

На правах рукописи

БАРСУКОВА
Ирина Михайловна

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ
МЕХАНИЗМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Санкт-Петербург 2017

Диссертация выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации на базе Государственного бюджетного учреждения «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе».

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Мирошниченко

Александр
Григорьевич

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры общественного здоровья и
здравоохранения с курсом экономики и управления
здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-
Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Шапиро

Клара Ильинична

Доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой безопасности жизнедеятельности,
экстремальной и радиационной медицины института
дополнительного профессионального образования
«Экстремальная медицина» ФГБУ «Всероссийский центр
экстренной и радиационной медицины имени А.М.
Никифорова» МЧС России

Котенко

Петр
Константинович

Доктор медицинских наук, заместитель директора
ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф
«Защита» Минздрава России

Бобий

Борис Васильевич

Ведущая организация:

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Защита диссертации состоится «26» мая 2017 г. в 10 ч. на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11 и на сайте института: http://mednet.ru/images/stories/files/replay/Barsukova_text.pdf

Автореферат разослан « _____ » _____ 2017 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Сабгайда
Тамара Павловна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Оказание медицинской помощи населению при внезапных заболеваниях и угрожаемых жизни состояниях, в том числе в чрезвычайных ситуациях, является одной из приоритетных задач здравоохранения. Скорая медицинская помощь (СМП) является самым массовым, доступным и бесплатным видом медицинской помощи, оказываемой населению медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, ее состояние рассматривается как фактор национальной безопасности. Сегодня она имеет большой ресурсный потенциал, однако, сложившаяся система организации оказания скорой медицинской помощи все еще не обеспечивает необходимой эффективности работы (Багненко С.Ф. с соавт., 2012, 2013, 2014). Вместе с тем, эффективное функционирование системы определяется совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить оказание доступной и качественной бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий; развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение медицинских организаций СМП на основе инновационных подходов и принципов стандартизации; наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать поставленные задачи (Кораблев В.Н., 2004, 2009; Давыдова Е.В., 2013; Мохнюк С.В., Духанина И.В., 2015). В условиях ограниченных финансовых ресурсов внедрение ресурсосберегающих организационных технологий приобретает первостепенное значение.

Новый этап в развитии медицинских организаций СМП в Российской Федерации – переход к финансированию в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) с 01.01.2013. Экономические преобразования являются важным и удобным моментом для решения вопросов совершенствования работы в новых условиях финансирования (Кадыров Ф.Н., 2011, 2012; Кораблев В.Н., 2004, 2009; Багненко С.Ф. с соавт., 2014; Парфенов В.Е., 2012).

В соответствии со статьей 37 Федерального закона № 323-ФЗ «Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи с 01.01.2013. Вопросы доступности и качества оказания скорой медицинской помощи приобретают особую актуальность в условиях использования новых финансовых механизмов (Линденбратен А.Л., 2008, 2011, 2015; Старченко А.А., 2008, 2010, 2015; Карачевцева М.А., Михайлов С.М. и соавт., 2008, 2015).

Среди факторов, определяющих дальнейшее развитие системы СМП в Российской Федерации, следует отметить и конкретные механизмы реализации территориальных программ ОМС – способы оплаты СМП, внедрение дифференцированных тарифов на услуги (Семенов В.Ю., 2007). Анализ этих механизмов позволяет искать пути дальнейшего совершенствования работы системы СМП в Российской Федерации в новых экономических условиях.

Степень разработанности темы исследования. Вопросам совершенствования организации оказания СМП в Российской Федерации уделяется внимание, как в научных исследованиях, так и в федеральных и региональных целевых программах (Боев В.А., 2008; Багненко С.Ф. и соавт., 2014; Шляфер С.И., 2015; Ершова Е.В., 2014; Парфенов В.Е., 2015). Однако, большинство работ посвящено отдельным медико-социальным вопросам организации оказания СМП (Копецкий И.С., 2012; Сидоров М.Г., 2011; Евзельман М.А., 2006; Мясников А.О., 2009) или решают проблемы в масштабе крупного города или субъекта Российской Федерации (Бойков А.А., 2007; Сухин В.В., 2004; Матер А.А., 2006; Савельев, О.В., 2003). Ряд исследований посвящено организации СМП при дорожно-транспортных происшествиях (Закарян А.А. и соавт., 2008; Стожаров В.В. и соавт., 2007; Багненко С.Ф. и соавт., 2009; Лысенко К.И. и соавт., 2010). С 2010 года актуальность приобрели вопросы разработки теории и внедрения в практику технологии стационарного отделения СМП (Алимов А.А. и соавт., 2014; Мирошниченко А.Г. и соавт., 2014, 2015, 2016).

Вместе с тем, при достаточности внимания к вопросам организации СМП до настоящего времени отсутствуют комплексные исследования,

касающиеся анализа деятельности организаций СМП в условиях ОМС в масштабе страны, использующих разные модели финансирования, и механизмов повышения эффективности работы подразделений СМП в новых экономических условиях.

Все вышеизложенное определяет актуальность и своевременность настоящего исследования, необходимость детального изучения и анализа настоящих и перспективных преобразований организации оказания СМП, поиск и обоснование наиболее оптимальных путей ее развития.

Цель исследования: разработать и обосновать организационные и финансово-экономические механизмы совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи в новых экономических условиях.

Достижение поставленной цели предполагает решение **задач:**

1. Проанализировать нормативно-правовую базу, обосновывающую современные требования к организации системы оказания скорой медицинской помощи.

2. Изучить структуру, ресурсы и показатели работы медицинских организаций скорой медицинской помощи, их соответствие современным требованиям.

3. Изучить особенности работы подразделений скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, выявить первоочередные проблемы, требующие решения.

4. Обосновать влияние способов оплаты скорой медицинской помощи на эффективность работы медицинских организаций, разработать рекомендации по дифференцированному применению.

5. Обосновать и разработать пути повышения доступности и качества оказания скорой медицинской помощи.

6. Обосновать эффективность стандартизации и тарификации услуг медицинских организаций скорой медицинской помощи, разработать медико-экономические стандарты оказания скорой медицинской помощи.

7. Разработать и обосновать механизмы совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи в новых экономических условиях.

Научная новизна работы заключается в том, что впервые проведен комплексный анализ системы оказания СМП, включающий изучение материально-технической базы, кадрового обеспечения и финансирования, основных показателей деятельности подразделений СМП в субъектах Российской Федерации в динамике последних лет (при бюджетном финансировании и в системе ОМС).

Разработаны и обоснованы механизмы совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи в новых экономических условиях (в системе ОМС): способы оплаты СМП, уровень финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, управление качеством в системе оказания СМП, стандартизация и тарификация ее услуг), доказано их влияние на эффективность работы медицинских организаций скорой медицинской помощи.

Многопланово исследованы вопросы доступности и качества оказания СМП как с точки зрения пациентов, так и руководителей медицинских организаций, экспертной оценки случаев оказания СМП, а также в свете положений территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Разработаны методики анкетирования руководителей и пациентов СМП с целью выявления наиболее значимых проблем доступности и качества. Разработаны и обоснованы методические основы многоуровневой модели управления качеством медицинской помощи, индикаторы доступности и качества СМП.

Теоретическая и практическая значимость диссертации заключается в разработке механизмов совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации в новых экономических условиях, имеющих практическое значение для ее дальнейшего развития. Их внедрение позволяет улучшить доступность и качество СМП в новых экономических условиях. Результаты исследования могут использоваться в целях осуществления программно-целевого планирования в системе скорой медицинской помощи.

На основе сравнительной оценки эффективности различных моделей финансирования медицинских организаций СМП впервые разработаны, обоснованы теоретические и практические рекомендации по выбору способа оплаты СМП в субъектах Российской Федерации.

Предложена модель управления качеством медицинской помощи в целях повышения доступности и качества скорой медицинской помощи, а также для оценки деятельности подразделений СМП, повышения их эффективности, разработки планов развития и совершенствования контрольно-разрешительных механизмов.

Разработанные медико-экономические стандарты СМП могут служить основой для подготовки тарифов и использоваться как экономический инструмент совершенствования работы медицинских организаций СМП органами управления здравоохранением и организациями системы ОМС.

Областью применения является система оказания СМП Российской Федерации, как в практической ее части, так и в сфере организации здравоохранения, а также система профессиональной подготовки организаторов здравоохранения и специалистов СМП.

Материалы исследования использованы при создании нормативно-правовых и организационно-методических документов федерального и ведомственно-отраслевого уровня. *На федеральном уровне* результаты исследования использованы: 1) при подготовке методических рекомендаций «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития» (утв. Минздравом России № 14-0/10/2-2564 и ФФОМС № 7155/30 от 26.09.2012); 2) при подготовке методических рекомендаций «Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации» (утв. Минздравом России № 14-3/110 от 12.02.2015); 3) в работе профильной комиссии Минздрава России по специальности «скорая медицинская помощь» (2012-2016 гг.), в том числе при подготовке проектов приказа Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (зарег. в Минюсте России 16.08.2013 № 29422), Распоряжения Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной

программы «Развитие здравоохранения» в Российской Федерации»; 4) при подготовке Национального руководства по скорой медицинской помощи (2015 г.). *На региональном и муниципальном уровнях* материалы и выводы работы использованы: 1) в практической деятельности и при подготовке специалистов СМП 14 субъектов Российской Федерации: Санкт-Петербурга, Ленинградской, Ярославской, Волгоградской, Челябинской, Новгородской, Пермской, Кемеровской, Магаданской, Саратовской, Ульяновской, Ярославской областей, Республик Татарстан и Марий Эл (27 актов внедрения); 2) при разработке 67 медико-экономических стандартов (МЭС) СМП на догоспитальном этапе, в том числе с проведением тромболитической терапии. Последний использован для тарификации данных услуг: МЭС 911010 «СМП Системный тромболизис на догоспитальном этапе» послужил основой тарифа, который утвержден Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 12.08.2013 N 330-р «Об утверждении предварительного медико-экономического стандарта по профилю скорая медицинская помощь» и установлен решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Санкт-Петербурге от 02.08.2013 с 01.09.2013 в шести медицинских организациях Санкт-Петербурга (станциях и отделениях СМП).

Результаты исследования внедрены в образовательный процесс 5-и учебных подразделений: кафедры скорой медицинской помощи ФБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет имени И.И. Мечникова», кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений и кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Учебного центра ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Учебного центра ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» (акты внедрения).

Методология и методы исследования. Теоретической и методологической основой исследования послужили труды отечественных и зарубежных ученых в области организации здравоохранения, нормативные правовые акты Российской Федерации. При разработке и реализации

программы исследования использована методология системного и ситуационного подхода к изучению состояния системы оказания СМП в период включения данного вида медицинской помощи в систему ОМС, определения важнейших проблем переходного периода и путей их решения. Объект исследования – деятельность медицинских организаций, оказывающих СМП. Предмет исследования - структура, ресурсы и технология функционирования системы оказания СМП. Используются статистический, аналитический, социологический методы, а также методы контент-анализа, экспертных оценок, организационного эксперимента.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Основные направления современного этапа развития системы оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации: переход к принципам обязательного медицинского страхования, структурная реорганизация, оптимизация ресурсного обеспечения медицинских организаций скорой медицинской помощи и затрат на ее оказание.

2. Способ оплаты скорой медицинской помощи как один из механизмов повышения эффективности работы медицинских организаций скорой медицинской помощи, создающий условия формирования оптимальной структуры и объемов скорой медицинской помощи, повышения ее доступности и качества.

3. Факторы повышения эффективности работы медицинских организаций СМП: стандартизация и тарификация услуг, способствующие переходу к работе на основе стандартов медицинской помощи, повышению качества оказания скорой медицинской помощи.

4. Перспективная модель управления качеством скорой медицинской помощи основана на системном процессном подходе, многоуровневом порядке контроля с использованием индикаторов качества.

5. Предложенные механизмы совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи являются необходимыми и достаточными в текущих экономических условиях.

Личный вклад автора заключается в 100% личной разработке концепции, методики, основных направлений и программы исследования,

определении цели и задач, анализе результатов, научном обосновании и доказательной базе всех положений диссертационного исследования, формировании выводов и практических рекомендаций. Доля участия автора в сборе и обработке статистического материала – 90%. Автору принадлежит определяющая роль во внедрении результатов работы в регионах РФ, разработке медико-экономических стандартов СМП, научных публикациях и докладах по материалам исследования.

Публикации. Основные положения диссертации отражены в 74 научных статьях, из них 36 - в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ. В числе работ - 2 методические рекомендации (утв. Минздравом России), 2 монографии, Национальное руководство по скорой медицинской помощи, 1 учебник, 6 учебных и учебно-методических пособий.

Степень достоверности полученных результатов и выводов определяется достаточными объемами баз данных; использованием современных методов исследования, соответствующих методологии, цели и задачам диссертационной работы; использованием сплошного метода практически в каждом фрагменте исследования; комплексом методик и адекватным статистическим аппаратом, а также апробацией основных результатов исследования на научных конференциях и съездах. Объемы выборок при проведении анкетирования пациентов, руководителей СМП и экспертной оценке случаев оказания СМП определялся по традиционной методике обеспечения их репрезентативности.

Статистическую значимость сравниваемых показателей с нормальным распределением устанавливали с использованием критерия Стьюдента (t). Проверка статистических гипотез проведена по общепринятым в статистике методикам. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (p) принимался равным 0,05. Статистически значимые отличия фиксировались при достижении указанного значения уровня статистической значимости ($p < 0,05$). Используемая методология подтверждает достоверность полученных результатов, применяемые комплексные методики позволили решить поставленные в исследовании задачи.

Апробация работы. Основные положения, предварительные и окончательные результаты исследования доложены и обсуждены на 60 международных, российских, региональных научно-практических конференциях, съездах, совещаниях: межрегиональной научно-практической конференции «Скорая помощь. Реалии и перспективы развития» (г. Пермь, 2011); IV межрегиональной научно-практической конференции «Тольяттинская осень - 2011» (г. Тольятти, 2011); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь - 2011» (Санкт-Петербург, 2011); республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной медицины и подготовки врачей для работы в ЧС» (г. Уфа, 2012); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2012» (Санкт-Петербург, 2012); научно-практической конференции южного региона РФ «Актуальные вопросы внедрения инновационных технологий в практику скорой медицинской помощи» (г. Волжский, 2012); научно-практической конференции «Инновационные технологии в практике скорой медицинской помощи: проблемы и перспективы» (г. Коломна, 2013); научно-практической конференции «Актуальные аспекты организации и качества оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе» (г. Екатеринбург, 2013); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь-2013» (Санкт-Петербург, 2013); 2-м Съезде врачей неотложной медицины (Москва, 2013); межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы реформирования скорой медицинской помощи» (г. Казань, 2014); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Скорая медицинская помощь-2014» (Санкт-Петербург, 2014); республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации скорой медицинской помощи и медицины катастроф на современном этапе» (г. Минск, 2014); Всероссийской научно-практической конференции «Диагностика и лечение ишемической болезни сердца: от В.И. Колесова до наших дней» (г. Санкт-Петербург, 2014); IX международной научно-практической конференции «Внезапная смерть: от критериев риска к

профилактике» (Санкт-Петербург, 2014); II научно-практической конференции «Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе» (Москва, 2014); Всероссийской научно-практической конференции «Управление качеством медицинской помощи: от теории к практике» (г. Иркутск, 2014); межрегиональной научно-практической конференции Сибири и Дальнего Востока «Актуальные вопросы скорой медицинской помощи и медицинской эвакуации – опыт, проблемы и пути совершенствования» (г. Ханты-Мансийск, 2014); межрегиональной научно-практической конференции «Медицина и современность. Теория, практика, перспективы» (г. Ульяновск, 2014); международном научном форуме «Многопрофильная клиника XXI века. Экстренная медицина» (Санкт-Петербург, 2015); 2-ой научно-практической конференции Южного региона России «Актуальные вопросы внедрения инновационных технологий в практику скорой медицинской помощи» (г. Волгоград, 2015); научно-практической медицинской конференции с международным участием «Медицина регионов – основа здоровьесбережения страны» (г. Ульяновск, 2015); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы Всероссийской службы медицины катастроф на региональном уровне» (г. Красноярск, 2015); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2015» (Санкт-Петербург, 2015); научно-практической конференции врачей России с международным участием «VIII Успенские чтения» (г. Тверь, 2015); научно-практической конференции «Никифоровские чтения – 2015: Передовые отечественные и зарубежные медицинские технологии» (Санкт-Петербург, 2015); III «Петербургском международном форуме здоровья» (Санкт-Петербург, 2015); III Съезде Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана (г. Ташкент, 2015); Днях Минска в Санкт-Петербурге в рамках Круглого стола «Организация экстренной медицинской помощи в условиях крупного города» (11.11.2015); 4-й научно-практической конференции Южного региона России «Актуальные вопросы внедрения инновационных технологий в практику скорой медицинской помощи» (г. Сочи, 2016); научно-практической конференции «Новые технологии в скорой и неотложной медицинской

помощи» (г. Суздаль, 2016); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2016» (Санкт-Петербург, 2016); Всероссийской научно-практической конференции «медицина и качество – 2016» (Москва, 2016); совещаниях профильной комиссии Минздрава России по специальности «скорая медицинская помощь» (2012-2016 гг.).

Структура и объем диссертации. Текст диссертации изложен на 397 страницах машинописного текста, состоит из введения, 8 глав, заключения, выводов и предложений, списка литературы, включающего 506 источников (420 отечественных и 86 зарубежных), и 12 приложений.

Работа иллюстрирована 68 рисунками и 97 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность, показана цель и задачи проведенного исследования, его практическая значимость и научная новизна. Определены основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен аналитический обзор научных исследований по современному состоянию и системным проблемам системы оказания СМП. Значительная часть посвящена изменениям нормативного правового, организационного и финансово-экономического регулирования. Анализ доступной литературы показал, что в настоящее время ведется поиск концепций, методологий, направлений инновационного развития. Эти аспекты связаны с необходимостью совершенствования системы менеджмента медицинских организаций СМП в целях достижения их устойчивого развития.

Во второй главе представлены методика и организация исследования. Использован комплекс методов исследования и различные группы единиц наблюдения – медицинские организации СМП субъектов РФ; руководители и главные специалисты СМП субъектов РФ, госпитализированные пациенты СМП, принявшие участие в анкетировании; случаи оказания СМП, подвергшиеся экспертной оценке (3400 первичных источников наблюдения) (рисунок 1, таблица 1). Программа исследования соответствовала поставленным задачам, позволила изучить и оценить уровень материально-

технического, кадрового, финансово-экономического состояния, обосновать механизмы совершенствования системы оказания СМП и эффективность их реализации.



Рисунок 1. Программа исследования

Дизайн исследования позволил оценить влияние различных организационных и финансово-экономических механизмов на эффективность работы медицинских организаций СМП (рисунок 2). При этом контрольной группой было исходное состояние подразделений СМП в субъектах РФ в условиях бюджетного финансирования (2010-2012 гг.). Группой сравнения были результаты их работы в системе ОМС (2013-2015 гг.).

В целом, некоторые фрагменты диссертационного исследования охватывали период с 2000 по 2015 гг., детальный анализ включал 6-летний период (2010-2015 гг.).

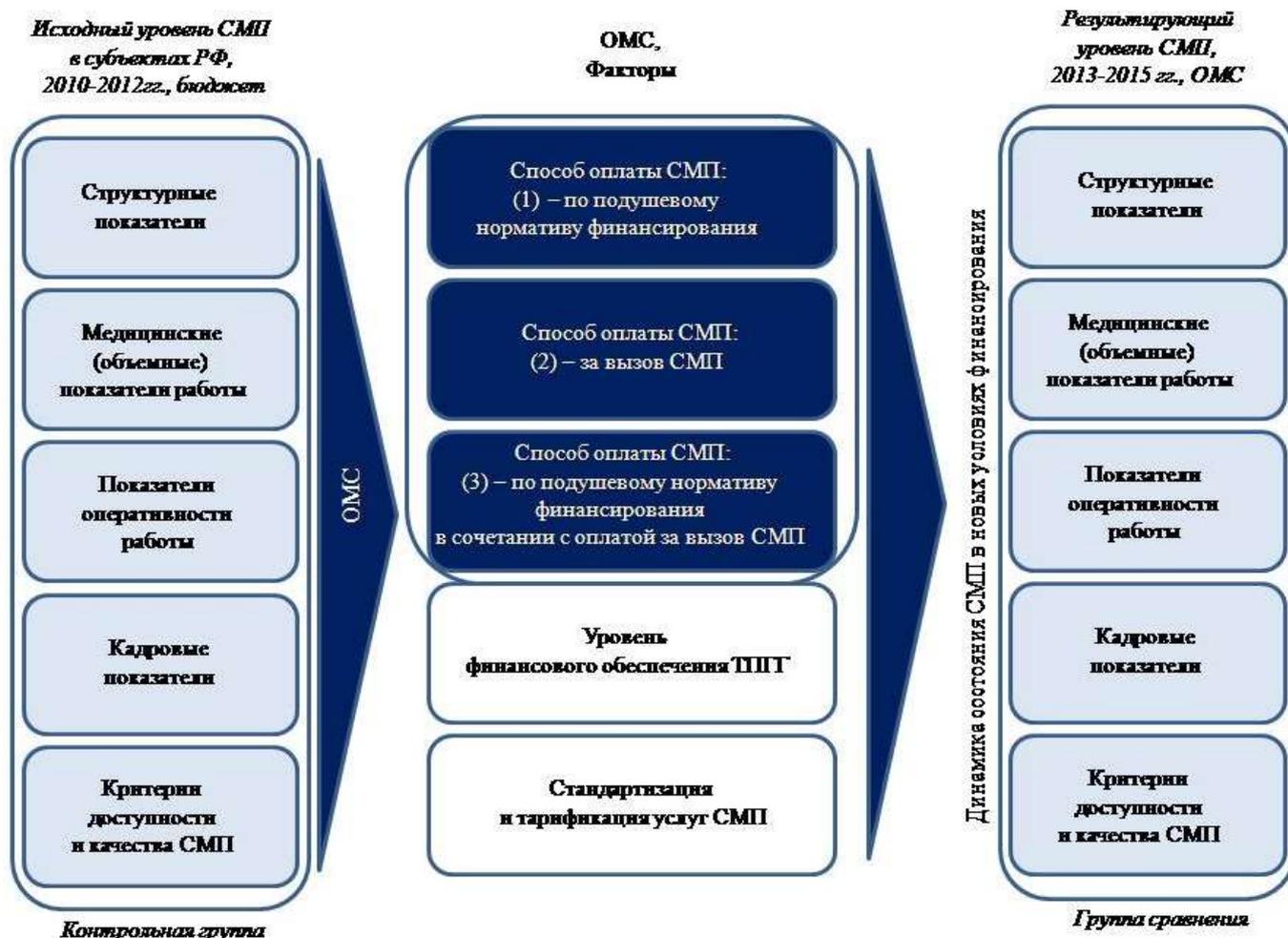


Рисунок 2. Дизайн исследования

Достоверность результатов обеспечивалась использованием сплошного метода практически в каждом фрагменте исследования, комплексом методик и адекватным статистическим аппаратом. Для обработки информации использованы: расчет интенсивных и экстенсивных показателей, средних величин, стандартных отклонений, критерия Стьюдента (t), достоверности различий (p); корреляционный анализ (коэффициент линейной корреляции Пирсона); критерий Кокрена; метод экспертных оценок с определением коэффициента конкордации (W), весовых коэффициентов и кластерным анализом; экспертиза качества медицинской помощи. Применялась Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи, разработанная специалистами Санкт-Петербурга.

Программа исследования

Цель: разработать и обосновать организационные и финансово-экономические механизмы совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи в новых экономических условиях		
Задачи	Материалы	Методы
1. Проанализировать нормативно-правовую базу, обосновывающую современные требования к организации системы оказания СМП	Работы отечественных и зарубежных авторов (n=506), нормативные документы РФ и ее субъектов (n=334).	Метод контент-анализа
2. Изучить структуру, ресурсы и показатели работы МО СМП, их соответствие современным требованиям	Отраслевая и федеральная статистическая отчетность за 2010-2014 гг. 83 субъектов РФ*.	Статистический, аналитический методы
3. Изучить особенности работы подразделений СМП в системе ОМС, выявить первоочередные проблемы, требующие решения	Данные 2-х этапного опроса руководителей МО СМП различных регионов РФ (в 2013 г. и 2015 г.) (n=200). ТПГГ** (2012-2015 гг.) 83 субъектов РФ.	Социологический, статистический методы
4. Обосновать влияние способов оплаты СМП на эффективность работы МО, разработать рекомендации по дифференцированному применению	Отраслевая и федеральная статистическая отчетность за 2010-2014 гг. 83 субъектов РФ. ТПГГ (2012-2015 гг.) 83 субъектов РФ.	Статистический метод, метод организационного эксперимента
5. Обосновать и разработать пути повышения доступности и качества оказания СМП	Данные опроса пациентов (n=450) и руководителей МО СМП (n=76), экспертные заключения по случаю оказания СМП (n=1200), ТПГГ (2012-2015 гг.) 83 субъектов РФ.	Социологический метод, метод экспертных оценок
6. Обосновать эффективность стандартизации и тарификации услуг МО СМП, разработать медико-экономические стандарты оказания СМП	ТПГГ (2012-2015 гг.) 83 субъектов РФ. Отраслевая и федеральная статистическая отчетность за 2010-2014 гг. 83 субъектов РФ. Нормативные документы РФ	Метод организационного эксперимента, статистический метод
7. Разработать и обосновать механизмы совершенствования системы оказания СМП в новых экономических условиях	Все указанные	Все указанные

* Отраслевая и федеральная статистическая отчетность – здесь и далее: форма № 40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»; форма № 30 «Сведения о медицинской организации».

**ТПГГ - территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Разработка МЭС СМП строилась на основе Распоряжения Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 04.05.2009 № 265-р «Об утверждении Порядка разработки медико-экономических стандартов Санкт-Петербурга», Распоряжения Комитета по здравоохранению от 30.01.2009 № 40-р «Об утверждении методических рекомендаций «Технология разработки медико-экономических стандартов Санкт-Петербурга» и осуществлялась в программе «Эксперт-МЭС».

Использованы методы статистического анализа результатов исследования с помощью персонального компьютера (ACER Aspire MC605 с операционной системой Windows 8) и пакетов прикладных программ для создания баз данных и статистической обработки (Microsoft Office Excel 2007.Irk; STATISTICA for Windows (версия 10 Лиц. ВХХR310F964808FA-V), SPSS Statistics 17.0). Результаты статистических сводок и группировок оформлены в виде статистических таблиц и в графической форме.

Базой исследования принята система оказания СМП всех субъектов РФ (в 2010-14 гг. их было 83) и более детально - Санкт-Петербурга.

В третьей главе представлен анализ ресурсного (материально-технического и кадрового) обеспечения подразделений СМП и важнейшие показатели их деятельности в динамике 2010-2015 гг. Основными направлениями развития системы оказания СМП в Российской Федерации являются структурная реорганизация, оптимизация затрат на ее оказание, переход от экстенсивного к интенсивному пути развития.

Об этом свидетельствует динамика показателей за 6 лет. Наблюдалось снижение числа станций (отделений) СМП на 13,1%, что связано с процессами укрупнения станций, централизацией управления.

Уменьшение числа МО СМП сопровождалось уменьшением числа выездных бригад (смен) СМП на 10,1% при росте численности обслуживаемого населения на 5,0% (7,4 млн), увеличении среднесуточной нагрузки на бригаду на 7,6%. Изменение состава и профильности выездных бригад СМП заключалось в увеличении доли фельдшерских бригад до 66,5%

при снижении доли врачебных бригад. Эта динамика в значительной степени обусловлена изменениями кадрового состава персонала СМП – фактическим уменьшением числа врачей СМП, заменой врачебных бригад на фельдшерские.

Состояние кадровых ресурсов СМП в 2015 году характеризовалась общим дефицитом физических лиц 30,3% (73,8 тыс.), в том числе, врачебного персонала (дефицит 51,5%), среднего медицинского персонала (дефицит 26,4%), высокими показателями совместительства. Динамика 2010-2015 гг. показывает незначительный общий рост персонала СМП (на 0,8%) при снижении числа врачей СМП на 17,8% (3,4 тыс.).

Переход на фельдшерский вариант оказания СМП, снижение профессионального уровня выездных бригад сопровождается расширением показаний к госпитализации в условиях СМП. Это компенсируется медицинской сортировкой, диагностическими возможностями и койками скорой медицинской помощи стационарного этапа СМП, что позволяет сократить поток непрофильных больных на специализированные отделения многопрофильного стационара, способствуя повышению эффективности использования коечного фонда и ресурсов. Разработка и внедрение современной технологии стационарного этапа СМП стали значимым событием 2010-2015 гг.

Важнейшей составляющей ресурсного обеспечения медицинских организаций СМП является автотранспорт. Отмечен рост его общей численности за 2010-2015 гг. на 4,4% (в 2015 г. он насчитывал 20260 ед.), а также повышение классности используемых транспортных средств: более половины составили АСМП класса В (общепрофильные; 60,6%), более трети – класса А (транспортные; 33,1%) и 6,3% - класса С (реанимобили). Характерным было «омоложение» автопарка СМП (доля АСМП со сроком эксплуатации до 3-х лет увеличилась с 17,0% до 32,2%), темпы которого, тем не менее, уступали темпам его «старения» (доля АСМП старше 5-и лет выросла с 23,0% до 46,5%). Несмотря на усилия по обновлению автопарка СМП, предпринятые, в том числе, в рамках приоритетного Национального

проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения, негативная тенденция увеличения числа автомобилей со сроком эксплуатации более 5-и лет и их доли в автопарке СМП, сохранялась в течение всего периода.

Процесс автоматизации и информатизации медицинских организаций СМП характеризовался увеличением числа АСУ СМП с 377 до 919 единиц (на 143,8%), однако, составил только 35,6% требуемого уровня.

В подавляющем большинстве субъектов РФ представленные структурные изменения носили общий характер и отражали общие тенденции развития системы оказания СМП в Российской Федерации.

Среди объемных показателей отмечено уменьшение числа выездов бригад СМП на 3,8% (с 47,5 млн в 2010 г. до 45,9 млн в 2015 г.), которое наблюдалось, в том числе, за счет сокращения случаев нерационального, непрофильного и нецелевого использования сил и средств подразделений СМП. В структуре обращаемости существенным являлось возрастание доли родов и патологии беременности (на 66,9%), что связано с демографическими изменениями в стране. Показатель госпитализации оставался стабильным на протяжении последних лет и составил в 2015 г. 23,4% (10,7 млн); среди детей он несколько выше – 26,2% (2,1 млн). Число безрезультатных выездов бригад СМП превышало 2,3 млн и приближалось к 5% от общего количества выездов.

Статистика сосудистых заболеваний зафиксировала более 1,0 млн обращений в год с ОИМ и ОЦВБ. Отмечено возрастание частоты проведения тромболизисов при ОИМ с 2,8% до 6,6%, а также их общего количества на 108,7% (с 6533 ед. в 2010 г. до 13632 ед. в 2015 г.). При этом летальность от ОИМ и ОЦВБ в условиях СМП снизилась с 0,22% в 2010 г. до 0,14% в 2015 г.

Повышение оперативности работы бригад СМП (на 4,5% доли вызовов с 20-минутным доездом) характеризовалось следующим распределением интервалов доезда до места вызова: «до 20 мин» - 86,9% вызовов, «21-40 мин» - 9,4% вызовов, «41-60 мин» - 2,3% вызовов, доезд «более 60 мин» - 1,3% вызовов. При ДТП показатели оперативности были выше (93,2%; 5,8%; 0,8%; и 0,2%, соответственно), что связано с особой социальной значимостью и приоритетным обслуживанием этой категории вызовов.

В четвертой главе представлены данные социологического исследования по изучению особенностей работы медицинских организаций СМП в системе ОМС, оно проходило в 2 этапа (2013 и 2015 гг.) и позволило оценить их готовность (нормативную правовую, организационную, материально-техническую, кадровую) к работе в новых экономических условиях, выявить основные проблемы и определить пути их решения. Основными проблемами переходного периода были кадровые (92,0%), нормативного обеспечения (84,0%), идентификации пациентов и определения их страховой принадлежности в условиях СМП (72,0%), дефицита автоматизации и информатизации МО СМП (72,0%), профессиональной подготовки персонала к работе в ОМС (34,0%), непрофильной работы бригад СМП (22,0%), несоответствия статистического инструментария СМП требованиям ОМС (20,0%), учета и оплаты безрезультатных вызовов (18,0%), финансирования (12,0%). Однородность выборок была оценена с использованием непараметрического критерия Кокрена (Q). Корреляционный анализ по ряду показателей выявил связь большинства проблем с дефектами нормативного правового, методического сопровождения и материально-технического обеспечения деятельности медицинских организаций СМП в новых условиях финансирования.

Два года работы в системе ОМС позволили МО СМП решить значительную часть вопросов структурно-организационного характера, на практике разобраться и адаптироваться к особенностям работы в новой системе финансирования. Тем не менее, ряд проблем сохранил свою актуальность и в 2015 г. Среди них наиболее значимыми оставались кадровые (их отметили 90,0% руководителей МО СМП), существенные объемы непрофильной работы (56,0%), финансирования (50,0%). Результаты опроса подчеркнули актуальность настоящего исследования.

В пятой главе на основе данных территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТППГ) и результатов их реализации проведены оценка и обоснование эффективности используемых моделей финансирования СМП в системе ОМС

(способов оплаты СМП) в субъектах РФ с различным уровнем финансового обеспечения ТПГГ. Изучены организационные, финансово-экономические и психологические факторы повышения эффективности работы МО СМП, реализуемые при использовании различных способов оплаты СМП в субъектах РФ. Среди них: заинтересованность в оказании оптимального объема медицинской помощи и обеспечении ее качества; возможность прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи; рациональное использование и контроль потребления ресурсов; формирование экономического интереса медицинских работников; особенности планирования, учета и контроля деятельности МО СМП. И, если способ оплаты СМП по подушевому нормативу обеспечивает гарантированный поток денежных средств вне зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи, то оплата за вызов СМП является способом оплаты СМП, наиболее точно отражающим зависимость объемов средств, направляемых на оплату медицинской помощи, от объемов оказанной медицинской помощи, способна более полно обеспечить доступность, оперативность и качество СМП. Важной составляющей его являются дифференцированные тарифы, позволяющие возмещать затраты МО на оказание СМП и дающие возможность маневрировать имеющимися средствами, направляя их на самые приоритетные направления работы. Таким образом, выбор способа оплаты медицинской помощи в СМП создает условия для формирования структуры и объемов медицинской помощи, а также повышения ее доступности и качества, может быть реальным механизмом роста эффективности работы.

Способ оплаты СМП связан с уровнем финансового обеспечения ТПГГ субъектов РФ, его обоснованный выбор обеспечивает эффективность работы МО СМП. В 2013 г. субъекты РФ реализовали все предложенные Программой государственных гарантий способы оплаты СМП: 28,9% - по подушевому нормативу финансирования, 26,5% – оплату за вызов СМП, 44,6% - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов СМП (смешанный вариант). Этот выбор был не всегда оптимальным, что обусловлено причинами финансового, организационного и психологического

характера, среди которых значение имели: дефицит финансового обеспечения в большинстве (58) субъектах РФ; дефекты нормативного и организационно-методического сопровождения; дефицит квалифицированных управленческих кадров; потребность в стандартизации и тарификации услуг СМП; отсутствие опыта, стремление снизить организационные и финансовые риски, пойти по наиболее простому (гарантированному) пути финансового обеспечения.

В условиях достаточного финансирования оплата за вызов СМП была бы оптимальным вариантом оплаты СМП при наличии дифференцированных тарифов на вызовы СМП. В то же время повсеместное снижение объемных показателей работы бригад СМП, обусловленное, в том числе, и причинами финансово-экономического, материально-технического и кадрового дефицита создает определенные риски финансирования в некоторых регионах страны (наиболее дефицитных). Снижение этих рисков возможно при наличии гарантированного финансового обеспечения определенных объемов оказания СМП. Поэтому в современных условиях смешанный вариант оплаты СМП в этих регионах является более целесообразным. Он позволяет МО СМП уверенно работать в режиме ожидания вызова с гарантированной оплатой труда персонала, что важно для оперативной службы, имеющей социальное значение.

В шестой главе представлены оценка и обоснование закономерностей развития системы оказания СМП, обусловленных использованием различных способов оплаты СМП в Российской Федерации. Прослежена динамика структурных, объемных, оперативных и кадровых показателей СМП в субъектах РФ при переходе к финансированию в системе ОМС. При оценке *структурных* показателей в подавляющем большинстве субъектов РФ изменения эти носили общий характер, отражали общие тенденции развития системы оказания СМП в РФ (совершенствование системы управления, модернизация материально-технической базы, оптимизация затрат МО СМП, переход от экстенсивного к интенсивному пути развития) и не имели выраженной связи с особенностями финансирования. При этом динамика *объемных, оперативных и кадровых* показателей работы МО СМП в субъектах РФ показала статистически значимую связь со способом оплаты СМП.

На фоне общего снижения числа выездов бригад СМП (на 1,5 млн, 3,3%) и снижения числа лиц, которым оказана СМП при выездах (на 1,6 млн, 3,4%) за 2012-2013 гг. в субъектах РФ с оплатой за вызов СМП отмечено наименьшее снижение и числа выездов бригад СМП, и числа лиц, которым оказана СМП: -0,5% и -0,6%, соответственно. В субъектах РФ с подушевым нормативом финансирования СМП число выездов бригад СМП уменьшилось на 3,1%, а число лиц, которым оказана СМП – на 3,4% ($p < 0,01$). Число безрезультатных выездов в РФ сократилось на 0,8%, в том числе в субъектах РФ с оплатой за вызов – на 3,0%, а в субъектах с подушевым финансированием – на 0,5%. Число непрофильных выездов для медицинского обслуживания спортивных и культурно-массовых мероприятий в РФ уменьшилось на 11,6%. Причем, в субъектах с подушевым финансированием СМП число таких дежурств сократилось на 5,6%, а в субъектах с оплатой за вызов СМП – на 16,5% ($p < 0,01$).

В 2013 г. субъекты РФ с оплатой за вызов СМП имели более высокие показатели оперативности работы, чем субъекты РФ с подушевым нормативом финансирования, а также выраженную положительную динамику показателей оперативности за 2012-2013 гг.: доля вызовов с доездом бригад «до 20 мин» выросла на 4,2% при снижении других интервалов доезда (динамика этого показателя при других способах оплаты СМП была отрицательной).

В итоге, в подавляющем большинстве субъектов РФ при выполнении объемных и оперативных показателей, когда одним из ведущих принципов является наличие внутренних стимулов медицинских организаций к повышению эффективности работы, выявленные изменения отражали: 1) при оплате за вызов СМП - заинтересованность МО СМП в выполнении объемных показателей работы (увеличении количества вызовов при оплате за каждый вызов и наличии тарифов на определенные виды услуг; в ряде случаев – готовность нести дополнительную нагрузку); стремление к повышению результативности работы; реализации страховых принципов (заинтересованность в идентификации пациентов и определении их страховой

принадлежности); целевому и рациональному использованию средств ОМС; освобождение от выполнения несвойственных (непрофильных) функций; повышение доступности (оперативности) СМП и интенсивности труда; 2) при использовании подушевого норматива финансирования СМП подобные механизмы отсутствовали, но отмечена заинтересованность в снижении количества вызовов и одновременно - готовность выполнять не тарифицированную и не оплачиваемую в системе ОМС работу (результат отсутствия экономической заинтересованности в результатах своего труда).

В соответствии с общими тенденциями развития *кадрового* обеспечения МО СМП в РФ переход к новой системе финансирования сопровождался снижением общей численности персонала за счет уменьшения числа врачей, младшего и среднего медицинского персонала. Наиболее отчетливо эти процессы прослеживались в субъектах РФ с подушевым нормативом финансирования. Самыми благополучными в решении кадровых вопросов были субъекты РФ, использующие оплату за вызов СМП, что проявлялось: в наблюдаемой оптимизации штатных расписаний – сокращении общего количества штатных и занятых единиц, а также физических лиц преимущественно за счет персонала, который непосредственно не участвует в оказании медицинской помощи (санитаров, водителей, прочего персонала); при этом численность основного кадрового ресурса (врачей и фельдшеров СМП) при данном способе оплаты СМП сохранялась в наибольшей степени; характерными были также самые высокие значения показателей укомплектованности физическими лицами врачей и фельдшеров СМП в 2013 г. (49,5% и 80,8%, соответственно; при подушевом нормативе – 41,6% и 69,0%, соответственно); минимальная динамика снижения этих показателей в 2012-2013 гг.; наименьшие коэффициенты совместительства должностей среди врачей и фельдшеров СМП (1,49 и 1,18, соответственно; при подушевом нормативе – 1,87 и 1,33, соответственно). В соответствие с имеющимися кадрами соотношение врачебных и фельдшерских бригад в медицинских организациях СМП составило: с подушевым нормативом финансирования – 1:2,05; при оплате за вызов СМП – 1:1,14; при смешанном варианте оплаты – 1:1,64.

Таким образом, динамика *объемных, оперативных и кадровых показателей* работы медицинских организаций СМП в субъектах РФ с оплатой за вызов СМП была более позитивной, чем в субъектах РФ с подушевым нормативом финансирования СМП ($p < 0,01$).

Седьмая глава посвящена вопросам доступности и качества оказания скорой медицинской помощи. Для решения задач исследования был использован комплекс методов.

Проведено социологическое исследование «Изучение мнения пациентов о доступности и качестве скорой медицинской помощи» среди пациентов Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, доставленных бригадами СМП ($n=450$). Средняя оценка доступности СМП составила $4,3 \pm 0,09$, причем, оценка «5» (по пятибалльной шкале) выставлена в 49,6% случаев. Средняя оценка качества составила $4,48 \pm 0,08$, оценка «5» выставлена в 60,3% случаев. Корреляционный анализ выявил связь показателей доступности и качества ($r_{xy} = +0,54$). Если доступность СМП воспринимается пациентами как сама возможность вызвать бригаду СМП ($r_{xy} = +0,57$) (при этом определяющая роль была у диспетчера, принимающего решение о направлении бригады), то качество оценивалось на основании субъективной оценки отношения врача ($r_{xy} = +0,70$) и фельдшера ($r_{xy} = +0,72$) СМП к пациенту без связи с объемами и сроками проведения лечебно-диагностических мероприятий, в чем пациенты были некомпетентны. В 30,0% случаев пациенты высказали конкретные жалобы к работе персонала, которые были связаны с доступностью, этическими и организационными аспектами работы. Определение однородности выборок (9-и групп замечаний) проводилось с использованием непараметрического критерия Кокрена (Cochran) (Q). Таким образом, удовлетворенность пациента оказанными медицинскими услугами – один из важных компонентов качества медицинской помощи, который далеко не всегда требует дополнительных затрат времени, усилий и ресурсов, являясь, тем не менее индикатором благополучия системы здравоохранения в целом.

Анализ используемых показателей работы выявил существенную их ограниченность с точки зрения дальнейшего развития МО СМП. Для поиска наиболее значимых индикаторов доступности и качества СМП был использован метод экспертных оценок - метод организации работы со специалистами-экспертами СМП и обработки мнений экспертов. В качестве экспертов выступили руководители МО СМП, главные специалисты СМП различных регионов страны (n=76), им предлагалось оценить по 5-и бальной системе 51 показатель с точки зрения влияния его на достижение оптимальных объемных показателей работы, доступность и качество СМП. Обработка результатов проведена с использованием метода весовых коэффициентов (с последующим выделением групп индикаторов по степени приоритета (влияния)) и метода кластерного анализа (иерархического кластерного анализа с пошаговым алгоритмом разбиения выборки на группы по направлениям влияния на работу подразделений СМП и степени выраженности этого влияния) (рисунки 3, 4).

Наиболее значимыми стали: обеспеченность бригадами СМП и характер их использования (соответствие общего количества бригад численности населения обслуживаемой территории, в первую очередь фельдшерских и врачебных общепрофильных; среднесуточная нагрузка на бригаду СМП); состояние автопарка СМП (соответствие общего числа автомобилей СМП расчетным показателям).

Наглядность и информативность их в дальнейшем апробирована при оценке реальных показателей работы СМП. Отмечен дефицит общепрофильных бригад и даже снижение их количества (на 13,6%); дефицит автомобилей СМП класса В, использование автомобилей ненадлежащего класса; увеличение нагрузки на МО СМП (рост численности прикрепленного населения на 1 общепрофильную бригаду на 17,5%); повышение интенсивности труда (рост среднесуточной нагрузки на 1 общепрофильную бригаду на 15,0%), в том числе сверхнормативной, что создает угрозу доступности и качеству скорой медицинской помощи.

Факторные показатели		Результирующие показатели (весовые коэффициенты)		
Группы показателей	Показатели СМП	Объемные показатели работы СМП	Доступность СМП	Качество оказания СМП
1	2	3	4	5
1. Обеспеченность бригадами СМП и характер их использования	1.1 соответствие общего количества бригад численности населения обслуживаемой территории, в том числе:	0,0421	0,0351	0,0224
	1.1.1 фельдшерских	0,0396	0,0305	0,0212
	1.1.2 врачебных общепрофильных	0,0383	0,0299	0,0237
	1.1.3 специализированных	0,0325	0,0233	0,0226
	1.2 среднесуточная нагрузка на бригаду СМП	0,0474	0,0327	0,0243
1.3 профильность использования бригад СМП	0,0235	0,0186	0,0236	
1.4 объемы непрофильной работы (дежурства на мероприятиях, плановые перевозки, амбулаторные больные и др.)	0,0428	0,0258	0,0157	
2. Состояние автопарка СМП	2.1 соответствие общего числа автомобилей СМП расчетным показателям	0,0412	0,0314	0,0208
	2.2 соответствие класса автомобилей СМП профилю бригад (в соответствии с Порядком оказания СМП):	0,0176	0,0191	0,0248
	2.2.1 класса А (транспортных)	0,0145	0,0139	0,0205
	2.2.2 класса В (общепрофильных)	0,0168	0,0191	0,0243
	2.2.3. класса С (реанимобилей)	0,0143	0,0169	0,0232
2.3 обеспеченность автомобилями СМП со сроками эксплуатации < 5 лет	0,0262	0,0259	0,0133	
3. Оснащенность бригад СМП	3.1 оборудованием	0,0072	0,0063	0,0274
	3.2 медикаментами	0,0073	0,0064	0,0274
	3.3 медицинскими изделиями	0,0067	0,0058	0,0272
4. Обеспеченность средствами связи	4.1 рациями	0,0174	0,0309	0,0126
	4.2 мобильной связью	0,0189	0,0331	0,0149
5. Состояния информатизации и автоматизации службы СМП	5.1 наличие автоматиз. систем управления выездными бригадами СМП	0,0153	0,0281	0,0137
	5.2 наличие системы навигации	0,0129	0,0303	0,0127
	5.3 наличие централизованных диспетчерских служб (оперативных отделов)	0,0177	0,0278	0,0118
	5.4 наличие круглосуточных дистанционных консультативных отделов	0,0149	0,0107	0,0216

Рисунок 3 Весовые коэффициенты показателей работы СМП (фрагмент) (показателей – 51; число наблюдений – 76; оттенками серого цвета обозначены уровни приоритета (значимости) показателя по убыванию от светлого к темному).

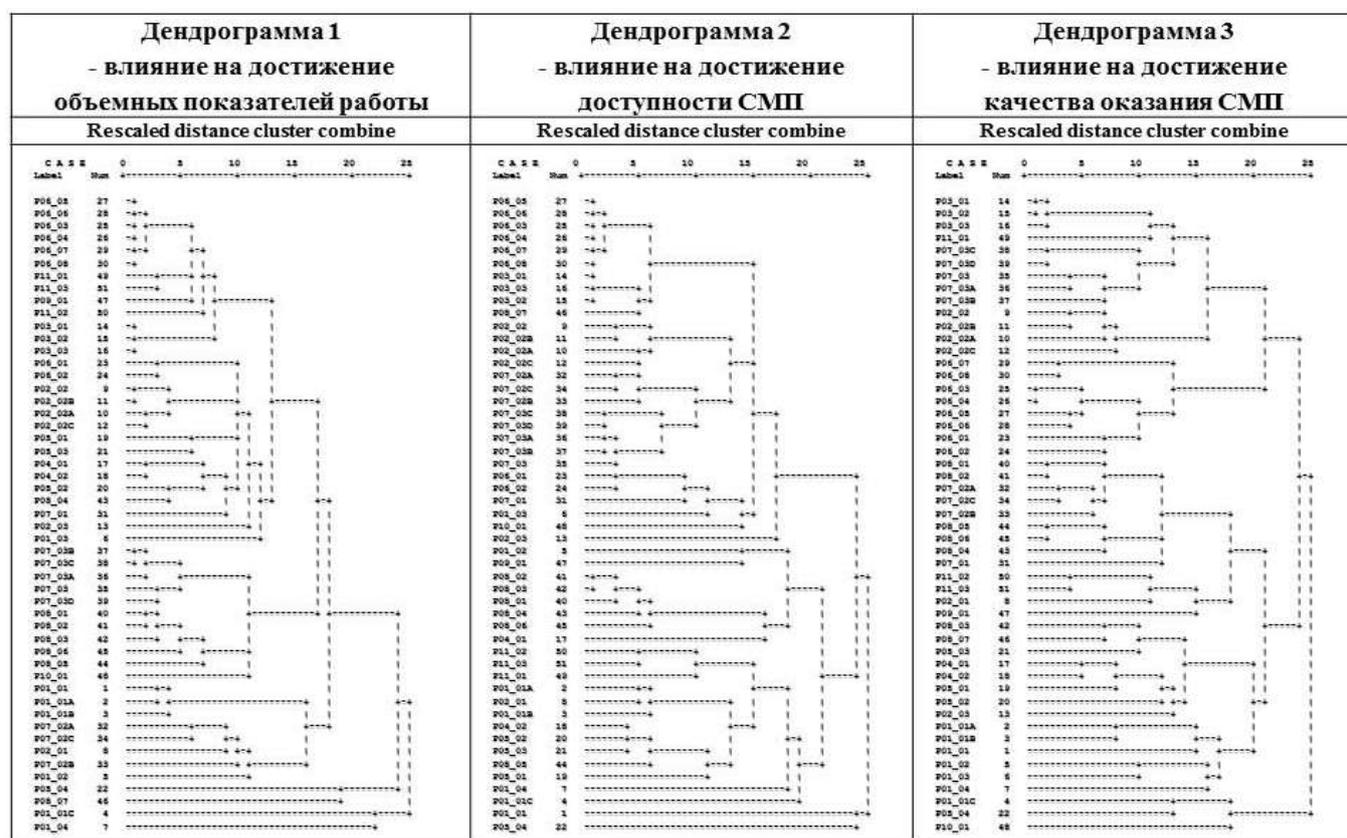


Рисунок 4 – Результаты кластерного анализа по определению влияния (значимости) показателей СМП (показателей – 51; число наблюдений – 76).

Критерии доступности и качества – важные показатели эффективности реализации ТПГГ. В 2013 г. ими стали: «количество вызовов СМП в расчете на 1 жителя, число лиц, которым оказана СМП»; «доля лиц, которым СМП оказана в течение 20 минут после вызова, в общем числе лиц, которым оказана СМП». Важно отметить, что целевые значения существенно варьировали в ТПГГ разных субъектов РФ: по первому критерию от 0,440 до 0,276 в расчете на 1-го жителя, по второму от 98,6% до 25,0%. В 2013 г. целевых значений по первому критерию достигли 75,9 % субъектов РФ, а по второму – 68,7 %.

Нами проведена оценка эффективности реализации ТПГГ по достижению целевых показателей критериев доступности и качества СМП в субъектах РФ с различными условиями финансирования и обоснованы определяющие их факторы. В регионах с достаточным финансовым обеспечением ТПГГ число субъектов РФ, достигших целевых значений было достоверно больше, чем субъектов РФ, не достигших этих показателей (по первому критерию - в 2,1 раза, по второму критерию - в 1,8 раза) ($p < 0,01$). Влияние способа оплаты СМП доказано в отношении критерия «Количество вызовов СМП в расчете на 1 жителя»: он достоверно чаще был достижим в субъектах РФ с оплатой за вызов СМП, чем при смешанном варианте финансирования.

Результатом исследования стал вывод о многофакторности достижения целевых значений критериев доступности и качества ТПГГ в МО СМП, к ним следует отнести региональные особенности работы (географические, климатические, демографические, организационные, инфраструктурные особенности зоны обслуживания). При этом финансово-экономические факторы (уровень финансового обеспечения ТПГГ субъекта РФ и способ оплаты СМП) играли значимое, но не определяющее значение.

Этапом изучения доступности и качества СМП стала экспертная работа по оценке состояния качества оказания СМП. В результате анализа 1200 Карт вызова СМП надлежащее КМП при лечении больных выявлено в 45,8% случаев, ненадлежащее – в 54,2% ($p < 0,01$). В структуре ненадлежащего

качества преобладали дефекты оказания медицинской помощи I (76,2%) и II (22,3%) классов (вместе - 98,5% случаев ненадлежащего качества), наиболее значимым негативным следствием которых является влияние на процесс оказания помощи и ресурсы здравоохранения, а также их оценку. По частоте среди дефектов оказания медицинской помощи 1-е место заняли дефекты сбора информации о пациенте (70,6%), 2-е место - дефекты преемственности при оказании медицинской помощи (59,8%), 3-е место - дефекты лечения (53,1%), 4-е место – дефекты оформления диагноза (48,4%); все они были связаны между собой и являлись свидетельством несоблюдения государственных гарантий медицинской помощи надлежащего качества.



Рисунок 5 Системный процессный подход к оказанию СМП

Полученные данные свидетельствуют о необходимости создания эффективной системы управления качеством медицинской помощи в системе оказания СМП – многоуровневой системы принятия и реализации управленческих решений, цель которой – получить наилучший результат при любом уровне финансирования, материально-технического и кадрового

обеспечения, с учетом опыта и методической основы международных стандартов качества (системного процессного подхода, многоуровневого порядка контроля, непрерывного внутреннего аудита, автоматизированной технологии экспертизы, использования индикаторов качества - структуры, процесса и результата деятельности МО СМП) (рисунок 5).

При этом особенностями работы являются: высокая ресурсоемкость (значительная зависимость от уровня кадрового и материально-технического обеспечения - состояния автопарка, средств связи, автоматизации и информатизации, медицинского оснащения - качества вспомогательных процессов); оперативный характер работы, предъявляющий требования к срокам и характеру экспертных действий и управленческих решений.

В восьмой главе дана оценка эффективности стандартизации и тарификации услуг СМП. В условиях ограниченных ресурсов стандарты выступают в качестве ресурсосберегающего инструмента, обеспечивающего качество медицинской помощи и защиту прав пациентов, являясь также критерием качества, эталоном структуры, процесса и результата. Зачастую препятствием для внедрения той или иной технологии или услуги является экономическая сторона вопроса – высокая стоимость отдельных компонентов ее оказания (таблица 2).

Таблица 2

Структура базовых тарифов на оплату скорой медицинской помощи (рублей)

№ стр.	Вид тарифа	Доля средств в структуре тарифа:		
		Оплата труда	Лек. средства и мед. изделия	Прочие расходы
1.	Вызов СМП	84,0%	3,0%	13,0%
2.	Вызов СМП с тромболизисом	3,0%	96,0%	1,0%
3.	Вызов СМП для медицинской эвакуации	46,9%	4,9%	48,2%

Выявлена положительная динамика процесса внедрения дифференцированных тарифов и их эффективность в МО СМП (таблица 3). Дифференцированные тарифы позволяют более гибко проводить финансовую политику, добиваться справедливого и рационального перераспределения

денежных средств, возмещать затраты на оказание дорогостоящих услуг СМП, обеспечивать наиболее приоритетные направления работы, не выходя за рамки пределов плановых объемов медицинской помощи и финансовых средств.

Таблица 3
Данные о динамике тарификации услуг СМП в субъектах РФ, 2013-2015 гг.

Показатели (виды тарифов)	Число субъектов РФ			Динамика 2013-15 гг.	
	2013	2014	2015	Абс. знач.	%
Дифференциация по составу бригад (врачебные, фельдшерские)	36	41	42	6	16,7
Дифференциация по профилю бригады (общепрофильные, педиатрические и др.)	10 ¹	29	31 ²	21	210,0
Тариф на тромболитическую терапию	12 ³	27	28 ⁴	16	133,3
Тариф на медицинскую эвакуацию	13	11	14	1	7,7

^{1-2, 3-4} Достоверность различий ($p < 0,01$).

В исследовании показано, что использование тарифа на проведение тромболитической терапии в субъектах РФ явилось стимулирующим фактором внедрения этой современной технологии в работу МО СМП, способствовало приведению алгоритма оказания медицинской помощи больным с острым и повторным инфарктом миокарда в соответствие с утвержденными стандартами, повышению качества оказания медицинской помощи данной категории больных: число проведенных тромболитических терапий выросло на 39,9%, а частота его проведения – на 50,8% (в Санкт-Петербурге – на 93,4% и 102,8%, соответственно) ($p < 0,01$).

В итоге, обоснованы механизмы совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи в новых экономических условиях (в системе ОМС), ими стали: способы оплаты СМП, уровень финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, управление качеством в системе оказания СМП, стандартизация и тарификация ее услуг, отмечено их дифференцированное использование и влияние на эффективность работы медицинских организаций СМП (рисунок 6, таблица 4).



Рисунок 6. Механизмы совершенствования системы оказания СМП

Таблица 4
Особенности применения механизмов совершенствования системы оказания СМП

Механизмы совершенствования системы оказания СМП		Объемные показатели работы МО СМП		Уровень финансового обеспечения ТПГГ	
		Высокие	Низкие	Бездефицитный	Дефицитный
Способ оплаты СМП	по подушевому нормативу финансирования		+		+
	за вызов СМП	+		+	
	смешанный вариант		+		+
Тарификация услуг СМП		+	+	+	+
Система управления КМП		+	+	+	+
Совершенствование материально-технического и кадрового обеспечения		+	+	+	+

Представленные выше механизмы совершенствования системы оказания СМП рассмотрены на примере конкретного субъекта РФ – Санкт-Петербурга.

В рамках выполнения диссертации было разработано 67 медико-экономических стандартов оказания СМП, МЭС проведения тромболизиса тарифицирован и внедрен в практику МО СМП Санкт-Петербурга.

В заключении обобщены итоги проведенного исследования, которые легли в обоснование выводов и практических рекомендаций.

ВЫВОДЫ

1. Анализ нормативной правовой базы, научных исследований по современному состоянию и системным проблемам системы оказания скорой медицинской помощи, ее состояния в динамике последних лет показал возрастающую актуальность вопросов совершенствования организационных и финансово-экономических механизмов развития медицинских организаций СМП в условиях финансового, материально-технического и кадрового дефицита.

2. Основными направлениями современного развития системы оказания СМП в Российской Федерации являются структурная реорганизация, оптимизация затрат на ее оказание, переход от экстенсивного к интенсивному пути развития. Об этом свидетельствует динамика показателей за период 2010-2015 гг. (3 года бюджетного финансирования и 3 года – в системе ОМС), которая отмечает снижение числа станций (отделений) СМП на 13,1% в связи с процессами их укрупнения; уменьшение числа выездных бригад (смен) СМП на 10,1% при росте численности обслуживаемого населения на 5,0% (7,4 млн); рост среднесуточной нагрузки на бригаду на 7,6%; изменение состава и профильности выездных бригад (рост доли фельдшерских бригад до 66,5%). В условиях кадрового дефицита (30,3% в 2015 г.) наблюдается уменьшение числа врачей СМП (на 17,8%), замена врачебных бригад фельдшерскими.

Отмечено уменьшение числа выездов бригад СМП на 3,8% (с 47,5 млн в 2010 г. до 45,9 млн в 2015 г.), в том числе, за счет сокращения случаев непрофильного и нецелевого использования бригад.

3. Переход на фельдшерский вариант оказания СМП, снижение профессионального уровня выездных бригад сопровождается расширением показаний к госпитализации пациентов СМП. Это компенсируется медицинской сортировкой, диагностическими возможностями и койками скорой медицинской помощи стационарного этапа СМП, что позволяет сократить поток непрофильных больных на специализированные отделения многопрофильного стационара, повысить эффективность использования коечного фонда и ресурсов. Поэтому формирование стационарных отделений СМП является сегодня неизбежным этапом развития системы скорой медицинской помощи, обеспечивающим преемственность в ее оказании.

4. Несмотря на улучшение ресурсного обеспечения подразделений СМП, сохраняются проблемы автотранспортного обеспечения, информатизации и автоматизации процессов управления. Автопарк СМП увеличился на 4,4% (до 20260 ед.), отмечалось его обновление: доля автомобилей со сроком эксплуатации до 3-х лет возросла в 1,9 раза (с 17,0% в 2010 г. до 32,2% в 2015 г.). В то же время доля автомобилей со сроком эксплуатации свыше 5-и лет увеличилась в 2,0 раза (с 23,0% в 2010 г. до 46,5% в 2015 г.), темпы обновления «стареющего» автопарка недостаточны.

Обеспеченность автоматизированными системами управления бригад СМП за 2010-2015 гг. возросла с 377 до 919 единиц (+143,8%), при этом она составляет только 35,6% от необходимого уровня (100%).

5. Повышение оперативности работы бригад СМП (доли вызовов с доездом «до 20 мин» - на 4,5%) характеризовалось следующим распределением интервалов доезда до места вызова: «до 20 мин» - 86,9% вызовов, «21-40 мин» - 9,4% вызовов, «41-60 мин» - 2,3% вызовов, «более 60 мин» - 1,3% вызовов. В то же время сохраняются регионы с низкой долей вызовов «20-минутного доезда» (47%-65%).

6. Оценка готовности медицинских организаций СМП к работе в системе ОМС в 2013 г. выявила дефекты нормативного правового, методического и материально-технического обеспечения, первоочередными задачами были: совершенствование нормативного правового регулирования (84,0%), автоматизация и информатизация процессов управления (72,0%), оптимизация процессов идентификации пациентов и определения их страховой принадлежности (72,0%), совершенствование статистического инструментария (20,0%), освобождение от выполнения непрофильных функций (22,0%), решение проблем кадрового дефицита (92,0%). Эти проблемы были актуальны и в 2015 г.

7. Субъекты Российской Федерации реализовали все предложенные Программой государственных гарантий в 2013 г. способы оплаты СМП: 28,9% - по подушевому нормативу финансирования, 26,5% – оплату за вызов СМП, 44,6% - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов СМП. Организационными, финансово-экономическими и

психологическими факторами, реализуемыми при их использовании, были: заинтересованность в оказании оптимального объема медицинской помощи и обеспечении ее качества; возможность прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи; рациональное использование и контроль потребления ресурсов; формирование экономического интереса медицинских работников; особенности планирования, учета и контроля деятельности медицинской организации СМП. Установлено, что выбор способа оплаты медицинской помощи создает условия для формирования структуры и объемов скорой медицинской помощи, а также повышения ее доступности и качества, может быть реальным механизмом роста эффективности работы.

8. Выявлены закономерности развития системы оказания СМП, обусловленные использованием различных способов оплаты СМП. Динамика объемных, оперативных и кадровых показателей работы подразделений СМП в субъектах РФ имела статистически значимую связь со способом ее оплаты: в субъектах РФ с оплатой за вызов СМП она была более позитивной, чем в субъектах РФ с подушевым нормативом финансирования СМП.

В условиях достаточного финансирования и высоких объемных показателей работы дифференцированная оплата за вызов СМП служит оптимальным способом оплаты СМП. Смешанный вариант оплаты СМП (по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов СМП) является целесообразным в субъектах РФ со значительным дефицитом финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий и/или низкими объемными показателями работы.

9. Удовлетворенность пациента оказанными медицинскими услугами СМП, как один из важных компонентов качества медицинской помощи, далеко не всегда требует дополнительных затрат времени и ресурсов. Социологическое исследование установило высокую удовлетворенность пациентов (5 баллов) доступностью СМП в 49,6% случаев, качеством СМП - в 60,3% случаев. Корреляционный анализ выявил прямую связь показателей доступности и качества ($r_{xy}=+0,54$). Если доступность СМП воспринималась пациентами как сама возможность вызвать бригаду СМП ($r_{xy}=+0,57$), то

качество было основано на субъективной оценке отношения врача ($r_{xy}=+0,70$) и фельдшера ($r_{xy}=+0,72$) СМП к пациенту без связи с объемами и сроками проведения лечебно-диагностических мероприятий.

10. Методом экспертной оценки разработаны актуальные критерии оценки работы медицинских организаций СМП, которые оказывают наибольшее влияние на достижение оптимальных объемных показателей работы, а также показателей доступности и качества СМП, и могут быть использованы в качестве индикаторов. Ими являются: обеспеченность общепрофильными бригадами СМП и характер их использования (соответствие их количества численности населения обслуживаемой территории; среднесуточная нагрузка на бригаду); состояние автопарка СМП (соответствие расчетным показателям). Наглядность и информативность их в дальнейшем апробирована при оценке реальных показателей работы подразделений СМП в субъектах РФ, федеральных округах и страны в целом: отмечен дефицит общепрофильных бригад и даже снижение их количества (на 13,6%); дефицит АСМП класса В, использование АСМП ненадлежащего класса; увеличение нагрузки на бригады СМП (рост численности прикрепленного населения на 1 общепрофильную бригаду на 17,5%); повышение интенсивности ее труда (рост среднесуточной нагрузки на 1 общепрофильную бригаду на 15,0%), что создает угрозу доступности и качеству скорой медицинской помощи.

11. Достижение целевых значений критериев доступности и качества, как важных показателей эффективности реализации территориальных программ государственных гарантий, связано не только и не столько с уровнем финансового обеспечения регионов и совершенствованием финансово-экономической политики, сколько с развитием организационных механизмов повышения доступности и качества СМП.

12. Оценка качества скорой медицинской помощи (1200 Карт вызова СМП) выявила ненадлежащее КМП в 54,2 % случаев. В структуре преобладали дефекты оказания медицинской помощи I (76,2%) и II (22,3%) классов (вместе они составили 98,5%), негативным следствием которых является влияние на процесс оказания помощи и ресурсы здравоохранения, а

также их оценку. Среди них отмечались дефекты сбора информации о пациенте (70,6%), преемственности при оказании медицинской помощи (59,8%), лечения (53,1%), дефекты постановки и формулировки диагноза (48,4%); они были связаны между собой и свидетельствовали о несоблюдении государственных гарантий медицинской помощи надлежащего качества.

13. В новых экономических условиях встает вопрос о пересмотре традиционных принципов формирования системы внутреннего контроля качества в организациях СМП, цель которой – получить наилучший результат при каждом заданном уровне финансирования, материально-технического и кадрового обеспечения. В ходе исследования разработаны теоретические и методические основы формирования системы управления качеством в медицинских организациях СМП с учетом многолетнего опыта Санкт-Петербурга и методической основы международных стандартов качества, включающие: системный процессный подход, многоуровневый порядок контроля, непрерывный внутренний аудит, внедрение автоматизированной технологии экспертизы, разработку индикаторов качества. Высокая ресурсоемкость и оперативный характер работы являются специфическими чертами в управлении качеством медицинских организаций СМП.

14. Важным направлением развития системы оказания СМП является стандартизация и тарификация ее услуг. Дифференцированные тарифы позволяют более гибко проводить финансовую политику, добиваться справедливого и рационального перераспределения денежных средств, возмещать затраты на оказание дорогостоящих услуг СМП, обеспечивать наиболее приоритетные направления работы, не выходя за рамки пределов плановых объемов медицинской помощи и финансовых средств. Использование тарифа на проведение тромболитической терапии в субъектах РФ явилось стимулирующим фактором внедрения технологии в работу медицинских организаций СМП: общее количество проведенных ТЛТ в условиях СМП возросло на 108,7%, частота проведения увеличилась с 2,8% до 6,6%. При этом летальность от ОИМ и ОЦВБ в условиях СМП снизилась с 0,22% в 2010 г. до 0,14% в 2015 г.

Использование разработанных медико-экономических стандартов СМП для тарификации услуг СМП позволяет улучшить администрирование финансовых средств, управляемость затратами, внедрить единые стандарты оказания медицинской помощи, оснащения медицинских учреждений, кадрового обеспечения, ввести персонифицированный учет медицинской помощи, оптимизировать расходы на содержание и развитие медицинских учреждений, совершенствовать систему управления качеством медицинской помощи.

15. Действенными механизмами совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи в новых экономических условиях в Российской Федерации являются: способы оплаты СМП в системе ОМС, уровень финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, управление качеством оказания СМП, стандартизация и тарификация услуг СМП.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На федеральном уровне:

1. Для решения вопросов совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации использовать действенные организационные и финансово-экономические механизмы: способы оплаты СМП в системе ОМС, уровень финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, управление качеством оказания СМП, стандартизацию и тарификацию услуг СМП. Предложенные подходы универсальны и могут быть применены в организациях СМП разных регионов страны.

2. Дифференцированно рекомендовать к использованию различные способы оплаты СМП в субъектах РФ. Преимущества способа оплаты за вызов СМП позволяют рекомендовать его внедрение в субъектах РФ с достаточным уровнем финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи и высокими объемными показателями работы. В то же время субъектам РФ со значительным дефицитом финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий и низкими объемными показателями работы целесообразно использовать оплату по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

3. Рекомендовать субъектам РФ осуществлять стандартизацию и тарификацию услуг СМП (формировать дифференцированные тарифы по наиболее приоритетным направлениям работы медицинских организаций СМП).

4. С целью обеспечения максимального осознанного участия производителей медицинских услуг в реформировании здравоохранения, в том числе системы оказания СМП, использовать программу социологического опроса руководителей различных субъектов РФ, апробированную при проведении данного исследования.

5. Представляется целесообразным дополнить Приказ Минздрава России от 28.11.2014 № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» показателями доступности и качества скорой медицинской помощи: обеспеченность общепрофильными бригадами СМП и характер их использования (соответствие их количества численности населения обслуживаемой территории; среднесуточная нагрузка на бригаду); состояние автопарка СМП (соответствие расчетным показателям).

6. При осуществлении программно-целевого планирования, в том числе при корректировке программы развития здравоохранения до 2020 г. (в части, касающейся скорой медицинской помощи) учесть представленные данные о потребности в общепрофильных бригадах, автомобилях СМП, информатизации и автоматизации системы управления, в том числе – с использованием предложенных индикаторов структурного качества; в дальнейшем - применять разработанную методику мониторинга состояния системы оказания скорой медицинской помощи Российской Федерации, позволяющую определить основные проблемы и тенденции ее развития.

На уровне субъектов Российской Федерации и медицинских организаций СМП:

7. Использовать обоснованный дифференцированный подход к выбору способа оплаты СМП в субъекте РФ, стандартизации и тарификации ее услуг.

8. Обеспечить внедрение модели системного многоуровневого контроля качества оказания СМП. Предложенные индикаторы качества использовать для целей внутреннего управления и контроля организаций СМП, определения их рейтинга, оценки эффективности деятельности медицинских организаций, их руководителей.

9. Применять апробированную в исследовании методику социологического исследования (опроса пациентов СМП) для оценки удовлетворенности доступностью и качеством скорой медицинской помощи.

10. Использовать разработанные 67 медико-экономических стандартов оказания СМП для дальнейшей тарификации услуг СМП Санкт-Петербурга, применить их в качестве методической основы для других регионов страны.

11. Материалы исследования рекомендованы к использованию в качестве методической основы в образовательном процессе для подготовки специалистов СМП, организаторов здравоохранения по вопросам планирования, организации, финансирования, контроля деятельности медицинских организаций СМП.

СПИСОК РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ

1. Барсукова, И.М. Поиск индикаторов доступности и качества скорой медицинской помощи //И.М. Барсукова //Скорая медицинская помощь. – СПб. – 2016. - № 3. – С. 4-10 (0,29 п.л., авт. 0,29 п.л.).

2. Барсукова, И.М. К вопросу об аутсорсинге автотранспортной услуги в скорой медицинской помощи //Менеджер здравоохранения. – 2016. - № 6. – С. 27-35 (0,37 п.л., авт. 0,37 п.л.).

3. Барсукова, И.М. Вопросы выбора способов оплаты скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации /И.М. Барсукова //Скорая медицинская помощь. – СПб. – 2014. - № 4. – С. 10-17 (0,33 п.л., авт. 0,33 п.л.).

4. Барсукова, И.М. Скорая медицинская помощь: два года в системе обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] /И.М. Барсукова //Забайкальский медицинский вестник. – 2015. - № 1. – С. 99-104. – Режим доступа: <http://chitgma.ru/zmv2/journal/2015/1/16.pdf> (0,33 п.л., авт. 0,33 п.л.).
5. Барсукова, И.М. Оценка эффективности внедрения тарифа на проведение тромболитической терапии в работу догоспитального этапа скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова //Вестник Северо-Западного гос. мед. университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Том 7, № 1. – С. 122-127 (0,25 п.л., авт. 0,25 п.л.).
6. Барсукова, И.М. Рейтинговая оценка ключевых индикаторов работы скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова //Вестник Северо-Западного гос. мед. университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Том 7, № 4 – С. 94-100 (0,29 п.л., авт. 0,29 п.л.).
7. Барсукова, И.М. Динамика основных показателей работы скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования /И.М. Барсукова //Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2015. - № 3. - С. 189-195 (0,29 п.л., авт. 0,29 п.л.).
8. Барсукова, И.М. Состояние качества медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова, С.О. Глушков //Скорая медицинская помощь. – 2014. - № 3. – С. 8-13 (0,25 п.л., авт. 0,24 п.л.).
9. Барсукова, И.М. Результаты изучения мнения пациентов о качестве и доступности скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина, О.Г. Кисельгоф //Скорая медицинская помощь. – 2015. - № 4.– С. 4-10 (0,29 п.л., авт. 0,25 п.л.).
10. Барсукова, И.М. О совершенствовании показателей доступности и качества скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова //Забайкальский медицинский вестник. - 2016. - № 2. – С.52-58 (0,29 п.л., авт. 0,29 п.л.).
11. Барсукова, И.М. Автопарк скорой медицинской помощи в Российской Федерации /И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, О.Г. Кисельгоф //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 4. – С. 20-28 (0,37 п.л., авт. 0,37 п.л.).
12. Барсукова, И.М. Скорая медицинская помощь детскому населению Российской Федерации /И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, О.Г. Кисельгоф //Скорая медицинская помощь. – 2014. - № 1. – С. 13-19 (0,29 п.л., авт. 0,28 п.л.).
13. Барсукова, И.М. Менеджмент качества в деятельности службы скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова, В.В. Стожаров //Скорая медицинская помощь. – 2014. - № 1.– С. 33-41 (0,38 п.л., авт. 0,37 п.л.).
14. Барсукова, И.М. Статистика ДТП в работе скорой медицинской помощи в Российской Федерации /И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, О.Г. Кисельгоф, О.А. Бумай //Скорая медицинская помощь. – 2014. - № 2.– С. 4-12 (0,38 п.л., авт. 0,37 п.л.).
15. Барсукова, И.М. Финансовое обеспечение службы скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 4. – С. 18-22 (0,2 п.л., авт. 0,19 п.л.).

16. Стожаров, В.В. «Скорая» на пороге ОМС /В.В.Стожаров, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова //Скорая медицинская помощь. – 2012. - № 4. – С. 4-10 (0,29 п.л., авт. 0,25 п.л.).
17. Стожаров, В.В. Скорая медицинская помощь в свете Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 и на плановый период 2014 и 2015 годов /В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 1. – С. 4-9 (0,22 п.л., авт. 0,23 п.л.).
18. Мирошниченко, А.Г. Скорая медицинская помощь в свете Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года. /А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.М. Барсукова //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 2. – С. 4-10 (0,29 п.л., авт. 0,25 п.л.).
19. Мирошниченко, А.Г. Правовые основы работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации /А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, Р.Р. Алимов //Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2013. – Темат. выпуск: Организация здравоохранения. Скорая медицинская помощь, 2 IV-VI 2013. - С.72-77 (0,25 п.л., авт. 0,15 п.л.).
20. Мирошниченко, А.Г. Скорая помощь – 2013: государственные гарантии и целевые показатели в регионах Российской Федерации /А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, О.Г. Кисельгоф //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 3. – С 10-15 (0,25 п.л., авт. 0,25 п.л.).
21. Багненко, С.Ф. Вопросы информатизации и автоматизации работы службы скорой медицинской помощи в Российской Федерации /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 4. – С. 8-12 (0,2 п.л., авт. 0,19 п.л.).
22. Мирошниченко, А.Г. Статистика тромболитической терапии на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи в Российской Федерации /А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, О.Г. Кисельгоф //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 4. – С. 26-29 (0,17 п.л., авт. 0,15 п.л.).
23. Мирошниченко, А.Г. Показатели оперативности работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации /А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, О.Г. Кисельгоф //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 4. – С. 13-17 (0,2 п.л., авт. 0,19 п.л.).
24. Багненко, С.Ф. Современное состояние и перспективы развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации /С.Ф. Багненко, И.П. Миннулин, И.М. Барсукова и др. //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 3. – С. 4-10 (0,29 п.л., авт. 0,25 п.л.).
25. Мирошниченко, А.Г. Настоящее и будущее специализированных бригад скорой медицинской помощи /А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, О.Г. Кисельгоф //Скорая медицинская помощь. – 2014. - № 1.– С. 5-14 (0,42 п.л., авт. 0,4 п.л.).

26. Мирошниченко, А.Г. Основные показатели работы скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга /А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова //Скорая медицинская помощь. – 2014. - № 3. – С. 4-7 (0,17 п.л., авт. 0,16 п.л.).
27. Парфенов, В.Е. Оперативность оказания скорой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и госпитальном этапах /В.И. Парфенов, А.Н. Тулупов, И.М. Барсукова и др. //Скорая медицинская помощь. – 2015. - № 2. – С. 4-9 (0,25 п.л., авт. 0,23 п.л.).
28. Багненко, С.Ф. Стационарное отделение скорой медицинской помощи СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Скорая медицинская помощь. – 2012. - № 4. – С. 72-74 (0,125 п.л., авт. 0,05 п.л.).
29. Багненко, С.Ф. Нормативно-правовое регулирование оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе. /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 1. – С. 19-23 (0,2 п.л., авт. 0,05 п.л.).
30. Парфенов, В.Е. Научно обоснованный расчет коек стационарного отделения скорой медицинской помощи /В.Е. Парфенов, С.Ф. Багненко, И.М. Барсукова и др. //Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 2. - С 72–78 (0,29 п.л., авт. 0,05 п.л.).
31. Багненко, С.Ф. Состояние и перспективы развития медицинского образования специалистов скорой медицинской помощи в Российской Федерации /С.Ф. Багненко, И.П. Миннулин, И.М. Барсукова и др. //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 3. – С. 16-20 (0,2 п.л., авт. 0,05 п.л.).
32. Алимов, Р.Р. Анализ развития нормативного обеспечения оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе /Р.Р. Алимов, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7-2. – С. 344-349 (0,25 п.л., авт. 0,1 п.л.).
33. Алимов, Р.Р. Решение задач государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за счет реорганизации госпитального этапа скорой медицинской помощи /Р.Р.Алимов, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Вестник Северо-Западного гос. мед. университета им. И. И. Мечникова. - 2013. - № 3.- С. 111-118 (0,33 п.л., авт. 0,05 п.л.).
34. Алимов, Р.Р. Обоснование выбора типа математической модели работы госпитального этапа скорой медицинской помощи /Р.Р. Алимов, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова //Скорая медицинская помощь. – 2013. - № 4.– С. 23-25 (0,125 п.л., авт. 0,05 п.л.).
35. Ромашкин-Тиманов, М.В. Состояние хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге в 2013 году /М.В. Ромашкин-Тиманов, А.Е. Демко, И.М. Барсукова и др. //Скорая медицинская помощь. – 2014. - № 2.– С. 38-42 (0,2 п.л., авт. 0,15 п.л.).

36. Парфенов, В.Е. Развитие и внедрение концепции новой организационной технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе /В.Е. Парфенов, И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко //Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015. - № 2. – с. 54-60 (0,29 п.л., авт. 0,28 п.л.).

Другие публикации:

37. Скорая медицинская помощь: национальное руководство; под ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина; разделы: Современное состояние скорой медицинской помощи в Российской Федерации, Организация догоспитального этапа скорой медицинской помощи и режимы его функционирования, Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, Менеджмент качества в деятельности службы скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. —888 с. – С. 31-48, 88-90, 97-102 (37,0 п.л., авт. 1,1 п.л.).Багненко, С.Ф. Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития: методические рекомендации (утв. Минздравом России) /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. - СПб.: Фирма «Стикс». – 2012. – 84 с. (3,36 п.л., авт. 3,35 п.л.).

38. Багненко, С.Ф. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации: методические рекомендации (утв. Минздравом России) /С. Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 56 с. (2,33 п.л., авт. 1,5 п.л.).

39. Багненко, С.Ф. Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития: учебное пособие /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. – СПб.: Фирма «Стикс». – 2012. – 76 с. (3,17 п.л., авт. 3,16 п.л.).

40. Багненко, С.Ф. Организация оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации: учебное пособие /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. – СПб.: Фирма «Стикс». – 2012. - 48 с. (2,0 п.л., авт. 1,15 п.л.).

41. Бойков, А.А. Анализ расхождений диагнозов скорой медицинской помощи с клиническими диагнозами: учебно-методическое пособие /А.А. Бойков, Е.В. Качаев, И.М. Барсукова и др. – СПб.: Фирма «Стикс». – 2012. - 96 с (4,0 п.л., авт. 1,0 п.л.).

42. Стожаров, В.В. Организация работы стационарного отделения скорой медицинской помощи: учебное пособие /В.В. Стожаров, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова и др. – СПб.: Фирма «Стикс». – 2012. - 56 с. (2,33 п.л., авт. 1,0 п.л.).

43. Багненко, С.Ф. Скорая медицинская помощь накануне реформ: состояние скорой медицинской помощи в Российской Федерации 2010-2012 годов. Информационные и аналитические материалы: учебное пособие /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М.

Барсукова и др. - СПб: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. - 144 с. (6,0 п.л., авт. 5,9 п.л.).

44. Мирошниченко, А.Г. Организация деятельности отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания многопрофильного стационара: учебно-методическое пособие /А.Г. Мирошниченко, В.Е. Парфенов, И.М. Барсукова и др. - СПб.: Фирма «Стикс». – 2015. - 25 с. (1,0 п.л., авт. 0,5 п.л.).

45. Александрович, Ю.С. Основы анестезиологии и реаниматологии: учебник для вузов /Ю.С. Александрович, И.М. Барсукова, Б.Н. Богомолов и др.; под ред. Ю.С. Полушина. – Глава 6. Общее представление об организации скорой медицинской помощи /А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова. - СПб.: Изд-во Н-Л, 2014. – 656 с. - С. 612-651 (27,3 п.л., авт. 1,66 п.л.).

46. Ершова, И.Н. М.А. Мессель и его вклад в развитие скорой медицинской помощи Петрограда-Ленинграда в 1922-1973 годы. Исторический очерк /И.Н. Ершова, А.А. Бойков, И.М. Барсукова; под ред. проф. В.Е. Парфенова, проф. И.А. Вознюка //ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. - СПб.:Фирма «Стикс», 2015. – 128 с. (5,33 п.л., авт. 2,5 п.л.).

47. Тулупов, А.Н. Торакоабдоминальная травма /А.Н. Тулупов, Г.И. Синенченко. – Глава 7. Медицинская помощь при торакоабдоминальных травмах на догоспитальном этапе /А.Н. Тулупов, И.М. Барсукова. – СПб.: Фолиант, 2016. – 312 с. – С. 72-74 (13,0 п.л., авт. 0,125 п.л.).

48. Барсукова, И.М. Перспективы создания системы менеджмента качества в службе скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова //Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2015. – № 2. – С. 42-47 (0,25 п.л., авт. 0,25 п.л.).

49. Багненко, С.Ф. Алгоритм динамического наблюдения в отделении краткосрочного пребывания многопрофильного стационара [Электронный ресурс] /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Вестник Башкирского гос. мед. университета. – 2012. - т. 1. — № 1. - С. 62-66. - URL: www.vestnikbgmy.ru (0,2 п.л., авт. 0,05 п.л.).

50. Багненко, С.Ф. Опыт применения медицинской сортировки в стационарном отделении скорой медицинской помощи многопрофильного стационара /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. [Электронный ресурс] //Вестник Башкирского гос. мед. университета. – т. 1. -2012. –№ 1. - С. 57-62. - URL: www.vestnikbgmy.ru (0,25 п.л., авт. 0,09 п.л.).

51. Багненко. С.Ф. История развития стационарного отделения скорой медицинской помощи СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе [Электронный ресурс] /С.Ф. Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Вестник Башкирского гос. мед. университета. – 2012. - т. 1. —№ 1. – С. 70-75. - URL: www.vestnikbgmy.ru (0,25 п.л., авт. 0,05 п.л.).

52. Багненко, С.Ф. Этапы нормативного обеспечения оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе [Электронный ресурс] /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Вестник Башкирского гос. мед. университета. – 2012. - т. – № 1. – С. 75-80. - URL: www.vestnikbgmy.ru (0,25 п.л., авт. 0,05 п.л.).

53. Мирошниченко, А.Г. Время реформ скорой медицинской помощи [Электронный ресурс] /А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова //Вестник Башкирского гос. мед. университета. – 2012. - т. 1. – № 1 – С. 26-31. - URL: www.vestnikbgmy.ru (0,25 п.л., авт. 0,24 п.л.).

54. Мирошниченко, А.Г. Нерешенные вопросы скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] /А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.М. Барсукова //Вестник Башкирского гос. мед. университета. – 2012. - т. 1. – № 1 – С. 20-26. - URL: www.vestnikbgmy.ru (0,29 п.л., авт. 0,25 п.л.).

55. Багненко, С.Ф. Проблемы и перспективы развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации [Электронный ресурс] /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Вестник Башкирского гос. мед. университета. – 2012. - т. 1. – № 1. – С. 11-20. - URL: www.vestnikbgmy.ru (0,42 п.л., авт. 0,4 п.л.).

56. Багненко, С.Ф. Современное состояние службы скорой медицинской помощи в России [Электронный ресурс] /С.Ф. Багненко., А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова //Вестник Башкирского гос. мед. университета. – 2012. - т. 1. – № 1 – С. 7-11. - URL: www.vestnikbgmy.ru (0,2 п.л., авт. 0,15 п.л.).

57. Стожаров, В.В. Нормативно-правовая основа работы скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования /В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. //Актуальные аспекты организации и качества оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе - Екатеринбург: Альфа Принт, 2013. - 400 с. – С. 106-114 (0,38 п.л., авт. 0,20 п.л.).

58. Мирошниченко, А.Г. Первые шаги скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования /А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова //Актуальные аспекты организации и качества оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. - Екатеринбург: Альфа Принт, 2013. – С. 51-57 (0,29 п.л., авт. 0,20 п.л.).

59. Барсукова, И.М. Тарификация транспортных услуг скорой медицинской помощи (медицинской эвакуации) в Российской Федерации /И.М. Барсукова, А.В. Фарсиянц// Экстренная медицина, 2016. - № 3. – С. 336-342 (0,29 п.л., авт. 0,28 п.л.).

60. Барсукова, И.М. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения службы скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова // Научные исследования в медицине: от теории к практике: сб. науч. тр. /МЗ РБ, БелМАПО /под ред. д.м.н., проф. М.А. Герасименко [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2016. – 871 с. – С. 16-25 (0,42 п.л., авт. 0,42 п.л.).

61. Барсукова, И.М. Кадровая политика в службе скорой медицинской помощи Российской Федерации /И.М. Барсукова //Научные исследования в медицине: от теории к практике: сб. науч. тр. /МЗ РБ, БелМАПО /под ред. д.м.н., проф. М.А. Герасименко [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2016. – 871 с. – С. 12-16 (0,20 п.л., авт. 0,20 п.л.).
62. Барсукова, И.М. Переходный период развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации /И.М. Барсукова //Экстренная медицина. – 2015. - № 4 . – С. 8-14 (0,29 п.л., авт. 0,29 п.л.).
63. Барсукова, И.М. Качество медицинской помощи: от теории к практике /И.М. Барсукова, С.О. Глушков //Экстренная медицина. – 2015. - № 2 . – С. 17-23 (0,29 п.л., авт. 0,25 п.л.).
64. Барсукова, И.М. Диагноз скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова, С.О. Глушков //Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 19: сб. науч. трудов; под ред. Н.И. Вишнякова. – СПб.: Первый изд.-полигр. холдинг, 2014. – 420 с. – С. 387-392 (0,25 п.л., авт. 0,23 п.л.).
65. Барсукова, И.М. Скорая медицинская помощь накануне реформ /И.М. Барсукова, А.О. Бумай, С.О. Глушков //Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 19: сб. науч. трудов; под ред. Н.И. Вишнякова. – СПб.: Первый изд.-полигр. холдинг, 2014. – 420 с. – С.397-401 (0,21 п.л., авт. 0,20 п.л.).
66. Барсукова, И.М. Скорая медицинская помощь при ДТП в Российской Федерации /И.М. Барсукова, А.О. Бумай, С.О. Глушков //Актуальные вопросы организации скорой медицинской помощи и медицины катастроф на современном этапе: сб. науч. трудов; под ред. М.А. Герасименко. – Минск: БелМАПО, 2014. – 460 с. – С.75-83 (0,38 п.л., авт. 0,30 п.л.).
67. Барсукова, И.М. О санитарях скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова //Актуальные вопросы организации скорой медицинской помощи и медицины катастроф на современном этапе: сб. науч. трудов; под ред. М.А. Герасименко. – Минск: БелМАПО, 2014. – 460 с. – С.68-74 (0,29 п.л., авт. 0,29 п.л.).
68. Барсукова, И.М. Кадровый вопрос в скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова, О.Г. Кисельгоф //Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». - 2013. - № 4. – С. 53-56 (0,17 п.л., авт. 0,15 п.л.).
69. Барсукова, И.М. Индикаторы качества в службе скорой медицинской помощи /И.М. Барсукова, С.О. Глушков //Медицина и современность. Теория, практика, перспективы. – Ульяновск: Артишок, 2015. – 528с. – С.380-382 (0,125 п.л., авт. 0,10 п.л.).
70. Парфенов, В.Е. Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе /В.Е. Парфенов, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова //Журнал «Здоровье нации (Healthy Nation)». - 2012. - № 4 (11). – С.16-19 (0,125 п.л., авт. 0,10 п.л.).

71. Алимов, Р.Р. Правовое регулирование системы скорой медицинской помощи в Российской Федерации /Р.Р.Алимов, А.Г.Мирошниченко, И.М. Барсукова //Медицина неотложных состояний (Украина). - 2013. - № 8 (55) - с.105-109 (0,21 п.л., авт. 0,15 п.л.).

72. Барсукова, И.М. Тромболизис в условиях скорой медицинской помощи в Российской Федерации /И.М. Барсукова, О.Г. Кисельгоф, А.О. Бумай //Экстренная медицинская помощь в современных условиях: сб. науч. трудов, под ред. Демидчика Ю.Е. — Минск: БелМАПО, 2013. — с. 392 – С.60-65 (0,25 п.л., авт. 0,20 п.л.).

73. Барсукова, И.М. Особенности оказания медицинской помощи при политравме в условиях Санкт-Петербурга /А.Н. Тулупов, И.М. Барсукова //Экстренная медицина. – 2015. - № 2 (14). – С.8-17 (0,42 п.л., авт. 0,20 п.л.).

74. Тулупов, А.Н. Политравма при дорожно-транспортных происшествиях: решенные и нерешенные проблемы в условиях Санкт-Петербурга /А.Н. Тулупов, И.М. Барсукова //Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. – М.- 2015. – № 2. – С. 270-271 (0,08 п.л., авт. 0,04 п.л.).

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АСМП	- автомобиль скорой медицинской помощи
АСУ СМП	- автоматизированная система управления выездными бригадами СМП
ДТП	- дорожно-транспортное происшествие
КМП	- качество медицинской помощи
МО	- медицинская организация
МЭС	- медико-экономический стандарт
ОИМ	острый инфаркт миокарда
ОМС	- обязательное медицинское страхование
ОЦВБ	острая цереброваскулярная болезнь
РФ	- Российская Федерация
СМП	- скорая медицинская помощь
ТЛТ	- тромболитическая терапия (тромболизис)
ТПГГ	- территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.