оказание амбулаторно-поликлинической помощи, ориентированной на помощь, связанную с острым заболеванием. Здесь уместна патерналистская модель взаимоотношений врач-пациент.

Второй блок «Программы борьбы с болезнями» направлен на работу с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями и находящимися на диспансерном учете. Функционал врача, представленный в этом блоке, предполагает ответственность за обеспечение целевых показателей по контролю болезни. Взаимоотношения врач-пациент целесообразно строить на платформе модели информированного сотрудничества.

Третий блок – «Первичная медико-санитарная помощь, ориентированная на человека» наиболее труден для врачей первичного звена. Он требует от специалистов работы с людьми, ориентированными на здоровый образ жизни. Подходящей в этом контексте взаимоотношений пациент – врач является модель партнерства. Модель отношений пациент-врач является проблемной зоной организации работы специалистов ПМСП, так как требует наличия определенных профессиональных компетенций.

Проведенное исследование показало, что количество обращений москвичей по XXI классу МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» («Z00-Z99»), не велико. Следует отметить, что третий блок модели ПМСП будет эффективно работать в рамках проекта «Московский стандарт поликлиники» при адекватной оплате в системе ОМС визитов по XXI классу МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» («Z00–Z99»).

В **заключении** в обобщённом виде представлены результаты проведенного диссертационного исследования.

### **Выводы**

1. Первичная заболеваемость взрослого населения в г. Москве была устойчива ниже, чем в ЦФО и Российской Федерации в целом, причем к 2016 г. этот разрыв увеличился (в г. Москве показатель составил 41888,3 против 55156,8 и 48863,0 на 100 тыс. населения соответственно). При моделировании трендов было установлено, что динамика первичной заболеваемости взрослого населения г. Москвы и ЦФО была достоверной, а в РФ в целом – нет. Так, коэффициенты аппроксимации составляли 0,913, 0,852 и 0,233, соответственно.

2. В 2017 году общая и первичная заболеваемость взрослого населения г. Москвы снизилась по отношению к 2013 году на 14,4% и 17,2% соответственно. Указанная тенденция имела достоверный характер, при моделировании трендов коэффициент аппроксимации составил 0,846.

В последние годы отмечается устойчивый рост заболеваемости болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ в основном за счет сахарного диабета, а также увеличение заболеваемости по классу новообразований различной локализации.

3. В структуре причин инвалидности населения трудоспособного возраста первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения (23,8–31,1 % от общего числа инвалидов ежегодно); второе ранговое место - злокачественных новообразований (12,2–14,4 %); третье – травмы, отравления и другие внешние воздействия (10,5–11,2 %).

В г. Москве по сравнению с ЦФО и РФ в целом в изучаемые годы были ниже показатели смертности от болезней системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, а также от внешних причин заболеваемости и смертности.

4. По оценке пациентов при обращении за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические медицинские организации они сталкиваются со следующими трудностями: записью на прием к врачам-специалистам (7,1%) и участковому врачу-терапевту (4,5 %), длительным ожиданием приема у врача (от 30 минут до 1 часа – 8,1 %) и длительным ожиданием срока госпитализации (7,2 % опрошенных).

Полностью удовлетворены получаемой медицинской помощью 64,6% опрошенных, скорее удовлетворены, чем не удовлетворены – 31,0 %, удовлетворены не в полной мере - 2,7 %, не удовлетворены и обращались в администрацию поликлиники – 0,9 % респондентов и 0,9 % отметили, что вообще не удовлетворены ее результатами и планируют обращаться в другую медицинскую организацию.

5. Согласно данным социологического опроса, 81,7 % респондентов курят; 7,1 % практически ежедневно употребляют спиртное; треть пациентов занимается самолечением; 69,9% испытывают выраженное физическое и эмоциональное переутомление на работе; каждый шестой респондент испытывает материальные затруднения (13,3 % отметили, что денег с трудом хватает только на питание). Установлено, что опрошенные мужчины являются более физически активными, чем женщины. Так, вообще не занимаются физкультурой 35,2% женщин, что в 1,8 раза выше по сравнению с мужчинами - 19,3% ( $P < 0,05$ ).

6. Аудит амбулаторных карт пациентов поликлиник позволил установить, что в работе амбулаторно-поликлинических медицинских организаций столицы имели место такие предотвратимые нарушения, как отсутствие в амбулаторных картах необходимых назначений (34,5 %), гипердиагностика (32 %), недостаточный объем обследования (29,1 %). Кроме того, в ряде случаев не проводятся необходимые профилактические мероприятия, или они не соответствуют требованиям стандартов, отсутствует оценка эффективности лечения. В итоге ожидаемый результат лечения достигается только в 42,4 % случаев.

7. Социологический опрос руководителей амбулаторно-поликлинических учреждений Москвы показал, что проведенная реструктуризация системы первичной медико-санитарной помощи на основе анализа показателей здоровья взрослого населения позволила существенно и достоверно улучшить основные показатели деятельности реорганизованных учреждений, доступность и качество оказываемой пациентам медицинской помощи. При этом, время ожидания пациентами очереди на врачебный прием и плановую госпитализацию сократилось на 30–35%.

8. Внедрение «Московского стандарта поликлиники» способствовало пересмотру обязанностей медицинского персонала, что позволило значительно высвободить время врачей для непосредственной работы с

пациентами. Значительно изменилась деятельность медицинских сестер: они получили значительно больше самостоятельности в работе, что не отождествляется ими с повышением престижа профессии. В целом врачи и медицинские сестры позитивно оценивают произошедшие перемены.

9. Наиболее перспективными направлениями дальнейшего развития системы ПМСП взрослому городскому населению являются: расширение стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи, создание центров амбулаторной хирургии и урологии, централизация лабораторной службы на базе АМЦ, разукрупнение терапевтических участков, совершенствование выездной работы специалистов 2-го уровня, перевод диспансерной группы пациентов с наиболее труднокурабельными заболеваниями с 1-го на 2-й уровень, всестороннее развитие информационной составляющей деятельности поликлиник в виде создания и функционирования системы единого окна в регистратурах, окружных call-центров и совершенствования ресурсных возможностей инфоматов и портала государственных услуг.

### **Практические рекомендации**

1. Департаменту здравоохранения г. Москвы предлагается:

– использовать данные о динамике показателей здоровья населения в качестве информационной базы для формирования комплексных программ по профилактике заболеваний, снижению уровня инвалидности и смертности, особенно лиц трудоспособного возраста;

– анализировать количество обращений москвичей, зашифрованных по XXI классу МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» («Z00–Z99») и использовать их динамику в качестве мониторинга эффективности профилактических программ;

– активно развивать в амбулаторно-поликлинических учреждениях первого уровня приемы врачей общей практики.

2. Органам управления здравоохранением мегаполиса для дальнейшего совершенствования взаимодействия амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений с целью снижения уровня госпитализации и сокращения сроков ее ожидания целесообразно:

– осуществить внедрение системы планирования госпитализации – создание call-центра плановой госпитализации во всех административных округах города Москвы;

– организовать столы госпитализации в амбулаторно-поликлинических объединениях и стационарах;

– совершенствовать системы информационного взаимодействия «поликлиника-стационар» (этап планирования госпитализации) и «стационар-поликлиника» (информирование поликлиник о фактах госпитализации: «скорой помощью», «в плановом порядке», «самотеком»);

– организовать постоянную передачу информации о выписке пациентов из стационара с направлением выписного эпикриза по электронным каналам связи в амбулаторные объединения.

3. Руководителям поликлиник первого и второго уровней:

– развивать организацию выездной работы для приближения специализированной помощи к пациентам;

- пересмотреть функции и организацию деятельности специализированных отделений в новых условиях работы для чего: на 2-м уровне осуществлять диспансерное наблюдение за больными с труднокурабельными заболеваниями (инсулинзависимый сахарный диабет, рассеянный склероз, паркинсонизма, реабилитация больных после инфарктов и инсультов);

- ориентировать результаты деятельности врачей ПМСП на предотвратимость потерь здоровья взрослого населения.

4. Новые условия труда при реализации проекта «Московский стандарт поликлиники» являются в определенной степени стрессогенными факторами, прежде всего для среднего медицинского персонала, что необходимо учитывать руководителям медицинских организаций.

5. Результаты исследования использовать при проведении занятий на профильных кафедрах медицинских ВУЗов и в системе последипломной подготовки медицинского персонала, а также включить их в соответствующие руководящие и инструктивно - методические документы, регламентирующие деятельность учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению мегаполиса.

## **СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. **Серов Д.В.** Приоритетные направления Государственной программы г. Москвы на 2012-2016 гг. «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 18-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Рязань, 2014. – С. 62 - 65.

2. **Серов Д.В.** Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению г. Москвы // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 18-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Рязань, 2014. – С. 58-62.

3. Коновалов О.Е., **Серов Д.В.** Медико-демографические показатели здоровья населения мегаполиса (по материалам г. Москвы) // Материалы межрегиональной научной конференции с международным участием РязГМУ. - Рязань, 2014. – С. 252-253.

4. **Серов Д.В.**, Коновалов О.Е. Заболеваемость и инвалидность детского и взрослого населения г. Москвы // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 18-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Рязань, 2014. – С. 142 – 146.

5. Чирков В.А., **Серов Д.В.**, Бреусов А.В. Оценка организации и качества амбулаторно-поликлинической помощи работающему населению // **Казанский медицинский журнал.** – 2015. – Т. 96, №1. – С.96-99.

6. Серов Д.С., Чирков В.А. Современное состояние и перспективы реформирования системы первичной медико-санитарной помощи взрослому



населению города Москвы // **Вестник РУДН. Серия: Медицина.** – 2015. - № 2. – С. 25-31.

7. Серов Д.В. SWOT-анализ амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению мегаполиса // Наука молодых – Eruditio juvenium. – 2016. - №1.- С. 60-63.

8. Серов Д.В. Медико-социальная характеристика здоровьесберегающего поведения взрослого населения мегаполиса // **Вестник РУДН. Серия: Медицина.** – 2016. - № 1. – С. 150-157.

9. Серов Д.С. Оценка доступности и удовлетворенности амбулаторно-поликлинической помощью взрослого населения г. Москвы // **Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П.Павлова.** – 2016.- Т. 24, № 2. – С. 31-37.

10. **Серов Д.В.,** Чирков В.А., Паршикова Е.Н. Организация кардиологической помощи населению мегаполиса на современном этапе // **Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 20-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием.** - Рязань, 2016. – С. 81 - 84.

#### **ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РФ – Российская Федерация

ФЗ – Федеральный закон

МСП – «Московский стандарт поликлиники»

ЦФО – центральный федеральный округ

МКБ-Х – международная классификация болезней

**Серов Денис Владимирович (Россия)**

#### **Научное обоснование совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы**

Работа посвящена решению актуальной проблемы – научному обоснованию комплекса организационных мероприятий, направленных на оптимизацию амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы в современных условиях. С использованием адекватных методов исследования изучены динамика и тенденции показателей здоровья населения мегаполиса старше 18 лет. Проанализирована организация амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы и проведен аудит на основе анализа медицинских карт амбулаторного больного.

Получена оценка удовлетворенности взрослого населения амбулаторно-поликлинической помощью, а также изучена медицинская активность пациентов. Выделены приоритетные направления развития амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению мегаполиса на современном этапе. Определены проблемные зоны и возможности «Московского стандарта поликлиники» с учетом мнения врачей и медицинских сестёр.

**Serov Denis Vladimirovich (Russia)**

**Scientific substantiation of improvement of outpatient care for the adult population of Moscow**

The work deals with the solution of actual problem, the scientific substantiation of the complex of organizational measures, aimed for optimization of outpatient care for the adult population of Moscow in modern conditions. With the use of comparable research methods, the dynamic and trends of health indicators of metropolis population over 18 years are studied. The organization of outpatient care for the adult population of Moscow was analyzed and audit is carried out on the basis of the analysis of ambulatory medical records.

The work dwells on the assessment of satisfaction of the adult population with outpatient care and study of medical activity of patients. The priority directions of development of outpatient care for the adult population of metropolis in modern times are also identified. The problem areas and possibilities of “Moscow polyclinic standard” are determined taking into account the opinion of doctors and nurses.