Правительство Российской Федерации

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования**

**«Национальный исследовательский университет**

**«Высшая школа экономики»**

###### Факультет государственного и муниципального управления

Кафедра управление и экономика здравоохранения

###### ДИССЕРТАЦИЯ МАГИСТРА ПО НАПРАВЛЕНИЮ 081100

На тему «Организационно – экономические факторы интеграции в здравоохранении»

Студент группы № 762

Зарочинцева Виктория Николаевна

Научный руководитель:

проф., к.э.н. Шейман Игорь Михайлович

Рецензент:

проф., д.м.н. Власов Василий Викторович

Москва, 2014

**Содержание**

**Введение**……………….………………………………………………..……...3

**Глава 1. Концептуальная основа формирования интегрированной системы оказания медицинской помощи** …………………………..……..7

* 1. Понятие и основные характеристики интеграции…………………….7
	2. Зарубежный опыт интеграции в здравоохранении………………..…..9
	3. Нормативно – правовая база Российской Федерации по вопросам интеграции оказания медицинской помощи………………………………...20

Выводы по первой главе……………………………………………………...26

**Глава 2. Анализ основных организационно – экономических факторов интеграции в системе здравоохранения**………………………………….28

2.1 Описание модели интегрированной системы оказания медицинской помощи………………………………………………………………………...28

2.2 Результаты эмпирической оценки показателей интеграции в разных типах медицинских учреждений……………………………………………..42

2.3 Рекомендации по формированию интегрированной системы оказания медицинской помощи………………………………………….…….….……43

Выводы по второй главе……………………………………….……..………44

**Заключение**…………………………………………………………………...46

**Библиографический список** ………………………………………….……49

**Приложение №1**……………………………………………..…………….…54

**Введение**

**Актуальность темы:**

Здравоохранение Российской Федерации представлено трехуровневой системой оказания медицинской помощи, которая организуется и оказывается в соответствии с порядками и на основе стандартов оказания медицинской помощи [1].

Существующая система характеризуется недостаточно проработанными алгоритмами преемственности и отсутствием единого координатора, ответственного за результаты оказания помощи конкретному пациенту. Сложившаяся практика медицинской помощи, основанная на узкой специализации, а не комплексном сопровождении пациента на всех трех уровнях еще в большей степени способствует усилению фрагментации.

В процессе оказания медицинской помощи наблюдается слабое взаимодействие между отдельными медицинскими службами и как следствие отсутствие нацеленности на достижение конечного клинического (выздоровления пациента в целом) и экономического (исключение дублирования затрат на обследования, повторные госпитализации и др.) результатов [21, 28]. Наглядным примером, демонстрирующим проявление такой фрагментарности системы, является медицинская помощь, оказываемая пациентам с хроническими заболеваниями и лицам пожилого возраста, которые страдают более чем одним заболеванием и нуждаются в получении медицинской помощи, оказываемой нескольким специалистами одновременно.

Существующая система оплаты медицинской помощи (за отдельную услугу в амбулатории и за законченный случай в стационаре) стимулирует мотивацию медицинских работников к генерированию спроса на медицинские услуги, а не достижению конечного результата в виде улучшения состояния здоровья пациента на индивидуальном уровне или сокращения уровня заболеваемости и смертности в целом наиболее оптимальными методами с минимальными затратами. В этой связи для удовлетворения растущих потребностей комплексного оказания медицинской помощи, возникает необходимость в формировании интегрированных экономически выгодных систем сопровождения пациента.

Актуальность поставленной проблемы отражена в большинстве стратегических документов, определяющих вектор развития здравоохранения в России. Так, в соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» [2] одной из ключевых задач в области охраны здоровья является оптимизация соотношения стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи на основе усиления координации и преемственности между ними, т.е. задача формирования интегрированной системы оказания медицинской помощи при рациональном использовании ресурсов отрасли.

**Цель исследования** заключается в анализе и выявлении ключевых организационно-экономических факторов интеграции в здравоохранении и определение основных направлений формирования интегрированной системы оказания медицинской помощи.

**Объектом исследования** является многоуровневая система оказания медицинской помощи и степень ее интеграции.

**Предметом исследования** выступают интеграционные процессы между звеньями системы здравоохранения.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие **задачи:**

1. Определить концептуальные аспекты интеграции;
2. Выявить ключевые факторы, которые влияют на организацию интеграционных процессов;
3. Проанализировать нормативно – правовую базу определяющую интеграцию в РФ;
4. Выявить влияние типа медицинского учреждения на степень интеграции оказания медицинской помощи отдельными медицинскими службами;
5. Разработать рекомендации по формированию интегрированной системы оказания медицинской помощи в здравоохранении.

**Гипотезой исследования** выступает предположение о том, что степень интеграции в учреждениях объединенного типа (т.е. больницах объединенных с поликлиникой) выше, чем в не объединенных (отдельные больницы и поликлиники).

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования**:

* Анализ отечественной и зарубежной литературы по теме интеграции в здравоохранении;
* Сравнительный анализ данных социологического опроса врачей в разрезе типов медицинских учреждений.

**Теоретической и методологической основой** **работы** являются доклад Всемирной Организации Здравоохранения посвященный интеграции служб медико-санитарной помощи, обзоры Европейской обсерватории политики и систем здравоохранения, организационно-правовые акты Российской Федерации и научные работы отечественных и зарубежных ученых в области интеграции: И.М. Шейман, В.И. Шевский [21, 28], W. Leutz [26], [D. Kodner](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=L.%20Kodner%20D%5Bauth%5D), [C. Spreeuwenberg](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Spreeuwenberg%20C%5Bauth%5D) [25], G. Andersson, I. Karlberg [22].

**Основой эмпирической базы** являются результаты опроса врачей по вопросам интеграции деятельности отельных медицинских служб и категорий медицинского персонала, проведенного ОАО «Всероссийский центр изучения общественного мнения» в 2012 году по заказу НИУ ВШЭ.

**Практическая значимость** данной работы заключается в поиске механизмов формирования интегрированной системы оказания медицинской помощи, которая позволит обеспечить предоставление качественной медицинской помощи и полного сопровождения пациента на этапах профилактики, лечения и реабилитации.

Магистерская работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографии и приложения.

**Глава 1. Концептуальная основа формирования интегрированной системы оказания медицинской помощи**

* 1. **Понятие и основные характеристики интеграции**

Понятие интеграция относится к понятию теории систем и в общем смысле определяется как состояние связанности отдельных частей в целое, а также как процесс, ведущий к такому состоянию [17].

Анализируя исследования в сфере интеграции можно выделить несколько точек зрения на определение интеграции. Так, Д. Летз, Г. Андрсон, И. Карлберг определяют интеграцию как инструмент взаимосвязи медицинских и социальных услуг, который позволяет улучшить клинические результаты, повысить эффективность оказания помощи и удовлетворенность пациента в целом [22, 25].

Д. Кондер, С. Спревенберг рассматривают интеграцию как согласованный набор методов и моделей финансирования, администрирования и организации предоставления медицинских услуг [24], целью которого выступает повышение качества оказания медицинской помощи, через сотрудничество внутри между учреждениями оказывающими медицинскую помощь.

Дж. Харди с соавторами описывают интегрированную медицинскую помощь как согласованный набор товаров и услуг, предоставляемый действующими сообща местными и региональными органами здравоохранения на основе «контактов или договорных связей между системами здравоохранения и социального обслуживания» [24].

Исследовательская группа ВОЗ [13] определяет интеграцию как процесс объединения функций (как внутри организации, так и между различными организациями) для решения общих проблем, постановки одних и тех же задач и выработки единых представлений. Цель такого процесса заключается в наиболее эффективном использовании ограниченных ресурсов путем формирования полной интеграции между службами медико-санитарной помощи. При этом исследовательская группа выделяет три ключевых элемента данного процесса [13, c. 5-12]:

* *интеграция задач обслуживания* (включает наличие многопрофильных клиник и персонала вместо специализированных, предусмотренных для выполнения отдельных функций; интеграцию определенных функций обслуживания, ранее оказываемых особыми службами или определенными типами учреждений, например оказание первичной помощи больницами);
* *интеграция управленческих и вспомогательных функций* (связана с комплексным межсекторным планированием, формированием общих бюджетов, а так же созданием и использование единой информационной системы);
* *интеграция организационных компонентов* (предполагает координацию усилий разных провайдеров ресурсов (государственные, негосударственные), действующих на различных административных уровнях, объединение отдельных больниц в более крупные больничные системы, кооперацию учреждений здравоохранения с местными органами власти, социальной службой, общественными организациями и др.).

В данной работе используется более узкое определение интеграции «как процесса усиления взаимодействия отдельных поставщиков медицинских услуг в целях обеспечения непрерывности наблюдения за постоянно обслуживаемым населением и преемственности ведения пациента на различных этапах оказания медицинской помощи», которое приведено в работе исследовательской группой НИУ ВШЭ [15]. Используя данный подход к определению интеграции, исследователями были выделены следующие ее характеристики:

* *согласование поставщиками разного уровня движения пациента по разным этапам оказания медицинской помощи* (то есть порядок организации госпитализации, выписки и долечивания пациентов).
* *налаживание эффективных информационных связей между различными поставщиками медицинской помощи* (предполагает получение всей информации о факте получения медицинской помощи, конкретных услугах, оказанных на других этапах медико-технологического цикла).
* *совместная работа по обеспечению реализации единых клинических протоколов ведения пациентов на разных этапах оказания медицинской помощи* (взаимное обучение, консультации, измерение результатов деятельности) [15].

Итак, понятие интеграции имеет широкий диапазон определений и трактуется разными исследователями исходя из контекста, задач и объекта исследования, отражая логическую сущность процесса интеграции. Общей идеей для всех определений понятия интеграции является ее конечная цель – улучшение результатов лечения путем преодоления раздробленности обслуживания через объединение в единое целое услуг различных поставщиков медицинской помощи.

* 1. **Зарубежный опыт интеграции в здравоохранении**

Внимание к проблеме интеграции в здравоохранении во многих странах возросло в последние 10-15 лет [15, 21, 28]. Растущий уровень фрагментации оказания медицинской помощи, обусловленный наметившейся тенденцией к узкой специализации и господствующими гонорарными методами оплаты медицинской помощи, проявляет необходимость решения данной проблемы [21, 23, 27, 28].

Признанным лидером в решении проблем фрагментации здравоохранения являются Соединенные Штаты Америки. Большинство западноевропейских подходов к решению этой проблемы так или иначе заимствованы из идей и механизмов интеграции, сформулированных и апробированных в американском здравоохранении [15, 16, 17].

Так, за период 80-90-х годов в США была разработана и реализована модель управляемой медицинской помощи (модель УМП), которая определялась как набор управленческих, организационно-экономических и клинических мероприятий, направленных на оптимизацию объемов и структуры медицинской помощи [16, c. 70-73]. Модель УМП была первой попыткой конкретизировать подходы к интеграции здравоохранения и прежде всего была ориентирована на обеспечение экономии средств за счет вмешательств в порядок оказания медицинской помощи. Однако, повсеместное введение УМП привело к неприемлемо низкому уровню доступности медицинской помощи населению. В результате развитие интегрированных систем, работающих на основе данной модели стало сокращаться, а сама модель потеряла свою актуальность [15, 16, c. 74].

Модели управления хроническими заболеваниями (модель УХЗ) стали следующей попыткой развития моделей интеграции медицинской помощи. Многое в них было взято из концепции УМП, но главным фокусом моделей УХЗ является, прежде всего, достижение наиболее высоких показателей здоровья хронически больных людей (снижение частоты обострений, госпитализаций, достижение устойчивого улучшения состояния здоровья). Экономия в краткосрочной перспективе не является ключевым аспектом в моделях УХЗ, однако достигается в средне- и долгосрочном горизонте планирования. Значимая роль в моделях УХЗ отводится пациентам (приверженность к определенному образу жизни, соблюдению назначений врача, мотивации к участию в программе) и направленности на расширение доступности медицинской помощи [16, c.74-76 ].

На основе моделей УХЗ в корпорации «Кайзер Перманенте», признанного лидера в формировании интегрированных систем оказания медицинской помощи, была разработана модель известная как «Треугольник» или «Пирамида лечения» (рис. 1.1).

*Рисунок 1.1*

**«Пирамида лечения» Кайзер Перманенте**

****

Модель устанавливает три уровня интеграции:

* Первый уровень (основание пирамиды) – распространяется на 70-80% больных с хроническими заболеваниями, для которых важен комплекс мер направленных на поддержание (обучение, планирование лечебных мероприятий, поддержка самоконтроля и др.);
* Второй уровень – интеграция для ведения пациентов с высоким риском обострения заболеваний (необходимость в постоянном наблюдение за состоянием пациента), где высоко важно значение связи узких специалистов и специалистов первичного звена;
* Третий уровень (верхушка пирамиды) – интеграция для ведения пациентов с особо сложными проблемами (необходимость формирования межпрофильных команд, способных заниматься сопутствующими заболеваниями, координации действий с реабилитационной службой и службой социальной поддержки) [16, c. 80-81].

Еще одна модель оказания медицинской помощи при хронических заболеваниях, разработанная в США, известная как модель Вагнера (рис. 1.2).

*Рисунок 1.2*

**Модель оказания медицинской помощи при хронических заболеваниях**

****

Модель включает четыре системных компонента, которые считаются ключевыми для высокого качества медицинской помощи при хронических заболеваниях [16, c.82]:

* *Поддержка самопомощи* – предполагает информирование и обучение пациентов, а также стимулирование к соблюдению установленного курса лечения, в том числе экономическими методами через договорные отношения с пациентами;
* *Структура медицинской помощи, ориентированная на достижение конечного результата* – понимается как переход от эпизодической помощи по обращению к постоянному наблюдению за состоянием пациента. Он осуществляется силами многопрофильных бригад специалистов, в составе которых главную роль играет врач, отвечающий за обеспечение преемственности лечения и регулярный контакт с больными;
* *Поддержка принятия решений* – предполагает общие для интегрированных систем клинические стандарты и рекомендации, обучение врачей идет с акцентом на соблюдение согласованного порядка ведения больного;
* *Клинические информационные системы* – системы обеспечивающие всех ее участников информацией о состоянии больного и оказанных ему услугах.

Эти элементы действуют в рамках системы, которая связывает организованную надлежащим образом схему обслуживания с дополнительными ресурсами и мероприятиями по месту жительства.

Учитывая тот факт, что система здравоохранения США является преимущественно частной системой (за исключением государственных программ «Медикер» и «Медикейд») основными инициаторами интеграции в стране выступают страховые компании, реализующие программы ДМС, которые прямо заинтересованы в сокращении затрат и расширения на этой основе страхового поля [15, 16, c.73].

Рассматривая интеграцию как фактор сдерживания затрат, правительство США в рамках государственных программ также создает интегрированные системы, как сети медицинских организаций, действующие на основе общих правил ведения больных и принимающих общую ответственность за качество и стоимость медицинской помощи [16, с.74]. Центральным элементом интегрированной системы является больницы. Они являются фондодержателями, то есть оплачиваются по интегрированному тарифу на весь комплекс медицинских услуг для обслуживаемого населения. Больницы оплачивают счета врачебных практик и медицинских организаций входящих в систему, а так же распределяет достигнутую экономию между ее участниками. Больница-интератор является подотчетной за все этапы движения пациента и несет риски, даже если напрямую не оказывает часть услуг [15].

Важным элементом интегрированной помощи выступает тесная координация деятельности больниц и организаций по послебольничному уходу. Для этого используются такие инструменты, как разработка и использование протоколов наблюдения за пациентом, после стационарного лечения (расписаны действия медицинского персонала по всей цепочке медико-технологического цикла), участие штатных врачей больниц в организации послебольничного обслуживания (через консультации персонала домов сестринского ухода и выборочный контроль за выполнение рекомендаций), использование электронных технических средств наблюдения за состоянием пациента, заключение договоров с пациентами о следовании клиническим протоколам

Главным направлением улучшения организации медицинской помощи в США выступает объединение усилий различных звеньев оказания медицинской помощи за счет [15]:

1. *обеспечения общей ответственности за результаты ведения групп населения*. В интегрированных системах для всех участников ставятся общие показатели целей в отношении профилактики и ведения хронических заболеваний. Особое значение приобретает проактивная работа с хроническими больными (посещение на дому, обучение пациентов, корректировка лекарственных назначений) и выявление мотивации пациентов (убеждение в необходимости следовать предписанному курсу лечения). К работе привлекается средний медицинский персонал и социальные работники.
2. *установления общих методов клинической деятельности и организации медицинской помощи*. Устанавливаются общие клинические рекомендации и протоколы ведения больных, которые устанавливают не только клинические мероприятия, но и порядок движения пациента с одного этапа оказания помощи на другой. Особое значение приобретает оценка выполнения этих правил и профессиональное обсуждение выявленных проблем (где и почему утрачивается преемственность в работе отдельных звеньев, что необходимо сделать для обеспечения их кооперации). Важную роль в качестве интеграторов помощи отводят организациям первичной медицинской помощи.
3. *создания новых форм информационного обмена между поставщиками медицинских услуг*. Информационные строятся на базе общих представлений о «маршрутах» движения пациентов и роли каждого звена в обеспечении преемственности лечения. Особенно велико значение электронных медицинских карт, позволяющих обмениваться информацией об оказанных услугах и состоянии пациента, что позволяет повысить уровень координации отдельных медицинских служб. Кроме того, электронные средства используются для взаимодействия врачей с пациентами (поддержка назначений врача, возможность удаленного наблюдения за состоянием больного) [15].

Отличительной особенностью западноевропейских стран является преимущественно государственная система оказания медицинской помощи, поэтому вопросы взаимодействия отдельных медицинских служб в той или иной мере являются объектами государственного регулирования [20].

В Великобритании медицинская помощь главным образом финансируется за счет общего национального налогообложения с дополнительными элементами страховых взносов, уплачиваемых работодателями и наемными работниками. Медицинская помощь в национальной службе здравоохранения (NHS) оказывается бесплатно (кроме прописанных лекарств, офтальмологических и стоматологических услуг) [20, c. 215-219]. Одним из приоритетов NHS стала интеграция медицинских услуг в целях улучшения ведения больных хроническими заболеваниями. Программа УХЗ включает в себя самоконтроль пациента, ведение заболевания и ведение пациента [17, c. 33-52]. Средства выделенные на программу УХЗ не входят в общий бюджет общих врачебных практик, а поступают к ним в форме поощрения, на основе системы оплаты по результатам деятельности.

В Германии здравоохранение главным образом финансируется из взносов социального страхования [20, с. 146-149]. Интеграционные процессы инициируются федеральным правительством. В Федеральном кодексе социального обеспечения установлено несколько типов программ по вопросам взаимодействия между отдельными секторами здравоохранения (программа УХЗ, программа интегрированной помощи для прочих заболеваний, развитие медико-социальной помощи и межсекторалього подхода в ведении сложных больных) и определено их содержание и условия реализации, в частности порядок финансирования больничных касс и методы оплаты поставщиков медицинских услуг. Центральное правительство устанавливает требование следовать стандартам и киническим руководствам [15]. Еще одна сфера государственного регулирования – формирование мотивации страховщиков к реализации программ интеграции медицинской помощи. Больничные кассы получают дополнительные средства из системы ОМС на программы интеграции (в первую очередь на программы УХЗ). Объем финансирования в расчете на одного зарегистрированного больного, участвующего в программе УХЗ, в несколько раз превышает объем финансирования такого же больного, но не охваченного программой УХЗ [17, с. 236-237].

В Нидерландах была введена «трансмуральная» система, т.е. «не разгороженная стенами» модель медицинской помощи, которая сводит во едино различные виды помощи, чтобы преодолеть организационный и финансовый разрыв между первичной и специализированной помощью. Система УХЗ содержит примерно такие же положения как в Великобритании и Германии, однако разрабатывается на уровне региона, что позволяет учитывать местные условия при ее реализации. Оплата осуществляется за комплексную амбулаторно-стационарную медицинскую помощь, то есть в тариф больничной помощи включены все затраты от первой консультации до последней проверки и выписки из стационара. Дифференцированный подушевой норматив финансирования страховщиков определяется не по статусу застрахованного (является ли он «хроником» и участвует ли в программе УХЗ), а по общей формуле, учитывающей риски предстоящих расходов[17, С. 57-70].

В Норвегии делается акцент на постоянное наблюдение за сложными больными. Усилия разных служб направлены на достижение конечного клинического результата, что предполагает сбор информации о состоянии больных на всех этапах лечения. Кроме того в Норвегии, а также Швеции, Дании, и Финляндии акцент также делается на обеспечение преемственности лечения в разных медицинских организациях (специальные программы сотрудничества региональных и муниципальных систем здравоохранения) [17, c.18-32, c. 71-85].

Объединение усилий различных звеньев системы оказания медицинской помощи, также как и для США, является одним из главных направлений по улучшению организации медицинской помощи в западноевропейских странах . Выделяется три фактора, влияющих на данный процесс [16, c.260-269]:

* финансирование;
* информационные технологии;
* кадровые ресурсы и производительность труда.

Финансирование необходимо как для осуществления перехода к новой системе оказания помощи, так и для ее дальнейшего поддержания. Конкретный механизм может быть разным, в зависимости от структур подотчетности и отчетности. Например, если правительственные органы осуществляют прямой контроль над предоставлением услуг, используются целевые выплаты, в децентрализованных системах для создания новых структур и подходов используются гранты [16, c.261]. Так, во Франции сети поставщиков медицинских услуг, перед которыми стоит задача укреплять координацию, интеграцию и непрерывность медицинской помощи, поддерживаются государством и фондом социального страхования. Полученные средства могут быть пущены на финансирование самих сетей или предоставление новых услуг. В Дании муниципальные медицинские центры получили начальное финансирование на развитие экспериментальных программ, дальнейшая финансовая ответственность возлагается на муниципалитеты. [16, c.262-263]. В ряде стран (Дания ,Франция, Германия, Великобритания) с целью укрепления координации медицинской помощи введены финансовые стимулы для поставщиков и/или закупщиков услуг. Так, в Великобритании применяются вознаграждения врачей общей практики за оказание услуг с конкретными параметрами, которые, как считается, связаны с качеством лечения и организации медицинской помощи. Система оценки качества и результатов деятельности содержит четыре основных компонента: клинические стандарты, организационные стандарты, мнение больных и предоставление дополнительных услуг. Каждый из компонентов оценивается с помощью обширного списка показателей [16, c.232-245].

Информационные технологии с системами поддержки новых подходов к оказанию помощи, выступают как эффективный механизм информационного обмена между поставщиками медицинских услуг. Многие страны (Франция, Германия и др.) вкладывают значительные средства в развитие электронных медицинских карт, позволяющих обмениваться информацией об оказанных услугах и состоянии пациента. В некоторых странах (Англия, Финляндия) вводится общенациональная электронная база данных [16, 17].

Значимым для организации интегрированной медицинской помощи является создание должным образом обученного и мотивированного персонала, который полностью осознает ценность совместной деятельности [16, c. 263]. В центре интегрированных систем оказания медицинской помощи во многих западноевропейских странах стоит врач общей практики, который ответственен за постоянно обслуживаемое население [17]. В таких странах как Великобритания, Нидерланды, Новая Зеландия существует жесткая система обращения к специалистам только через врачей общей практики. Данная система рассматривается как механизм обеспечения координации и интеграции [16, с.251]. Наряду с врачами общей практики важная роль по оказанию помощи в первичном звене отводится медсестрам (Великобритания, Швеция, Дания, Финляндия, Нидерланды). Медсестры работают согласно протоколу, позволяющему им проводить физическое и лабораторное обследование, диагностику и лечение, обычно под контролем врача [17, с. 18-85].

Таким образом, зарубежный опыт показывает, что

1. Концептуальной основой интеграционных процессов выступают различные варианты моделей управления хроническими заболеваниями.
2. Движущей силой интеграционных процессов выступают либо экономические стимулы, либо государственное регулирование, направленные на сокращение издержек.
3. Ведущую роль в интеграционных процессах играют организации первичной медицинской помощи, являющиеся организационным и координирующим звеном во взаимодействии с организациями, оказывающими специализированную медицинскую и социальную помощь.
4. Основные факторы влияющие на создание интегрированной системы оказания медицинской помощи это – интегрированные методы оплаты медицинской помощи, клинические рекомендации и обеспечение информационного обмена между поставщиками медицинских услуг.
	1. **Нормативно – правовая база Российской Федерации по вопросам интеграции оказания медицинской помощи**

В Россиинормативно-правовую основу, регламентирующую вопросы взаимодействия отдельных поставщиков медицинских услуг с позиции обеспечения непрерывности наблюдения за постоянно обслуживаемым населением и преемственности ведения пациента на различных этапах оказания медицинской помощи, условно можно разделить на две части:

* нормативно-правовые законодательные акты
* учетно-отчетная документация медицинских организаций

**Нормативно-правовые законодательные акты**

Концептуальные вопросы в сфере охраны здоровья отражены в Федеральном законе РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1]. Медицинская помощь, в соответствии со статьей 37. п.1. «организуется и оказывается в соответствии с *порядками* оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями» [1]. Порядки отражают этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности, стандарты оснащения и штатные нормативы медицинских организаций [1, 19].

Важным документом в организации медицинской помощи является Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», в соответствии с которым оказание медицинской помощи в России организовано по территориально-участковому принципу, т.е принципу формирования групп обслуживаемого населения по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях[10]. Центральным элементом в системе оказания медицинской помощи выступает участковый врач-терапевт или врач общей практики. В п.9 приложения 1 к приказу МЗ и СР РФ от 17января 2005 №84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» [7] говорится о том, что врач общей практики взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, организует совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь семье для социально незащищенных групп населения (одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе). Также в п.9 говорится о том, что врач общей практики (семейный врач) имеет право осуществлять наблюдение за пациентом на всех этапах оказания медицинской помощи, однако право не является обязательством [7].

Таким образом, указанные выше документы указывают на то, что ключевым действующим лицом системы оказания медицинской помощи является участковый врач-терапевт или врач общей практики, однако никаких указаний на обязанность обеспечения координации и непрерывности ведения пациента нет.

Организация преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи пациенту является ответственностью субъекта Российской Федерации, так как требуется учитывать особенности демографии, плотности населения, структуры заболеваемости и смертности, оснащенности медицинских организаций техникой и кадрами, и многие другие региональные особенности. Однако, учитывая приоритетность в организации помощи в сфере материнства и детства обязанность обеспечения преемственности для педиатрической службы прописана в нормативных документах федерального уровня. Так приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 января 207 г. №56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники» в п.4 приложения №1 предусматривается, что детская поликлиника должна осуществлять взаимодействие с территориальными учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, учреждениями родовспоможения (родильный дом и женская консультация), учреждениями образования и другими учреждениями по вопросу охраны здоровья детей [8]. Часть п. 1.1.7 приказа МЗ СССР №60 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах» обязывает руководителей органов и учреждений здравоохранения совершенствовать преемственность в обследовании и лечении больных детей между поликлиниками, стационарами, станциями скорой и неотложной медицинской помощи для обеспечения непрерывности лечебно - диагностического процесса [8]. В пункте 5 приложения 2 этого же приказ прописана обязанность главного врача обеспечивать преемственность в работе поликлиники со стационарами, женскими консультациями и родильными домами [4].

Региональное регулирование организации преемственности и непрерывности ведения взрослого населения в целом организовано по единому территориальному принципу, но в каждом регионе имеется своя специфика. Так, например, в соответствии с п.2 приложения 6 приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 20 января 2012 г. № 38 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы» [12] ответственность за оперативное взаимодействие между учреждениями всех уровней возлагается на главных врачей городских поликлиник, руководителей амбулаторных и специализированных центров. В соответствии с пунктом 14 того же приложения, руководители, заведующие подразделениями и врачи-специалисты городских поликлиник, амбулаторного и специализированного центров несут ответственность за результаты работы с прикрепленным населением [12].

Таким образом, анализ нормативно-правовых актов показал, что полномочия по организации преемственности и непрерывности ведения населения возложены на главных врачей поликлиник, руководителей амбулаторных и специализированных центров, однако процедуры реализации, контроля и ответственность за их невыполнение отсутствуют.

**Учетно-отчетная документация**

Предназначенная для сбора и анализа данных о пациенте и взаимного обмена информацией между различными специалистами и звеньями системы здравоохранения.

С позиции исследования вопроса о непрерывности и преемственности ведения пациента можно выделить следующие формы учетно-отчетной документации [3, 5, 9, 11, 15]:

* учётная форма 027/у ***«Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного».*** Предназначенная для информационного обмена между врачами амбулаторного и стационарного звена. Выдается на руки больному и содержит основные сведения о всех медицинских манипуляциях (диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение) и рекомендации.

В инструкции по ведению данной формы отсутствует указание на обязательность ее доведения непосредственно до поликлиники. Кроме того, отсутствие детализации требований по содержащейся в ней информации при различных профилях заболеваний снижает ответственность врачей за полноту и качество указываемой информации.

* учётная форма 028/у «***Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты»*** Предназначенная для информационного обмена между врачамивнутри учреждения при направлении больных к консультантам и во вспомогательные кабинеты, а так же при направлении на консультацию, исследования, лечения во вспомогательных кабинетах других учреждений. Лицевая сторона направления заполняется лечащим врачом, оборотная – консультантом, врачом вспомогательного кабинета.

Недостатки данной формы аналогичны недостаткам учётной формы 027/у – отсутствие проработанной информации о пациенте, детализации вопросов, поставленных перед консультантом, и указаний на обязательное доведение заключения непосредственно до лечащего врача.

* учетная форма 026/у-2000 *«****Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений»***. Предназначена для информационного обмена между всеми социальными учреждениями в которых находится ребенок.

Инструкция по ее ведению предписывает передачу данной карты вместе с личным делом ребенка (учащегося) при переводе ребенка из одного образовательного учреждения в другое.

* учетная форма 079/у ***«Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь»****.* Обязательный медицинский документом для всех детей, выезжающих в оздоровительные лагеря, содержит информацию о состоянии здоровья ребенка. Предназначена для двухстороннего информационного обмена между медицинскими работниками школы, детской поликлиники или ФАП и медицинского персонала оздоровительного лагеря.

Инструкция по ведению формы не содержит четких указаний на обязательность ее передачи медицинским работникам школы или детской поликлиники, ФАП.

* учётная форма 073/у ***«Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС)»***предназначена для врача поликлиники. Информирует о параметрах, за которыми врач должен постоянно наблюдать у пациента с имплантированным ЭКС.
* учетная форма 113/у ***«Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы»***. Наиболее информативна, способствует непрерывности наблюдения за беременной женщиной, родильницей, а затем и новорожденным.

В инструкции по ее ведению содержится четкое предписание о прямом извещении поликлиники о выписке новорожденного из акушерского стационара, чего нет практически ни в одном другом нормативном документе, регулирующем порядок организации медицинской помощи.

* учётная форма114/у ***«Сопроводительный лист станции скорой помощи и талон к нему».*** Предназначен лишь для передачи информации о пациенте от бригады скорой помощи персоналу стационара (только в случаях доставки больного (пострадавшего) в стационар). Сопроводительный лист и лицевая часть талона к нему заполняются врачом (фельдшером) бригады при передаче больного (пострадавшего) в приемное отделение больницы. Оборотная часть талона к сопроводительному листу заполняется в больнице врачом отделения, в которое был помещен больной. Сопроводительный лист вклеивается в медицинскую карту стационарного больного. Талон с отметкой «обслужен амбулаторно» пересылается на станцию скорой помощи в том случае, если больной не был госпитализирован.

Важно заметить, что не существует единой информационной базы в рамках которой представляется возможным доступ к актуальной на сегодняшний день нормативной и учетной медицинской документации.

Главная трудность использования данных форм заключается в разделения ответственности между медицинской организацией и пациентом. В соответствии с законодательством указные документы являются собственностью медицинской организации, однако отсутствует какая-либо регламентация передачи сведений пациентам либо их законным представителям. Кроме того, ключевым посредником в процессе обмена информацией между различными специалистам выступает пациент, так как большинство учетно-отчетных форм, предназначенных для обмена между специалистами, выдаются непосредственно на руки самому пациенту.

Большинство действующих форм первичной медицинской документации были утверждены приказом Минздрава СССР еще 30-40 лет назад, носят самый общий и поверхностный характер, не отражающий особенностей большого числа видов диагностической и лечебной медицинской помощи, то есть не соответствует возросшему объему и многообразию информации и не учитывает возможность использования современных информационно-коммуникационных технологий для организации процесса обмена информацией между врачами.

Проведенный анализ нормативно-правовой базы показал, что существующая система регулирования недостаточна. Принятые нормативно правовые акты и формы учетно-отчетной документации носят поверхностный характер (в части указания на обязательность, объем и порядок передачи информации о пациентах по этапам их движения в системе оказания медицинской помощи) и в достаточной мере не способны регламентировать порядок взаимодействия отдельных поставщиков медицинских услуг.

**Выводы по первой главе**

Фрагментация действий отдельных медицинских служб характерна в той или иной мере для систем здравоохранения различных стран. Она обусловлена чрезмерной специализацией системы оказания медицинской помощи, недостаточным уровнем обратной связи между разными этапами оказания медицинской и доминирующим гонорарным методом оплаты медицинской помощи.

Для российского здравоохранения характерна недостаточная координация деятельности отдельных медицинских служб и невысокий уровень преемственности лечения на различных этапах оказания медицинской помощи. Исходя из того, что ключевой задачей в области охраны здоровья является оптимизация соотношения стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи на основе усиления координации и преемственности между ними, возникает необходимость в формирование интегрированной, экономически выгодной системы оказания медицинской помощи.

**Глава 2. Анализ основных организационно – экономических факторов интеграции в системе здравоохранения**

Как было показано в первой главе данной работы, организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, играют ведущую роль в интеграционных процессах. Тип организационной структуры медицинских организаций может влиять на координацию, преемственность и совместную работу, являющихся ключевыми элементами интеграционных процессов.

**2.1 Описание модели интегрированной системы оказания медицинской помощи**

Рабочая гипотеза, которую необходимо проверить в рамках данной работы, заключается в том, что на степень интеграции оказания медицинской помощи влияет тип медицинского учреждения ,т.е. предположение о том, что степень интеграции в учреждениях объединенного типа (больница объединенная с поликлиникой) выше ,чем в учреждениях не объединенного типа (отдельные больницы и поликлиники).

Для проверки данной гипотезы была проведена вторичная обработка данных аналитического отчета «Обследование медицинских учреждений по вопросам интеграции деятельности отельных медицинских служб и категорий медицинского персонала» [22] ОАО «Всероссийский центр изучения общественного мнения» (далее отчет ВЦИОМ). Исследовательская работа проводилась в три этапа.

Первый этап исследования заключался в разработке модели, позволяющей провести оценку уровня интеграции оказания медицинской помощи. За основу была взята модель интегрированной системы (рис. 2.1) предложенная в работе Шевского В.И., Шеймана И.М. «Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения» [21].

*Рисунок 2.1*

**Концептуальная модель интегрированной системы оказания медицинской помощи**

**Координация**

**Общие клинические рекомендации**

**Интегрированные методы оплаты медицинской помощи**

**Совместная работа**

**Преемственность**

**Информационный обмен**

Модель включает в себя три ключевых элемента: координация, преемственность и совместная работа, а так же группы факторов, определяющих уровень данных элементов: информационное обеспечение (или информационный обмен), интегрированные методы оплаты медицинской помощи и клинические рекомендации. По предположению авторов эти элементы наиболее полно отражают процесс интеграции [21, 28]. Для проверки поставленной гипотезы в модель В.И. Шевского и И.М. Шеймана был введен дополнительный фактор – тип учреждения.

Второй этап заключался в формировании выборочной совокупности и показателей характеризующих каждую характеристику.

Исходная совокупность выборки представленная в отчете ВЦИОМа включает в себя 1500 респондентов и 12 видов медучреждений. Критериями включения в исследуемую группу (по типу медицинского учреждения) выступали оказание плановой медицинской помощи, по территориально-участковому принципу. В этой связи из первоначальной совокупности были исключены пять видов медучреждений (областная больница, диспансер, консультативно-диагностический центр, станция и отделение скорой медицинской помощи), которые не удовлетворяют одновременно наличию двух вышеуказанных критериев.

Генеральный объем исследуемой выборки составил 1268 респондента и 7 видов медучреждений (городская больница, городская поликлиника, центральная районная больница, городская больница объединенная с поликлиникой, детская городская больница объединенная с поликлиникой, детская городская больница, детская городская поликлиника).

Для проведения анализа вся совокупность выборки была разделена на две группы в разрезе типов медицинских учреждений: объединенные учреждения (т.е. больницы объединенные с поликлиникой) и не объединенные учреждения (отдельные больницы и поликлиники). Общий объем выборки первой группы (учреждения объединенного типа) составляет 396 респондентов и включает в себя 3 вида учреждений: центральная районная больница (ЦРБ), городская больница объединенная с поликлиникой (ГБ+П) и детская городская больница объединенная с поликлиникой (ДГБ+П). Объем второй группы (учреждения не объединенного типа) составил 872 респондента и 4 вида учреждений: городская больница (ГБ), детская городская больница (ДГБ), городская поликлиника (ГП), детская городская поликлиника (ДГП). В таблице 2.1 представлен объем и структура выборки в разрезе типов медицинских учреждений.

*Таблица 2.1.*

**Объем и структура исследуемой выборочной совокупности, на основе данных аналитического отчета ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ группы** | **Медицинские учреждения** | **Количество респондентов** | **Доля, %** |
| 1 группа:объединенные учреждения | ЦРБ | 210 | 16,56 |
| ГБ+П | 140 | 11,04 |
| ДГБ+П | 46 | 3,63 |
| ***Итого:*** | ***396*** | ***31,23*** |
| 2 группане объединенные учреждения | ГБ | 219 | 17,27 |
| ДГБ | 103 | 8,12 |
| ГП | 378 | 29,81 |
| ДГП | 172 | 13,56 |
| ***Итого:*** | ***872*** | ***68,77*** |
| **ИТОГО:** | **1268** | **100** |

Для определения уровня интеграции были выделены три группы показателей: показатели совместной работы, показатели координирующей функции и показатели преемственности.

*Показатели совместной работы:*

* Частота участия специалистов диагностических служб в консилиумах по поводу сложных случаев
* Степень распространенности практики консультаций лечащих врачей со специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований
* Частота участия врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации

*Показатели координирующей функции:*

* Частота направлений пациентов в другие организации, которые способны оказать качественную медицинскую помощь

*Показатели преемственности лечения:*

* Частота согласования врачей поликлиник с врачами стационаров действий по подготовке больного к плановой госпитализации
* Частота консультирования врачами стационаров врачей поликлиник относительно тактики ведения пациентов после госпитализации

Третий этап предполагал сравнительный анализ результатов обработки данных (описание расчетов по каждому показателю см. Приложение №1).

В рамках работы было выявлено, что значимых различий по уровню интеграции между объединенными и не объединенными учреждениями не прослеживается. Однако, общая системная оценка данных позволяет сделать вывод, степень интеграции в учреждениях объединенного типа в соответствии с критериями совместной работы и преемственности лечения выше, чем в учреждениях не объединенного типа.

**Совместная работа**

Одним из показателей совместной работы является частота участия специалистов диагностических служб в консилиумах по поводу сложных случаев (рис. 2.2). Участие специалистов диагностических служб отмечают 21% и 22% респондентов не объединенных и объединенных учреждений и редкое участие в 35% и 32% респондентов соответственно. Это свидетельствует о том, что в обоих типах учреждений участие специалистов диагностических служб происходит примерно с одинаковой частотой. Хотя ответы о не участии в консилиумах у не объединенных (18%) учреждений в 2 раза выше, чем в объединенных (9%) и высок удельный вес врачей затруднившихся с ответом: четверть (26%) мнений врачей не объединенных и треть (37%) мнений врачей объединенных учреждений. Таким образом можно сделать вывод, что частота участия специалистов диагностических служб в консилиумах по поводу сложных случаев находится примерно на одинаково низком уровне в обоих типах учреждений.

*Рисунок 2.2*

**«Как часто специалисты диагностических служб участвуют в консилиумах по поводу сложных случаев диагностики?»,** *в % от всех опрошенных*

Вторым показателем совместной работы выступает степень распространенности практики консультирования лечащих врачей по вопросам тактики, интерпретации и возможности диагностических исследований. Общая картина распределения ответов респондентов по данному показателю (рис. 2.3) схожа с распределением ответов по первому показателю.

Степень распространенности практики консультирования лечащих врачей специалистами различных служб одинакова для учреждений как объединенного типа, так и для учреждений не объединенного типа. 35% и 34% респондентов не объединенных и объединенных учреждений соответственно указывают на малую распространенность практики консультирования лечащих врачей. 29% и 26% респондентов соответственно не объединенных и объединенных учреждений заявляют о широком распространении данной практики. На общем фоне высока доля затруднившихся в ответе (23% и 34%) представителей не объединенных и объединенных учреждений соответственно.

*Рисунок 2.3*

**«Насколько распространена в Вашем учреждении практика консультирования лечащих врачей специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований?»,** *в % от всех опрошенных*

Еще одним показателем совместной работы выступает частоты участия врачей стационара в консультировании врачей по ведению пациентов после их госпитализации (рис. 2.4). Подавляющее большинство мнений респондентов объединенных учреждений (64%) указывает на такое участие в отдельных случаях и 23% респондентов указывают на целесообразность участия врачей стационара в консультировании коллег по вопросам ведения пациентов после госпитализации. Мнения респондентов не объединенных учреждений разделились аналогично в соотношении 44% и 24% соответственно. Такое распределение ответов можно трактовать как наличие совместной работы различных служб в обоих типах учреждений, но более высокая степень совместной работы присуща объединенным учреждениям.

*Рисунок 2.4*

**«Считаете ли Вы целесообразным участие врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации?»,** *в % от всех опрошенных*

Резюмируя **анализ показателей совместной** **работы** можно сделать следующие выводы:

1. Показатель частоты участия специалистов диагностических служб в консилиумах по поводу сложных случаев находится на одинаково низком уровне в обоих типах учреждений. Регулярное участие специалистов диагностических служб отмечают 22% опрошенных респондентов объединенных учреждений и 20% респондентов не объединенных учреждений, что не имеет статистически значимого различия.

2. Результаты анализа показателя степени распространенности практики консультаций лечащих врачей со специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований указывает на, то что степень распространенности практики одинакова для учреждений как объединенного типа, так и для учреждений не объединенного типа. На наличие данной практики указывают соответственно 60% и 65% респондентов объединенных и не объединенных учреждений, об отсутствии практики консультирования заявляют соответственно 7% и 13% респондентов объединенных и не объединенных учреждений.

3. Показатель частоты участия врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации указывает на то, что более высокая степень совместной работы присуща объединенным учреждениям. Отмечено статистически значимое различие в 21 % между результатами объединенных (43%) и не объединенных учреждений (64%) респондентов.

Таким образом, в соответствии с показателем частоты участия врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации, можно сделать вывод, что уровень организации совместной работы в объединенных учреждениях выше чем в не объединенных.

**Координирующая функция участковой службы**

Для оценки этой функции был выбран показатель частоты направлений пациентов в другие организации (рис. 2.5). Так около трети (38%) респондентов не объединенных учреждений и пятая часть (20%) респондентов объединенных учреждений заявили о том, что не направляют своих пациентов в другие клиники. Чуть меньше половины (17% и 31%) опрошенных врачей объединенных учреждений и (15% и 27%) врачей не объединенных учреждений направляют или редко направляют пациентов в другие организации, способные оказать качественную помощь.

*Рисунок 2.5*

 **«Направляете ли Вы наблюдаемых вами пациентов в частные организации, известные Вам своей способностью оказать качественную медицинскую помощь?»,** *в % от всех опрошенных*

При сравнении ответов двух групп учреждений было выявлено, что в учреждениях объединенного типа наблюдаемых пациентов направляют в другие клиники, известные способностью оказать качественную медицинскую помощь, чаще, чем это происходит в учреждениях не объединенных. Однако, высокая доля врачей объединенных учреждений (окало трети) затруднившихся с ответом и треть ответов врачей не объединенных учреждений указывающих на отсутствие практики направления пациентов в другие организации дает основания считать, что координирующая функция участковой службы находится на низком уровне в обоих типах учреждений.

Анализ показателя частота направлений пациентов в другие организации, которые способны оказать качественную медицинскую помощь показал, что в целом **координирующая функция участковой** службы в учреждениях объединенного и не объединенного типов находится на низком уровне. Статистически значимого различия между разными типами учреждений выявлено не было (частота направлений в объединенных - 17%, в необъединенных – в 15%).

**Преемственность лечения**

В качестве показателя преемственности использовался показатель частоты согласования врачей поликлиник с врачами стационаров действий по подготовке пациента к плановой госпитализации (рис 2.6).

*Рисунок 2.6*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи поликлиник согласовывают с врачами стационаров действия по подготовке больного к плановой госпитализации на амбулаторном этапе?»,** *в % от всех опрошенных*

Большинство респондентов объединенных учреждений (36%) заявили о том, что согласование действий происходит в 30-50% случаев, в то время как большинство респондентов не объединенных учреждений (34%) говорят о наличии данной практики менее чем в 10% случаев плановой госпитализации. Об отсутствии практики согласования действий по подготовке пациента к плановой госпитализации врачей поликлиник и стационаров заявили 16% врачей не объединенных учреждений и 11% врачей объединенных учреждений.

Другой показатель – частота консультаций врачей поликлиник с врачами стационара в отношении ведения пациентов после стационарного лечения (рис. 2.7).

*Рисунок 2.7*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи стационара консультируют врачей поликлиник в отношении тактики ведения пациента после стационарного лечения?»,** *в % от всех опрошенных*

Оценка данного показателя свидетельствует о примерно одинаковой частоте консультаций о обоих типах учреждений. Так, о наличии консультаций в отношении тактики долечивания пациента в10-30% случаев заявили 24% респондентов не объединенных учреждений и 26% респондентов объединенных учреждений. Большинство респондентов объединенных (45%) и не объединенных (43%) учреждений заявили о присутствии практики менее чем в 10% случаев стационарного лечения. Треть респондентов (33%) не объединенных учреждений и 28% респондентов объединенных учреждений сообщили об отсутствии такой практики в принципе.

Подводя итог, можно констатировать недостаточность соблюдения медицинскими службами преемственности лечения и непрерывности ведения больных в обоих типах учреждений, что подтверждается мнением 54% респондентов (рис. 2.8) обоих типов учреждений считающих, что существующий уровень преемственности лечения и непрерывности ведения больных является недостаточным.

*Рисунок 2.8*

**«На Ваш взгляд, достаточно ли взаимодействие между отдельными медицинскими службами в соблюдении преемственности и непрерывности ведения пациентов на этапах оказания медицинской помощи?»,** *в % от всех опрошенных*

Результаты анализа показателей **преемственности лечения** следующие:

1. По данным показателя частоты согласования врачей поликлиник с врачами стационаров действий по подготовке больного к плановой госпитализации было выявлено статистически значимое различие в 8%. 36% респондентов объединенных учреждений и 28% респондентов не объединенных учреждений заявили о том, что врачи поликлиник согласовывают действия с врачами стационаров по подготовке пациента к плановой госпитализации в 30-50% случаев.

2. Анализ показателя частоты консультирования врачами стационаров врачей поликлиник относительно тактики ведения пациентов после госпитализации не выявил значимого различия между данными объединенных и не объединенных учреждений. Большая часть 45% респондентов объединенных (45%) и не объединенных (43%) учреждений заявили о присутствии практики менее чем в 10% случаев стационарного лечения.

Таким образом результаты проведенного анализа и мнение самих респондентов свидетельствует о низком уровне преемственности и непрерывности ведения пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи. Однако, уровень преемственности лечения объединенных учреждений выше чем не объединенных, в соответствии с данными показателя частоты согласования врачей поликлиник с врачами стационаров действий по подготовке пациента к плановой госпитализации в превышает частоту в не объединенных учреждениях.

**2.2 Результаты** **эмпирической оценки показателей интеграции в разных типах медицинских учреждений**

В рамках проведенной оценки влияния типа медицинского учреждения на степень интеграции системы оказания медицинской помощи по трем группам показателей (совместной работы, координирующей функции участковой службы и преемственности лечения) были получены следующие **результаты**:

1. Статистически значимое различие между степью интеграции объединенных и не объединенных учреждений было обнаружено в двух группах показателей:

* 8% по показателю совместной работы (частота участия врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации)
* 21% по показателю преемственности лечения (частота согласования врачей поликлиник с врачами стационаров действий по подготовке больного к плановой госпитализации).

2. По показателям совместной работы (частота участия специалистов диагностических служб в консилиумах по поводу сложных случаев находится координирующей функции и степень распространенности практики консультаций лечащих врачей со специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований), координирующей функции участковой службы (частота направлений пациентов в другие организации, которые способны оказать качественную медицинскую помощь) и преемственности лечения (частота консультирования врачами стационаров врачей поликлиник относительно тактики ведения пациентов после госпитализации) статически значимых различий выявлено не было.

3. Нашли свое подтверждение теоретические выводы о, том что степень координации, преемственности лечения и совместной работы отдельных медицинских служб находятся на низком уровне.

**2.3 Рекомендации по формированию интегрированной системы оказания медицинской помощи**

В качестве рекомендаций по формированию интегрированной системы оказания медицинской помощи предлагается следующее:

1. создание на федеральном уровне:

* обязательных требований к алгоритмам обеспечения координации, преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи
* единых стандартных форм учета указанных характеристик интеграции по ее показателям (могут выступать как инструмент для сбора статистических данных)

2. на региональном уровне – создание алгоритмов обеспечения координации, преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи, с учетом местных условий (демография, структуры заболеваемости и смертности, оснащенность медучреждений техникой и кадрами и др.)

3. создание единой информационной и организационно-технической системы, как основного условия оптимизации работы по обеспечению координации, преемственности и непрерывности оказания медицинской помощи, которая обеспечит доступ к актуальной базе нормативной и учетной медицинской документации, а так же позволит наладить информационный обмен учетно-отчетной документацией между различными учреждениями системы здравоохранения

4. усиление координирующей функции участковой службы, через обязательное требование к формированию маршрута движения пациентов по всем этапам оказания медицинской помощи и принцип одного ответственного за состояние здоровья прикрепленного населения)

5. формирование механизмов мотивации врачей к повышению уровня координации, преемственности и непрерывности ведения пациентов (включение разработанных форм учета характеристик интеграции, как обязательного инструмента оценки показателя качества работы отдельного специалиста и организации в целом).

**Выводы по второй главе**

Проведенный сравнительный анализ влияния типов медицинских учреждений на уровень интеграции показал, что значение некоторых показателей преемственности лечения и совместной работы, определяющих степень интеграции оказания медицинской помощи, в учреждениях объединенного типа выше чем в не объединенных учреждениях. Это подтверждает гипотезу, выдвинутую в начале работы о том, что тип учреждения влияет на степень интеграции оказания медицинской помощи. Однако стоит отметить, что в рамках анализа не все исследуемые факторы показали статистически значимое преимущество объединенных учреждений над не объединенным, что не отрицает выдвинутую гипотезу, но требует дополнительного факторного анализа.

Кроме того, на степень интеграции оказания медицинской помощи помимо исследованного структурного фактора, значительное влияние также оказывают экономические, информационные и клинические факторы, которых в рамках проведенного анализа не учитывались.

**Заключение**

В последние годы во многих странах возросло внимание к проблеме фрагментации. Суть данной проблемы заключается в недостаточном взаимодействии отдельных медицинских служб и слабой нацеленности на достижение конечного клинического и экономического результата. Преодоление существующей фрагментации и формирование интегрированной системы оказания медицинской помощи при рациональном использовании ресурсов отрасли стало одной из приоритетных задач в области охраны здоровья.

В данной работе был рассмотрен опыт зарубежных государств в области формирования интегрированной системы оказания медицинской помощи с целью определения основных направлений формирования интегрированной системы в России.

В первой главе работы были определены концептуальные аспекты интеграции и ключевые факторы, которые влияют на организацию интеграционных процессов, а так же рассмотрены основные подходы к решению этой проблемы в зарубежных странах.

Во второй главе были описаны результаты сравнительного анализа, выявляющего влияние типа медицинского учреждения на уровень интеграции, через такие показатели как совместная работа, координирующая функция участковой службы и преемственность лечения. В заключении второй главы на основе проведенного анализа были предложены рекомендации формированию интегрированной системы оказания медицинской помощи в Российской Федерации.

Проведенный анализ показал, что во всех медицинских учреждениях, вне зависимости от типа, отмечается низкий уровень координации, преемственности лечения и совместной работы, отдельных медицинских служб. Однако, в рамках сравнительного анализа между учреждениями объединенного и не объединенного типа, были выявлены статистически значительные различия по показателям преемственности лечения и совместной работы. Это позволяет сделать вывод о том, что степень интеграции оказания медицинской помощи в учреждениях объединенного типа выше, чем в не объединенных.

Полученный результат не означает того, что формирование интегрированной системы оказания медицинской помощи возможно только на базе объединенных учреждений, и тем более не свидетельствует о том, что простое структурное объединение учреждений приведет к решению проблем фрагментации. Интеграция является комплексным системообразующим элементом оказания медицинской помощи, определяющим процесс взаимодействия между всеми участниками системы, на который помимо структурного фактора значимое влияние оказывают экономические и мотивационные стимулы каждого участника системы, обеспеченность информационно-техническими ресурсами, распределение степени ответственности участников за коечный результат и многое другое.

В целом, подводя итог, можно сказать, что для возможности успешного формирования интегрированной системы оказания медицинской помощи необходимо проведение комплекса мер, направленных на усиление интеграции между всеми этапами оказания медицинской помощи, таких как:

* усиление координирующей функции участковой службы –через создание рациональные маршруты движения пациентов по этапам оказания помощи,
* формирование механизмов мотивации врачей к повышению уровня преемственности,
* обеспечение развития информационных технологий, сфокусированных на усилении интеграции
* расширении использования методов оплаты, ставящих доходы поставщиков в зависимость от их взаимодействия друг с другом и уровня ответственности за конечный результат.

**Библиографический список**

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – Режим доступа: [http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW;n=156793;fld=134;dst=4294967295;rnd=0.6188650419935584;from=152447-304](http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;%20base=LAW;n=156793;fld=134;dst=4294967295;rnd=0.6188650419935584;from=152447-304), свободный (дата обращения: 07.04.2014)
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» план мероприятий («дорожная карта»). – Режим доступа: [http://government.ru/ media/ files/41d46dc46fa78c0dbb36.pdf](http://government.ru/%20media/%20files/41d46dc46fa78c0dbb36.pdf), свободный (дата обращения: 17.04.2014)
3. Приказ Минздрава СССР от 4.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». – Режим доступа: [http://base.consultant.ru/cons/cgi/online. cgi?req=doc;base=ESU;n=13983](http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.%20cgi?req=doc;base=ESU;n=13983), свободный (дата обращения: 17.04.2014)
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 января 1983 г №60 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах». – Режим доступа: [http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=ESU;n= 4695](http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;%20base=ESU;n=%204695), свободный (дата обращения: 17.04.2014)
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 июля 2000 г. № 241 Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений». – Режим доступа: [http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi? req=doc;base=LAW;n=86525](http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?%20req=doc;base=LAW;n=86525), свободный (дата обращения: 17.04.2014)
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг». – Режим доступа: [http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW; n=50735;dst=0;ts=135AA4649EB8D5C38ABF19BFCA86C367;rnd=0.7552763370331377](http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;%20n=50735;dst=0;ts=135AA4649EB8D5C38ABF19BFCA86C367;rnd=0.7552763370331377), свободный (дата обращения: 17.04.2014)
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)». – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=51982;dst=0;ts=AE4554635ACEC7ADA2071DE0FAE2B81F;rnd=0.7357530863955617>, свободный (дата обращения: 17.04.2014)
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 января 2007 г. № 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники». – Режим доступа: [http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW; n=66573](http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;%20n=66573),свободный (дата обращения: 17.04.2014)
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 декабря 2009 г. № 942 «Об утверждении статистического инструментария станций (отделения), больницы скорой медицинской помощи». – Режим доступа: [http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi? req=doc;base=LAW;n=96009](http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?%20req=doc;base=LAW;n=96009), свободный (дата обращения: 17.04.2014)
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» . – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/ document/cons\_doc\_LAW\_132071/](http://www.consultant.ru/%20document/cons_doc_LAW_132071/), свободный (дата обращения: 17.04.2014)
11. Проект приказа Минздравсоцразвития России от 14 декабря 2011 г. «Об утверждении форм учётной медицинской документации медицинских организаций». – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/law/ hotdocs/16120.html](http://www.consultant.ru/law/%20hotdocs/16120.html), свободный (дата обращения: 17.04.2014)
12. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 20.01.2012 г. № 38 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы». – Режим доступа: [http://base.consultant.ru/ cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MLAW;n=138480](http://base.consultant.ru/%20cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MLAW;n=138480), свободный (дата обращения: 17.04.2014)
13. Интеграция служб медико-санитарной помощи: доклад исследовательской группы ВОЗ, Женева, 1996. – Режим доступа: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91669/1/WHO_TRS_861_rus.pdf?ua=1> свободный (дата обращения: 17.04.2014)
14. Интеграция [Электронный ресурс]: [Большая советская энциклопедия](http://www.diclib.com/cgi-bin/d1.cgi?l=ru&base=bse&page=showindex). – Режим доступа: [http://www.diclib.com/%D0%98%D0% BD%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F/show/ru/bse/%D0%98/2186/1260/12/0/27339#.U1WTZ\_l\_vdw#ixzz2zYoLHwNa](http://www.diclib.com/%D0%98%EF%BF%BD%25%20BD%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F/show/ru/bse/%D0%98/2186/1260/12/0/27339#.U1WTZ_l_vdw) ,свободный (дата обращения: 17.04.2014)
15. Направления и механизмы формирования интегрированной, транспарентной и эффективной системы здравоохранения. Аналитический отчет, Центр фундаментальных исследований НИУ ВШЭ, Москва, 2012
16. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиций системы здравоохранения. Обзор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2011. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136169/e91878R.pdf>, свободный (дата обращения: 07.04.2014)
17. Основы политики. Медицинская помощь вне стационара: Получение общеврачебной и специализированной медицинской помощи в восьми странах. Обзор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\_\_ data/assets/pdf\_file/0010/108964/E89259R.pdf](http://www.euro.who.int/__%20data/assets/pdf_file/0010/108964/E89259R.pdf), свободный (дата обращения: 07.04.2014)
18. Обследование медицинских учреждений по вопросам интеграции деятельности отельных медицинских служб и категорий медицинского персонала. Аналитический отчет, ОАО «Всероссийский центр изучения общественного мнения», Москва, 2012
19. Справочная информация: «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» [Электронный ресурс]: Официальный сайт компании "КонсультантПлюс". – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/>, свободный (дата обращения: 17.04.2014)
20. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. Серия исследований Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, выпуск 17, 2010. 242 с.
21. Шевский В.И., Шейман И.М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2013. – № 3. – Режим доступа: [http://vgmu.hse.ru/data/2014/02/14/1328255747/%D0%A8%D0%B5%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9,%20%D0%A8%D0%B5%D0%B9%D0%BC%D0%B0%D0%BD.pdf](http://vgmu.hse.ru/data/2014/02/14/1328255747/%D0%A8%D0%B5%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9%2C%20%D0%A8%D0%B5%D0%B9%D0%BC%D0%B0%D0%BD.pdf), свободный (дата обращения: 07.04.2014)
22. Andersson G, Karlberg I. Integrating care for the elderly: the background and effects of the reform of Swedish care of the elderly // International Journal of Integrated Care, 2000, Published online November 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1534007/>
23. Berwick D, Nolan T, and Whittington J. The Triple Aim: Care, health, and cost // Health Affairs, 2008, Published online May/June 2008. <http://content.healthaffairs.org/content/27/3/759.long>
24. Hardy, B., Mur-Veemanu, I., Steenbergen, M. and Wistow, G. (1999) Inter-agency services in England and the Netherlands, *Health Policy*, 48: 87–105.
25. [Kodner](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=L.%20Kodner%20D%5Bauth%5D) D. and [Spreeuwenberg](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Spreeuwenberg%20C%5Bauth%5D) C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper // International Journal of Integrated Care, 2002, Published online November 2002. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>
26. Leutz W. (1999) Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom, *Milbank Quartely*, 77: 77–110.
27. Richard B. Saltman, Ana Rico, Wienke G.W. Boerma. Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care. New York. Open University Press, 2006.
28. Sheiman I., Shevski V. Evaluation of health care delivery integration: The case of the Russian Federation / Health Policy 115 (2014) 128-137

**Приложение №1**

Расчет данных по всем показателям проводился в 4 действия:

1. Исходный массив данных (табл. 1.1) в аналитическом отчете ВЦИОМа представлен в процентном выражении. Для возможности проведения анализа, массив данных отчета ВЦИОМ, представленный в таблице 1 из процентного выражения переводим в количественное по формуле 1, где Х – целое, искомое значение, К1 – число представленное в процентах (по данным отчета ВЦИОМа), К2 – количество респондентов опрошенных в данном учреждении (табл. 1.1).

Х = 0,01 \* К1 \* К2 (1)

**Например:** 0,01 \* 20 \* 378 = 75,6 = 76 (используемые в примере значения выделены подчеркиванием)

1. Массив данных полученный результате выполнения действия 1 заносим в таблицу 2, делим на две группы по типу учреждения (подробное описание процесса деления на группы по типу представлено в основном тексте работы часть 2.1) и суммируем соответствующие значения по каждой строке, полученные результаты заносим в таблицу 3.
2. Массив данных (табл. 3), полученный в результате суммирования, из количественного выражения переводим в процентное по формуле 2, где Y – искомое значение, Z1 – значение полученное в результате суммирования, Z2- количество респондентов по данному типу учреждения (табл. 1.1).

Y = (Z1 \* 100) / Z2 (2)

**Например:** (179 \* 100) / 872 = 20,54 (используемые в примере значения выделены жирным шрифтом с подчеркиванием)

1. Массив данных, полученный в результате выполнения действия 3 заносим в таблицу 4. На основе массива данных (табл. 4) строим график, для проведения сравнительного анализа. Полученный график представлен на рисунке 1.

*Таблица 1.1*

**Количество респондентов в каждом учреждении, на основе данных аналитического отчета ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тип | Не объединенные | Объединенные |
| Вид учреждения | Городская поликлиника | Городская больница | Детская гор. поликлиника | Детская гор. больница | Центральная районная больница | Гор. больница объединенная с поликлиникой | Детская гор. больница объединенная с поликлиникой |
| Кол-во респ. | 378 | 219 | 172 | 103 | 210 | 140 | 46 |
| ИТОГО: | **872** | 396 |

*Расчет показателей совместной работы:*

**1. Частота участия специалистов диагностических служб в консилиумах по поводу сложных случаев**

*Таблица 1.*

**«Как часто специалисты диагностических служб участвуют в консилиумах по поводу сложных случаев диагностики?», на основе данных аналитического отчета ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012),**  *в % от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Регулярно участвуют | 20 | 29 | 13 | 24 | 29 | 35 | 15 |
| Редко участвуют | 37 | 39 | 27 | 38 | 34 | 33 | 30 |
| Не участвуют | 24 | 19 | 9 | 17 | 9 | 7 | 10 |
| Затрудняюсь ответить | 19 | 13 | 50 | 21 | 28 | 26 | 46 |

*Таблица 2*

**«Как часто специалисты диагностических служб участвуют в консилиумах по поводу сложных случаев диагностики?»,** *в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Регулярно участвуют | 76 | 50 | 28 | 25 | 41 | 16 | 32 |
| Редко участвуют | 140 | 67 | 59 | 39 | 48 | 15 | 63 |
| Не участвуют | 91 | 33 | 20 | 18 | 13 | 3 | 21 |
| Затрудняюсь ответить | 72 | 22 | 110 | 22 | 39 | 12 | 97 |

*Таблица 3*

**«Как часто специалисты диагностических служб участвуют в консилиумах по поводу сложных случаев диагностики?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | объединенные |
| Регулярно участвуют | **179** | 88 |
| Редко участвуют | 305 | 126 |
| Не участвуют | 161 | 37 |
| Затрудняюсь ответить | 225 | 148 |

*Таблица 4*

**«Как часто специалисты диагностических служб участвуют в консилиумах по поводу сложных случаев диагностики?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в % от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | Объединенные |
| Регулярно участвуют | **20,54** | 22,11 |
| Редко участвуют | 35,08 | 31,52 |
| Не участвуют | 18,46 | 9,23 |
| Затрудняюсь ответить | 25,90 | 37,03 |

*Рисунок 1*

**«Как часто специалисты диагностических служб участвуют в консилиумах по поводу сложных случаев диагностики?»,** *в % от всех опрошенных*

**2. Степень распространенности практики консультаций лечащих врачей со специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований**

*Таблица 1.*

**«Насколько распространена в Вашем учреждении практика консультирования лечащих врачей специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований?», на основе данных аналитического отчета ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012),** *в % от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Широко распространена | 29 | 43 | 19 | 32 | 39 | 43 | 13 |
| Мало распространена | 40 | 35 | 26 | 38 | 29 | 33 | 37 |
| Практика отсутствует | 17 | 16 | 4 | 11 | 6 | 7 | 7 |
| Затрудняюсь ответить | 15 | 6 | 52 | 19 | 26 | 17 | 43 |

*Таблица 2*

**«Насколько распространена в Вашем учреждении практика консультирования лечащих врачей специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований?»,** *в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Широко распространена | 110 | 74 | 42 | 33 | 55 | 20 | 27 |
| Мало распространена | 151 | 60 | 57 | 39 | 41 | 15 | 78 |
| Практика отсутствует | 64 | 28 | 9 | 11 | 8 | 3 | 15 |
| Затрудняюсь ответить | 57 | 10 | 114 | 20 | 36 | 8 | 90 |

*Таблица 3*

**«Насколько распространена в Вашем учреждении практика консультирования лечащих врачей специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | Объединенные |
| Широко распространена | 258 | 102 |
| Мало распространена | 307 | 133 |
| Практика отсутствует | 112 | 26 |
| Затрудняюсь ответить | 200 | 135 |

*Таблица 4*

**«Насколько распространена в Вашем учреждении практика консультирования лечащих врачей специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в % от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | Объединенные |
| Широко распространена | 29,40 | 25,68 |
| Мало распространена | 35,02 | 33,71 |
| Практика отсутствует | 12,74 | 6,65 |
| Затрудняюсь ответить | 22,83 | 33,97 |

*Рисунок 1*

**«Насколько распространена в Вашем учреждении практика консультирования лечащих врачей специалистами диагностических служб по вопросам тактики, интерпретации и возможностей диагностических исследований?»,** *в % от всех опрошенных*

**3. Частота участия врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации**

*Таблица 1.*

**«Считаете ли Вы целесообразным участие врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации?»,** **на основе данных аналитического отчета ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012),** *в % от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Да | 33 | 0 | 27 | 24 | 24 | 9 | 26 |
| В отдельных случаях | 47 | 0 | 62 | 66 | 62 | 91 | 60 |
| Нет | 3 | 50 | 5 | 6 | 3 | 0 | 9 |
| Затрудняюсь ответить | 17 | 50 | 6 | 5 | 12 | 0 | 5 |

*Таблица 2*

**«Считаете ли Вы целесообразным участие врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации?»,** *в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Да | 125 | 0 | 59 | 25 | 34 | 4 | 55 |
| В отдельных случаях | 178 | 0 | 136 | 68 | 87 | 42 | 126 |
| Нет | 11 | 86 | 11 | 6 | 4 | 0 | 19 |
| Затрудняюсь ответить | 64 | 86 | 13 | 5 | 17 | 0 | 11 |

*Таблица 3*

**«Считаете ли Вы целесообразным участие врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | Объединенные |
| Да | 209 | 92 |
| В отдельных случаях | 381 | 255 |
| Нет | 114 | 23 |
| Затрудняюсь ответить | 169 | 27 |

*Таблица 4*

**«Считаете ли Вы целесообразным участие врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в % от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Не объединенные | Объединенные |
| Да | 23,89 | 23,26 |
| В отдельных случаях | 43,69 | 64,15 |
| Нет | 13,11 | 5,82 |
| Затрудняюсь ответить | 19,31 | 6,88 |

*Рисунок 1*

**«Считаете ли Вы целесообразным участие врачей стационара в консультировании врачей поликлиник и реабилитационной службы в отношении ведения пациентов после их госпитализации?»,** *в % от всех опрошенных*

*Показатели координирующей функции:*

**1. Частота направлений пациентов в другие организации, которые способны оказать качественную медицинскую помощь**

*Таблица 1.*

**«Направляете ли Вы наблюдаемых вами пациентов в частные организации, известные Вам своей способностью оказать качественную медицинскую помощь?», на основе данных аналитического отчета ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012),** *в % от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Да | 18 | 25 | 6 | 10 | 18 | 2 | 20 |
| Очень редко | 32 | 41 | 11 | 17 | 31 | 33 | 30 |
| Нет | 39 | 33 | 33 | 52 | 27 | 46 | 10 |
| Затрудняюсь ответить | 11 | 1 | 50 | 21 | 24 | 20 | 40 |

*Таблица 2*

**«Направляете ли Вы наблюдаемых вами пациентов в частные организации, известные Вам своей способностью оказать качественную медицинскую помощь?»,** *в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Да | 68 | 43 | 13 | 10 | 25 | 1 | 42 |
| Очень редко | 121 | 71 | 24 | 18 | 43 | 15 | 63 |
| Нет | 147 | 57 | 72 | 54 | 38 | 21 | 21 |
| Затрудняюсь ответить | 42 | 2 | 110 | 22 | 34 | 9 | 84 |

*Таблица 3*

**«Направляете ли Вы наблюдаемых вами пациентов в частные организации, известные Вам своей способностью оказать качественную медицинскую помощь?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | Объединенные |
| Да | 134 | 68 |
| Очень редко | 233 | 122 |
| Нет | 330 | 80 |
| Затрудняюсь ответить | 174 | 127 |

*Таблица 4*

**«Направляете ли Вы наблюдаемых вами пациентов в частные организации, известные Вам своей способностью оказать качественную медицинскую помощь?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в % от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | Объединенные |
| Да | 15,42 | 17,20 |
| Очень редко | 26,73 | 30,70 |
| Нет | 37,85 | 20,19 |
| Затрудняюсь ответить | 20,00 | 32,02 |

*Рисунок 1*

**«Направляете ли Вы наблюдаемых вами пациентов в частные организации, известные Вам своей способностью оказать качественную медицинскую помощь?»,** *в % от всех опрошенных*

*Показатели преемственности лечения:*

**1. Частота согласования врачей поликлиник с врачами стационаров действий по подготовке больного к плановой госпитализации**

*Таблица 1.*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи поликлиник согласовывают с врачами стационаров действия по подготовке больного к плановой госпитализации на амбулаторном этапе?», на основе данных аналитического отчета ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012),** *в % от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
| Не согласовывают вообще | 13 | 17 | 12 | 15 | 16 | 4 | 7 |
| Согласовывают менее чем в 10% случаев  | 25 | 34 | 32 | 35 | 22 | 26 | 35 |
| Согласовывают в 10-30% случаев | 19 | 10 | 24 | 20 | 18 | 11 | 17 |
| Согласовывают в 30-50% случаев | 26 | 31 | 22 | 19 | 37 | 9 | 34 |

*Таблица 2*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи поликлиник согласовывают с врачами стационаров действия по подготовке больного к плановой госпитализации на амбулаторном этапе?»,** *в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
| Не согласовывают вообще | 49 | 29 | 26 | 15 | 22 | 2 | 15 |
| Согласовывают менее чем в 10% случаев | 95 | 58 | 70 | 36 | 31 | 12 | 74 |
| Согласовывают в 10-30% случаев | 72 | 17 | 53 | 21 | 25 | 5 | 36 |
| Согласовывают в 30-50% случаев | 98 | 53 | 48 | 20 | 52 | 4 | 71 |

*Таблица 3*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи поликлиник согласовывают с врачами стационаров действия по подготовке больного к плановой госпитализации на амбулаторном этапе?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Не объединенные | Объединенные |
| Не согласовывают вообще | 120 | 39 |
| Согласовывают менее чем в 10% случаев  | 259 | 116 |
| Согласовывают в 10-30% случаев | 162 | 66 |
| Согласовывают в 30-50% случаев | 219 | 127 |

*Таблица 4*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи поликлиник согласовывают с врачами стационаров действия по подготовке больного к плановой госпитализации на амбулаторном этапе?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в % от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | объединенные |
| Не согласовывают вообще | 15,78 | 11,16 |
| Согласовывают менее чем в 10% случаев  | 34,05 | 33,31 |
| Согласовывают в 10-30% случаев | 21,31 | 18,90 |
| Согласовывают в 30-50% случаев | 28,82 | 36,49 |

*Рисунок 1*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи поликлиник согласовывают с врачами стационаров действия по подготовке больного к плановой госпитализации на амбулаторном этапе?»,** *в % от всех опрошенных*

**2. Частота консультирования врачами стационаров врачей поликлиник относительно тактики ведения пациентов после госпитализации**

*Таблица 1.*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи стационара консультируют врачей поликлиник в отношении тактики ведения пациента после стационарного лечения?»,** **на основе данных аналитического отчета ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012),** *в % от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Не консультируют вообще | 29 | 25 | 11 | 15 | 24 | 11 | 15 |
| Консультируют менее чем в 10% случаев стационарного лечения | 23 | 36 | 31 | 34 | 33 | 17 | 29 |
| Консультируют в 10-30% случаев | 16 | 12 | 18 | 18 | 15 | 11 | 19 |

*Таблица 2*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи стационара консультируют врачей поликлиник в отношении тактики ведения пациента после стационарного лечения?»,** *в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Не консультируют вообще | 110 | 43 | 24 | 15 | 34 | 5 | 32 |
| Консультируют менее чем в 10% случаев стационарного лечения | 87 | 62 | 68 | 35 | 46 | 8 | 61 |
| Консультируют в 10-30% случаев | 60 | 21 | 39 | 19 | 21 | 5 | 40 |

*Таблица 3*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи стационара консультируют врачей поликлиник в отношении тактики ведения пациента после стационарного лечения?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Не объединенные | Объединенные |
| Не консультируют вообще | 192 | 70 |
| Консультируют менее чем в 10% случаев стационарного лечения | 252 | 115 |
| Консультируют в 10-30% случаев | 139 | 66 |

*Таблица 4*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи стационара консультируют врачей поликлиник в отношении тактики ведения пациента после стационарного лечения?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в % от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Не объединенные | Объединенные |
| Не консультируют вообще | 32,96 | 27,95 |
| Консультируют менее чем в 10% случаев стационарного лечения | 43,19 | 45,78 |
| Консультируют в 10-30% случаев | 23,86 | 26,28 |

*Рисунок 1*

**«Как часто, по Вашей оценке, врачи стационара консультируют врачей поликлиник в отношении тактики ведения пациента после стационарного лечения?»,** *в % от всех опрошенных*

**Мнение респондентов о соблюдении медицинскими службами преемственности лечения и непрерывности ведения больных этапах оказания медицинской помощи**

*Таблица 1.*

**«На Ваш взгляд, достаточно ли взаимодействие между отдельными медицинскими службами в соблюдении преемственности и непрерывности ведения пациентов на этапах оказания медицинской помощи?»,** **на основе данных аналитического отчета ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012),** *в % от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиник | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Достаточно | 17 | 22 | 25 | 43 | 14 | 15 | 32 |
| Недостаточно | 51 | 58 | 62 | 46 | 64 | 30 | 53 |
| Взаимодействие отсутствует | 3 | 2 | 5 | 3 | 4 | 0 | 3 |
| Затрудняюсь ответить | 29 | 19 | 8 | 9 | 18 | 54 | 12 |

*Таблица 2*

**«На Ваш взгляд, достаточно ли взаимодействие между отдельными медицинскими службами в соблюдении преемственности и непрерывности ведения пациентов на этапах оказания медицинской помощи?»,** *в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Городская поликлиника | Городская детская поликлиника | Городская больница | Детская городская больница | Городская больница, объединенная с поликлиникой | Детская городская больница, объединенная с поликлиникой | Центральная районная больница |
|
|
| Достаточно | 64 | 38 | 55 | 44 | 20 | 7 | 67 |
| Недостаточно | 193 | 100 | 136 | 47 | 90 | 14 | 111 |
| Взаимодействие отсутствует | 11 | 3 | 11 | 3 | 6 | 0 | 6 |
| Затрудняюсь ответить | 110 | 33 | 18 | 9 | 25 | 25 | 25 |

*Таблица 3*

**«На Ваш взгляд, достаточно ли взаимодействие между отдельными медицинскими службами в соблюдении преемственности и непрерывности ведения пациентов на этапах оказания медицинской помощи?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в количественном выражении от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | Объединенные |
| Достаточно | 201 | 94 |
| Недостаточно | 476 | 215 |
| Взаимодействие отсутствует | 29 | 12 |
| Затрудняюсь ответить | 169 | 75 |

*Таблица 4*

**«На Ваш взгляд, достаточно ли взаимодействие между отдельными медицинскими службами в соблюдении преемственности и непрерывности ведения пациентов на этапах оказания медицинской помощи?»,** *суммарный результат по каждому типу учреждений, в % от всех опрошенных*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Не объединенные | объединенные |
| Достаточно | 22,99 | 23,66 |
| Недостаточно | 54,37 | 54,22 |
| Взаимодействие отсутствует | 3,29 | 3,01 |
| Затрудняюсь ответить | 19,32 | 19,00 |

*Рисунок 1*

**«На Ваш взгляд, достаточно ли взаимодействие между отдельными медицинскими службами в соблюдении преемственности и непрерывности ведения пациентов на этапах оказания медицинской помощи?»,** *в % от всех опрошенных*