

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ШЕШУНОВА
РЕГИНА АНДРЕЕВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ
НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Суслин Сергей Александрович

г. Самара, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Список приведенных в диссертации сокращений	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	
	13
1.1. Болезни крови как медико-социальная проблема	13
1.2. Организационные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови.....	23
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	34
ГЛАВА 3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРОВИ ..	44
3.1. Медико-демографическая характеристика Самарской Области	44
3.2. Заболеваемость взрослого населения болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм	46
3.3. Заболеваемость взрослого населения злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	55
3.4. Заболеваемость взрослого населения всеми болезнями крови	61
3.5. Смертность взрослого населения от заболеваний крови	65
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРОФИЛЮ «ГЕМАТОЛОГИЯ»	73
4.1. Первичная специализированная медицинская помощь по профилю «гематология» в амбулаторных условиях	73

4.2. Специализированная медицинская помощь по профилю «гематология» в стационарных условиях	79
4.3. Медико-социологическая характеристика врачей-гематологов	87
4.4. Медико-социологическая оценка организации медицинской помощи пациентами по профилю «гематология»	98
ГЛАВА 5. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ	
5.1. Научное обоснование организации деятельности областного гематологического центра	105
5.2. Моделирование конечных результатов деятельности гематологической службы	117
5.3. Организационная модель совершенствования оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями крови	124
5.4. Оценка результативности организационной модели совершенствования оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями крови	137
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	143
ВЫВОДЫ	149
ПРЕДЛОЖЕНИЯ	152
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	154
ПРИЛОЖЕНИЯ	176

Список приведенных в диссертации сокращений

- ГБ – городская больница;
- ГКБ – городская клиническая больница;
- ГБУЗ СО – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области;
- КМП – качество медицинской помощи;
- ЛСПИ – лаборатория социально-психологических исследований;
- МКБ-10 – международная классификация болезней десятого пересмотра;
- МО – медицинская организация;
- НИИ ГТИН – научно-исследовательский институт гематологии, трансфузиологии и интенсивной терапии;
- ОГЦ – областной гематологический центр;
- ОМС – обязательное медицинское страхование;
- Самарстат – Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Самарской области;
- СамГМУ – Самарский государственный медицинский университет;
- СОКБ – Самарская областная клиническая больница;
- СО МИАЦ – Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования.

Повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи для всего населения является важнейшим фактором улучшения уровня его состояния здоровья и основной целью государственной политики в области здравоохранения. Поступательные социально-экономические процессы являются важными стимулами постоянного развития системы здравоохранения страны, совершенствования его задач и структуры, что отражается на всех ее звеньях, включая как первичную медико-санитарную помощь, так и специализированную (Стародубов В.И. с соавт., 2007, 2013; Вялков А.И. с соавт., 2017; Зудин А.Б., 2017, Комаров Г.А., 2018).

Постановка перед здравоохранением новых целей и задач в рамках реализации государственных программ и национальных проектов также способствует поиску новых механизмов организации и методов управления медицинской помощью населению. Данные проблемы широко освещаются в трудах ведущих отечественных и зарубежных исследователей: А.И. Вялкова (2005, 2015), О.П. Щепина (2006, 2013), В.З. Кучеренко (2005, 2012), А.Л. Линденбратена (2011, 2013), В.О. Щепина (1997, 2006, 2014), Ю.В., Михайловой (2009), В.И. Стародубова (2015), А. Cassels (1995), R.B. Saltman (2001) и др.

Вопросы совершенствования организации и управления специализированной медицинской помощи населению, направленные на повышение ее доступности, своевременности, с учетом территориальных различий, являются актуальными и находят свое отражение в работах ряда авторов, включая Г.М. Гайдарова (2010), Н.В. Данилову (2014), С.А. Никифорова (2009), С.А. Суслина (2014), Р.У. Хабриева (2017), В.О. Щепина (2013) и пр.

Необходимость комплексного решения проблем оказания медицинской помощи населению отражается в действующих национальных, региональных пилотных проектах и программах, направленных на модернизацию и развитие

систем здравоохранения, приоритетные места в которых отводятся снижению смертности населения, ликвидации кадрового дефицита, профилактическим мероприятиям, оптимизации работы медицинских организаций (Стародубов В.И. с соавт. (2007), Медик В.А. (2009), Горбунова И.Б. (2010), Голухов Г.Н. (2011), Шейман И.М. (2011), Шевский В.И. (2015), Еругина М.В. (2016), Какорина Е.П. (2016), Аполихин О.И. (2018) и др.

Изложенные положения в полной мере справедливы в отношении организации медицинской помощи населению по профилю «гематология». За последние десятилетия в гематологии очевиден прогресс, обусловленный успехами молекулярной биологии, иммунологии, биохимии, генетики и других фундаментальных наук. Важное значение в повышении эффективности оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови имеет ее рациональная организация, включающая в себя систему этапного лечения (Жигулева Л.Ю., К.М. Абдулкадыров, 2012; Пospelова Т.И. с соавт., 2013, 2017).

Развитие медицинской помощи по профилю «гематология» на базе многопрофильных стационаров, осуществление приема врача-гематолога в амбулаторных условиях, подготовка высококвалифицированных кадров, совершенствование научных направлений и организация специализированных лабораторий – важные и необходимые организационные подходы, которые могут позволить выйти на передовые позиции в решении фундаментальных и клинических задач, достижения высокого качества диагностики и лечения, своевременного выявления опухолевых и неопухолевых заболеваний крови, снижению смертности больных от гемобластозов. Однако, данные положения реализуются не в полной мере (Жигулева Л.Ю., 2014, 2018; Пospelова Т.И. с соавт., 2014, 2017; Ковынев И.Б. с соавт., 2017).

Степень разработанности темы исследования. Вопросы совершенствования организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови на современном этапе проработаны недостаточно. Ряд

публикаций освещает вопросы эпидемиологии некоторых заболеваний крови, преимущественно гемобластозов (Жигулева Л.Ю., 2014, 2018; Ахмерзаева З.Х. с соавт., 2017 и др.), анемий (Андреичев Н.А., Балеева Л.В., 2009; Богданов А.Н., Мазуров В.И., 2011, 2016 и др.). Часть научных работ посвящена преимущественно клиническим аспектам и оценке качества оказания медицинской помощи по профилю «гематология» (Ковынев И.Б. с соавт., 2017; Жигулева Л.Ю., 2018). В некоторых публикациях встречаются организационные аспекты оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови на уровне медицинской организации или города (Жигулева Л.Ю., 2014, 2018; Поспелова Т.И. с соавт., 2014, 2017). Вместе с тем, необходимы новые организационные подходы к специализированной медицинской помощи по профилю «гематология», во многом основанные на централизации ее оказания в рамках региональной системы здравоохранения с учетом более тесного взаимодействия гематологических подразделений медицинских организаций. Рост заболеваемости и смертности населения от болезней крови, в том числе от гемобластозов, делает актуальным совершенствование системы оказания данного вида специализированной помощи, включая разработку маршрутизации пациентов, внедрение алгоритмов оказания специализированной медицинской помощи, оценку результативности гематологической службы региона в целом.

Вышеуказанные положения предопределили цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови на примере Самарской области.

Для достижения цели поставлены следующие основные **задачи**:

1. Изучить медико-социальные аспекты организации медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями крови.
2. Оценить заболеваемость и смертность взрослого населения от заболеваний крови.

3. Дать оценку организации специализированной медицинской помощи взрослому населению Самарской области по профилю «гематология».

4. Разработать, апробировать и оценить организационную модель совершенствования оказания медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями крови на региональном уровне.

Научная новизна исследования заключается в том, что получена характеристика заболеваемости и смертности взрослого населения от болезней крови, включая злокачественные новообразования крови в динамике на уровне субъекта Российской Федерации.

Изучена система организации специализированной медицинской помощи взрослому населению по профилю «гематология» в условиях региона на основе организационно-управленческого и социологического подходов.

Определены направления совершенствования организации медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями крови, основанные на создании областного гематологического центра, разработке маршрутизации и алгоритма действий медицинских работников, оценке результативности деятельности в рамках организационной модели совершенствования оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области.

Впервые разработана программа мониторинга деятельности гематологической службы взрослого населения Самарской области.

Впервые в рамках организационной модели совершенствования оказания медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями крови разработаны модели конечных результатов деятельности врачей-гематологов и гематологической службы, позволяющие давать количественную оценку с учетом показателей результативности.

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в том, что выявленные тенденции заболеваемости и смертности взрослого населения области и проблемы в организации специализированной помощи по

профилю «гематология» служат информацией для принятия решений органами управления здравоохранением регионального уровня.

В рамках совершенствования системы организации медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями крови разработаны схемы маршрутизации и алгоритм действий медицинских работников на региональном уровне.

Впервые определены критерии результативности работы врачей-гематологов и гематологической службы Самарской области в целом на основе модели конечных результатов.

Материалы, полученные в ходе исследования, позволяют обосновать предложения по совершенствованию оказания специализированной помощи по профилю «гематология» на региональном уровне.

Внедрение результатов исследования в практику:

- материалы диссертации используются в практической работе ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ «Самарская областная больница им. В.Д. Середавина», ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5»;

- данные настоящего исследования реализованы в приказах Министерства здравоохранения Самарской области от 18.05.2015 года № 746 «О совершенствовании оказания медицинской помощи по профилю «гематология» взрослому населению на территории Самарской области», от 18.12.2017 года № 1386 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Самарской области от 18.05.2015 г. № 746 «О совершенствовании оказания медицинской помощи по профилю «гематология» взрослому населению Самарской области»;

- результаты исследования используются в учебно-педагогическом процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Самарского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации.

На результаты диссертационного исследования получено два

свидетельства на объект интеллектуальной собственности:

1. Шешунова Р.А., Суслин С.А. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Программа мониторинга деятельности гематологической службы взрослого населения Самарской области» № 2019610630 от 04.02.2019 г.

2. Шешунова Р.А., Суслин С.А., Шешунов К.С. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Программа моделирования конечных результатов деятельности гематологической службы Самарской области» № 2019616623 от 27.05.2019 г.

Степень достоверности результатов исследования. Достоверность полученных данных и результатов обеспечивается методическими подходами, которые построены на применении научного анализа отечественной и зарубежной литературы по вопросам медико-социальных аспектов болезни крови, формирования и развития гематологической службы в стране. В ходе исследования использованы современные методы, включая аналитический, статистический, социологический, экспертных оценок, организационного моделирования. Математическая обработка материала проведена на персональном компьютере, оснащенный соответствующим программным обеспечением. Анализ массива статистических данных осуществлялся с использованием программ «Медстат», «Мединфо», IBM SPSS Advanced Statistics 24.0 (Разработчик - IBM Corporation. Номер программы: 5725-A54. Номер лицензии: Z125-3301-14. Срок действия лицензии: бессрочная). Для оформления результатов исследования, в том числе графического, использованы программные средства «Word» пакета Microsoft Office.

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты исследования доложены и обсуждены на научно-практических конференциях и совещаниях различного уровня: научно-практических конференциях с международным участием «Аспирантские чтения» (г. Самара, 2016, 2017, 2018); научной конференции «Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии (г.

Самара, 2016); научно-практической конференции «Вопросы управления в развитии системы первичной медико-санитарной помощи. Актуальные вопросы гематологии» (г. Самара, 2017); научных конференциях молодых ученых с международным участием «Здоровье и здравоохранение России» (г. Москва, 2017, 2018), IV Конгрессе гематологов России (г. Москва, 2018); международной конференции «Научные исследования стран ШОС: синергия и интеграция» (г. Пекин, Китай, 2018); межкафедральном совещании Самарского государственного медицинского университета (г. Самара, 2019).

Личный вклад автора заключается в формулировании цели и задач исследования; выборе методов исследования; разработке программы исследования; организации исследования и непосредственного участия в нем; проведении оценки заболеваемости и смертности взрослого населения от болезней крови; характеристики системы организации специализированной медицинской помощи взрослым пациентам по профилю «гематология» в Самарской области; научного обоснования деятельности областного гематологического центра, моделирования конечных результатов деятельности врачей-гематологов и гематологической службы в целом; разработке порядка маршрутизации и алгоритма действий медицинских работников; разработке организационной модели совершенствования оказания медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями крови в Самарской области; участие в разработке программ для ЭВМ по мониторингу гематологической службы, а также по обработке результатов исследования; анализе и обобщении полученных результатов исследования.

Положения, выносимые на защиту:

1. Характеристика уровня и динамики заболеваемости и смертности взрослого населения от болезней крови, включая злокачественные новообразования крови, подтверждает необходимость осуществления организационных подходов к совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи по профилю «гематология» на уровне региональной системы здравоохранения.

2. Оценка организации специализированной медицинской помощи по профилю «гематология», основанная на системном подходе, с учетом данных социологического исследования врачей-гематологов и пациентов гематологических подразделений медицинских организаций выявляет проблемы организации медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями крови.

3. Организационная модель совершенствования оказания медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями крови на региональном уровне, включающая создание областного гематологического центра, маршрутизацию пациентов, алгоритм действий медицинских работников, мониторинг деятельности, позволяет повышать результативность оказания специализированной медицинской помощи по профилю «гематология».

Сведения о публикациях по теме диссертации. По результатам исследования опубликовано 19 научных работ, в том числе три статьи в изданиях, рецензируемых ВАК Министерства науки и высшего образования РФ, две статьи в изданиях Scopus, а также два патента на изобретение.

Связь работы с научными программами. Диссертация выполнена в рамках комплексной темы научно-исследовательской работы кафедры общественного здоровья и здравоохранения и кафедры управления качеством в здравоохранении института профессионального образования Самарского государственного медицинского университета «Научная оценка здоровья населения и научное обоснование организационно-управленческих аспектов качества медицинской помощи, деятельности медицинских организаций в системе здравоохранения» (Регистрационный номер НИОКР 114120870207).

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов и предложений, списка литературы, приложений. Общий объем исследования составляет 191 страницу, содержит одну схему, 17 рисунков и 39 таблиц. Список литературы включает 196 источников, из которых 147 отечественных и 49 зарубежных.

ГЛАВА 1.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Болезни крови как медико-социальная проблема

Болезни крови составляют довольно многочисленную и разнородную группу заболеваний, развивающихся при нарушениях количественного и качественного состава крови, а гематология - раздел медицинской науки, занимающийся заболеваниями системы крови [Абдулкадыров К.М., 2006; Дроздов А.А., Дроздова М.В., 2015; Makani J., Roberts D.J., 2016].

Несмотря на гетерогенность заболеваний крови, их принято делить на две основные группы. Первую группу составляют собственно гематологические заболевания (прежде всего различные анемии, нарушения свертываемости крови, пурпура и др.), которые относятся к III классу «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» (D50-D89) Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Вторая группа представлена опухолевыми заболеваниями системы крови (гемобластозами - злокачественными лимфомами и лейкозами), имеющими рубрики C81-C96 «Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей» II класса МКБ-10 «Новообразования», а также рубриками D45-D48 новообразования неопределенного или неизвестного характера [Руковицын О.А., 2017; Стуклов Н.И. с соавт., 2018].

По данным Росстата (2017) распространенность болезней крови и кроветворных органов растет, причем опережающими темпами относительно распространенности патологии в целом. Так, общая заболеваемость населения России болезнями крови III класса МКБ-10 выросла с 1219,1 случаев на 100 тыс. человек в 2010 году до 1346,9 случаев в 2016 году, или на 10,5%. За этот же период общая заболеваемость населения страны злокачественными болезнями лимфоидной и кроветворной ткани выросла с 17,1 случая на 100

тыс. человек до 19,6 случая, то есть на 14,6%. В то же время, показатели общей заболеваемости населения страны в течение 2010-2016 годов выросли только на 2,1% [37].

Значительную распространенность среди взрослого населения имеют анемии. По данным Росстата (2017) распространенность анемий среди всего населения России выросла с 1570,5 случаев на 100 тыс. жителей в 2010 году до 1637,8 случаев в 2016 году, или на 4,3% [40].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2008) во всем мире анемии подвержено свыше 1,6 миллиарда человек, что соответствует почти четверти населения Земного шара. Наибольшая распространенность анемий среди взрослого населения отмечается у женщин, беременных (у 41,8%) и небеременных (у 30,2%). Наименьшая распространенность анемии наблюдается у мужчин (у 12,7%) [De Benoist V. et al., 2008].

Около 85-90% всех анемий приходится на анемии, связанные с дефицитом железа, реже встречаются анемии при хронических заболеваниях, а также связанные с дефицитом витамина В12 или фолиевой кислоты, гемолитические и апластические анемии [Козловская Л. В. С соавт., 2005; Цветкова О.А., 2009; DeMaeyer E, Adiels-Tegman M., 1985].

Железодефицитная анемия представляет собой самостоятельную нозологическую форму, связанную с питанием и имеющую код D50 в МКБ-10. Распространенность железодефицитной анемии неодинакова в различных странах и зависит от многих факторов, особенно от социально-экономических условий [175].

В развитых государствах примерно 12% женщин страдают железодефицитной анемией, а у четверти наблюдается скрытый дефицит железа. В распространенности анемии имеются возрастные и половые особенности. Наиболее распространена железодефицитная анемия у детей раннего возраста и беременных женщин. В пожилом возрасте половые

различия менее четкие и даже отмечается преобладание мужчин с дефицитом железа [Шехтман М.М., 2000; Heath A.L., Fairweather-Tait S.J., 2002].

Железодефицитная анемия во многом является общенациональной проблемой систем здравоохранения многих стран. Если в европейских государствах и США вопросы, связанные с дефицитом железа, во многом решаются благодаря реализации программы ВОЗ «Гемоглобиновое оздоровление населения», то для ряда стран, включая Российскую Федерацию, дефицит железа остается до настоящего времени серьезной медико-социальной проблемой [Чернов В.М., 2004; Андреичев Н.А., Балеева Л.В., 2009; Andrews, N. C., 2004; Gasche C., Kulnigg S., 2006].

Число больных железодефицитной анемией растет, несмотря на высокий интерес медицинской общественности к этой проблеме и значительный арсенал лекарственных средств. Во многом это связано с дефицитом железа, который зависит от целого ряда факторов: возраста, пола, физиологического и патологического состояния организма, экологических и социально-экономических условий. Кроме того, это может быть связано с неадекватным назначением терапевтических доз, отсутствием достаточного по времени этапа поддерживающей терапии, недостаточно активным проведением профилактических мероприятий в группах риска [Левина А.А. с соавт., 2001; Шостка Г.Д., 2004; Красильникова М.В., 2006; Якунина Н.А., Зайдиева З.С., 2013; Таюпова И.М., 2015; Tefferi, A., 2003; Sinclair, L.M., Hinton, P.S., 2005].

При правильном лечении железодефицитной анемии прогноз благоприятный. Больные железодефицитной анемией должны состоять на диспансерном наблюдении, целью которого являются диагностика и лечение заболеваний, приводящих к дефициту железа, включая быструю ликвидацию источников кровопотерь, периодическое (несколько раз в год) наблюдение за картиной крови и уровнем сывороточного железа. Необходимо активное выявление скрытого дефицита железа и железодефицитной анемии в группах риска, таких как беременные, дети до года, подростки, женщины с

кровотечениями и фибромиомой матки, лица после обширных операций на кишках, доноры крови [Тарасов И.С., Чернов В.М., 2006; Цветкова О.А., 2009; Стуклов Н.И., 2014].

С позиции общественного здоровья и организации здравоохранения распространенность железодефицитной анемии в популяции, по мнению экспертов ВОЗ, может быть: умеренной – от 5 до 19,9%; средней – от 20 до 39,9% и значительной – 40% и более. При распространенности анемии более 40% проблема перестает быть чисто медицинской и требует принятия мер на государственном уровне. Эти меры предусматривают не только улучшение социально–экономического положения населения, но и проведение вмешательств, направленных на снижение распространенности железодефицитных анемий [Струтынский А.В., 2014; Baker, W.F., 2000; Strai, S.K.S. et al., 2002; Vencaiova, G. et al., 2012].

Гемолитическая анемия обусловлена нарушением жизненного цикла эритроцитов, связанного с преобладанием процессов их разрушения над образованием и созреванием. Группа гемолитических анемий обширна, однако их распространенность неодинакова в различных географических широтах и возрастных группах и в среднем патология встречается у одного процента населения. Из всех видов анемий на долю гемолитических приходится около 10% [Идельсон Л.И., 2005; Логинский В.Е. с соавт., 2006; Богданов А.Н., Мазуров В.И., 2011; Petz L.D., Garratty G., 2004; Delaunay, J., 2011; Venkataswamy C., Dtvī A.S., 2017].

Апластическая анемия является редким (в среднем несколько случаев на 1 млн. населения в год) и одним из самых тяжелых заболеваний системы крови. По данным эпидемиологических исследований, выполненных в Европе и Азии с использованием одинаковой методологии, частота этой болезни оказалась в 2-3 раза выше в Азии, чем в Европе [Абдулкадыров К.М., Бессмельцев А.А., 1995; Issaragrisil, S., 1991; Айсариева Б.К., 2011].

Вариабельность в частоте распространенности апластической анемии может отражать различия в воздействии средовых факторов, включая вирусы,

лекарства, химикаты, наследственность, диагностические критерии. Несмотря на определенные успехи в изучении этого заболевания ряд важнейших вопросов остается открытым, включая отсутствие полных сведений о механизмах развития апластической анемии, что делает актуальным проблему поиска оптимальных методов лечения болезни. Смертность при тяжелой апластической анемии высокая, но за последние годы в терапии достигнуты значительные успехи, в результате которых у большей части больных удалось добиться существенного улучшения показателей кроветворения, стойко сохраняющихся в течение многих лет. Эти достижения связаны во многом с совершенствованием технологий пересадки костного мозга и проведения иммуносупрессивной терапии, которые, на сегодняшний день, являются наиболее оптимальными методами лечения пациентов с апластической анемией. В результате, прогноз при тяжелой апластической анемии удалось значительно улучшить и в настоящее время более 75% пациентов, подвергнутых вышеуказанным видам терапии, имеют длительные сроки выживания [Силин А.П. с соавт., 2011; Vacigalupo A., 2000; Kojima S. et al., 2005; Maury S. et al., 2007].

В значительно меньшей степени по сравнению с анемиями среди населения распространена группа заболеваний, связанных с нарушениями свертываемости крови, пурпурой и другими геморрагическими состояниями, составляющими рубрики D65-D69 МКБ-10. В данной группе выделяется синдром дефибринации (диссеминированное внутрисосудистое свертывание, ДВС), который представляет собой острую транзиторную коагуляцию крови в сосудистом русле, с возможными нарушениями микроциркуляции. Распространенность ДВС-синдрома крови определяется во многом тем, что он сопровождается такой патологический процесс, как травматический шок в широком проявлении [Баркаган, З. С., 2005; Дуткевич И.Г., 2013; Морозов В.Н. с соавт., 2016; Hoffman M., 2003; Smith S.A., 2009].

К нарушениям свертываемости крови относится и гемофилия - наследственное заболевание, передающееся как рецессивный признак,

сцепленный с X-хромосомой, обусловленное дефицитом или молекулярными аномалиями факторов свертывания крови - VIII (при гемофилии А), IX (при гемофилии В) и сопровождающееся тяжелыми массивными кровотечениями различной локализации. Гемофилия С является наиболее редкой формой, связанной с недостатком XI фактора свертывающей системы - предшественника тромбопластина плазмы. По данным ВОЗ, гемофилия А встречается в одном случае на 10 тысяч мужского населения, гемофилия В - один случай на 50 тысяч. В России гемофилией в настоящее время страдают около 15 тыс. человек [Андреев Ю.Н., 2006; Давыдкин И.Л. с соавт., 2017; Давыдова И.И., 2017; Bowen D.J., 2002; Lethagen S., 2002; Quintana-Molina M, 2004; Nay C.R et all., 2011; Srivastava A., 2013].

Среди пурпуры и других геморрагических состояний важное место занимает идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП), симптомы которой описал еще Гиппократ, но только в 1735 году П.Г. Верльгоф выделил ИТП как самостоятельную нозологическую единицу, «болезнь пятнистых геморрагий», у молодых женщин. Долгое время данную патологию называли болезнью Верльгофа, но только спустя 150 лет было доказано, что причиной геморрагий при болезни Верльгофа является снижение числа тромбоцитов в циркуляции крови [Воробьев П.А., 2004; Кривова С.П., 2006; Vakchoul, T., 2016].

Сведения о распространенности и заболеваемости ИТП достаточно скудны, однако по частоте среди разных форм геморрагических диатезов тромбоцитопеническая пурпура занимает первое место. Среди взрослого населения ИТП поражает, главным образом, людей в возрасте до 40 лет [Баркаган З.С., 2005; Ковалева Л.Г. с соавт., 2011].

На 200 тыс. взрослого населения приходится в среднем 9 больных ИТП мужчин и 15 женщин, с возрастом это соотношение увеличивается в сторону еще большего преобладания женщин. Кроме того, в последнее время увеличивается распространенность идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у лиц в возрасте старше 50 лет, среди провоцирующих факторов

начала или рецидива ИТП стал преобладать стресс, неконтролируемое употребление нестероидных противовоспалительных средств, биологических добавок и другие факторы [Куртов И.В., 2000; Давыдкин И.Л. с соавт., 2017].

Следует отметить, что сведения об эпидемиологии злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей в научных литературных источниках представлены шире относительно данных о собственно гематологических заболеваниях, а это важное условие для совершенствования системы организации медицинской помощи [Шипова В.М., Воронцов Т.Н., 2012; Семочкин С.В. с соавт., 2015].

Кроме того, статистика злокачественных новообразований, включая заболевания системы крови, хорошо проработана как на национальном, так и международном уровнях, и сведения о заболеваемости и смертности достаточно широко представлены [Заридзе Д.Г., 2009; Мерабишвили В.М., 2011; Каприн А.Д. с соавт., 2018; Tzelepis F. et al., 2018].

Злокачественные новообразования системы крови представлены двумя большими группами заболеваний: злокачественными лимфомами (первично возникающими в лимфоидной ткани вне костного мозга) и лейкозами (лейкемиями), первично возникающими в костном мозге. Среди злокачественных лимфом значительное место занимают болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), неходжкинские лимфомы и множественная миелома. Среди лейкозов – лимфолейкозы и миелолейкозы [Угляница К.Н., 2003; Волкова М.А., 2010; Руковицын О.А., 2017; Werdlow S.H., 2017].

Первичная заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной тканями выросла за период с 2007 по 2017 год с 16,1 до 19,9 на 100 тыс. жителей, или на 23,6%. В 2017 году первичная заболеваемость мужчин (20,6 на 100 тыс. жителей) была близка к показателям заболеваемости злокачественными новообразованиями крови женщин (19,4 на 100 тыс. жителей), при сравнении стандартизованных показателей отмечается статистически значимое превышение заболеваемости мужчин (16,3 на 100 тыс. жителей) над заболеваемостью женщин (12,6 на 100

тыс. жителей). Что касается смертности населения страны от злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной тканей, можно отметить ее статистически значимый рост за 2007-2017 годы на 6,5% с 9,97 до 10,64 случаев на 100 тыс. жителей [Каприн А.Д. с соавт., 2018].

Около 20-25% всей патологии злокачественных новообразований системы крови занимают неходжкинские лимфомы, уровень заболеваемости которыми в России в 2017 году составил 4,4 на 100 тыс. жителей, а в мире колеблется от 2,3 до 18,1 на 100 тыс. жителей, причем заболеваемость выше в развитых странах, таких как США, Канада, Италия, Израиль [Каприн А.Д. с соавт., 2018; Forman D. et al., 2007; Maqsood S. et al., 2017].

Заболеваемость неходжкинскими лимфомами выше у мужского населения, что характерно и для России, где в 2017 году у мужчин показатель заболеваемости составил 5,2, а у женщин – 3,9 на 100 тыс. жителей. В последние десятилетия в мире заболеваемость населения неходжкинскими лимфомами увеличивается, преимущественно в экономически развитых странах, что во многом связано с постарением населения и повышением качества диагностики [Плетнева Л.В., Лазарев А.Ф., 2010; Смирнова О.В. с соавт., 2016; Каприн А.Д. с соавт., 2018; Siegel R., 2013; Goede V., Stauder R., 2018].

В РФ также отмечается тенденция к росту заболеваемости неходжкинскими лимфомами. Так, за период 2003-2017 годов заболеваемость населения выросла более чем наполовину (на 52,0%) и достигла 4,4 на 100 тыс. жителей, причем за пятнадцать лет у мужчин она выросла в меньшей степени (на 40,5%), чем у женщин (на 62,5%) [Чиссов В.И. с соавт., 2005; Каприн А.Д. с соавт., 2018].

В целом отмечается тенденция к росту смертности населения в мире от неходжкинских лимфом, что характерно и для России, где за период с 2003 по 2017 год показатель вырос с 1,56 до 1,87 случая на 100 тыс. жителей, или на 19,9% [Чиссов В.И. с соавт., 2005; Плетнева Л.В., 2010; Каприн А.Д. с соавт., 2018].

Уровень заболеваемости лимфогранулематозом (лимфомой Ходжкина) в России в 2017 году составил 2,12 на 100 тыс. населения (у мужчин – 2,18, у женщин – 2,08), увеличившись по сравнению с 2003 годом на 6,0% (у мужчин – на 7,9%, у женщин – на 5,1%). В России ежегодно лимфогранулематозом болеет свыше трех тысяч человек. В целом по заболеваемости болезнью Ходжкина российские показатели являются среднемировыми, поскольку в мире они колеблются от 0,3 до 4,6 на 100 тыс. жителей. Следует отметить, что смертность от лимфомы Ходжкина в России за 2003-2017 годы снизилась с 0,74 до 0,39 на 100 тыс. жителей (в стандартизованных показателях, или на 47,3% [Чиссов В.И. с соавт., 2005; Демина Е.А., 2008; Каприн А.Д. с соавт., 2018; Cartwright R.A., Watkins G., 2004; Forman D. et al, 2007]).

Уровень заболеваемости множественной миеломой в России в 2017 году составил 2,78 на 100 тыс. жителей, значительно увеличившись по сравнению с 2003 годом (на 62,5%). За данный период заболеваемость множественной миеломой у мужчин возросла на 53,3% до 2,56 на 100 тыс. человек, у женщин, соответственно, на 69,1%, до 2,96 на 100 тыс. человек. Такие цифры заболеваемости ниже среднемирового значения с учетом колебания показателей в разных странах от 0,7 до 8,6 на 100 тыс. жителей. В мире также отмечается тенденция повышения уровня заболеваемости. Более того, с увеличением возраста заболеваемость множественной миеломой возрастает. Наряду со значительным повышением заболеваемости, в России отмечается тенденция роста смертности населения от множественной миеломы. Так, за 2003-2017 годы стандартизованный показатель смертности вырос на 30,3% до 0,99 на 100 тыс. жителей (у мужчин на 52,6% до 1,16, у женщин – на 17,3% до 0,88 на 100 тыс. человек) [Чиссов В.И. с соавт., 2005; Заридзе Д.Г., 2009; Каприн А.Д. с соавт., 2018; Siegel R. et al., 2013].

Заболеваемость лейкозами в Российской Федерации выросла за 2003-2017 годы до 6,01 на 100 тыс. жителей, или на 13,6%. Показатели заболеваемости в 2017 году были несколько выше у мужчин (7,28) относительно женщин (5,12 на 100 тыс. жителей). Данные значения близки к

таковым для большинства промышленно развитых стран Европы и Северной Америки, где уровень заболеваемости колеблется от 2,3 до 11,0 на 100 тыс. жителей. Смертность от всех лейкозов в России в 2017 году составила 3,17 на 100 тыс. жителей, снизившись с 2003 года на 16,6%, как у мужчин (снижение на 16,5% до 4,01), так и у женщин (снижение на 17,2% до 3,13 на 100 тыс. жителей). Смертность от лейкозов среди взрослого населения во всем мире также снижается, но среди пожилого населения отмечается ее незначительный рост [Чиссов В.И. с соавт., 2005; Жигулева Л.Ю., 2014; Каприн А.Д. с соавт., 2018; Siegel R. et al., 2013; Sharma M. et al., 2017].

По данным Л.Ю. Жигулевой и К.М. Абдулкадырова (2015) в Санкт-Петербурге отмечается более высокий уровень заболеваемости опухолями системы крови по сравнению со страной в целом, Москвой и некоторыми другими регионами, а также более высокий уровень заболеваемости мужчин относительно женщин. Выявлена устойчивая тенденция к росту заболеваемости с максимальными темпами прироста в трудоспособном возрасте. Более того, согласно прогнозу, заболеваемость опухолями системы крови в Санкт-Петербурге к 2021 г. возрастет почти на 30%.

Таким образом, распространенность болезней системы крови и кроветворных органов растет опережающими темпами относительно распространенности патологии в целом. Значительно распространены среди взрослого населения анемии, большая часть которых связана с дефицитом железа. Сведения об эпидемиологии заболеваний, связанных с нарушениями свертываемости крови, пурпурой и другими геморрагическими состояниями, немногочисленны, в отличие от злокачественных новообразований системы крови, которые в настоящее время перестали быть редкой патологией. Заболеваемость взрослого населения злокачественными новообразованиями растет, что связано с совершенствованием диагностики и статистического учета пациентов, демографическими и другими факторами.

С учетом постарения населения число больных с заболеваниями крови будет только возрастать, повышая потребность в специализированной

медицинской помощи, что требует проведения исследований для совершенствования медицинской помощи данному контингенту пациентов.

1.2. Организационные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови

Совершенствование организации медицинской помощи в отечественном здравоохранении ведется по многим позициям, в том числе по изменению нормативно-правовой базы, разработке федеральных программ и проектов, регулированию экономических механизмов в отрасли, обеспечению организационно-методического сопровождения [Стародубов В.И. с соавт., 2007; Вялков А.И. с соавт., 2017; Зудин А.Б., 2017].

Данные положения относятся и к специализированной медицинской помощи, необходимость совершенствования которой в современных условиях заключается в использовании инновационных медицинских технологий, которые во многом являются основным фактором роста расходов на здравоохранение. Важной задачей государственной политики при этом является поиск оптимального соотношения между уровнем доступности новых технологий и реальными финансовыми возможностями здравоохранения. Обращается внимание и на важность этапного лечения, исходя из дифференцированных показаний, как организационного подхода к оказанию специализированной, в том числе гематологической, медицинской помощи населению [Муртазин З.Я., 2002; Данцигер Д.Г., 2006; Пospelова Т.И. с соавт., 2010; Обухова О.В. с соавт., 2018].

Гематологическая помощь как специализированный вид медицинской помощи населению регламентируется Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором дается ее определение, включая и определение высокотехнологичной медицинской помощи. Специализированную помощь оказывают врачи-специалисты с использованием специальных методов и

сложных медицинских технологий в стационарных условиях и условиях дневного стационара [81].

Порядки и стандарты медицинской помощи, протоколы ведения больных имеют важнейшее значение для организации медицинской помощи, определяя структурно-функциональные подходы к ее оказанию, повышая эффективность здравоохранения и качество медицинской помощи, в том числе по профилю «гематология» [Воробьев П.А., 2007; Рыбальченко И.Е., 2008; Савченко В.Г. с соавт., 2008, 2012; Линденбратен А.Л. с соавт., 2011; Линденбратен А.Л., Улумбекова Г.Э., 2013, Кораблев В.Н., 2014; Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., 2015; 86].

В настоящее время оказание гематологической помощи регламентирует Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология», который был утвержден приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 930н. В соответствии с Порядком медицинская помощь по профилю «гематология» оказывается пациентам как с заболеваниями крови, кроветворных органов, так и злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей в виде первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь; а также паллиативной медицинской помощи. Гематологическая помощь при этом может оказываться в амбулаторных условиях, в дневном стационаре и стационарно. Первичная специализированная помощь оказывается врачом-гематологом, но при заболеваниях по кодам МКБ-10 С81-С85 (различные виды лимфом) также оказывается врачом-онкологом. Если речь идет о заболеваниях по кодам МКБ-10 D80-D89 (отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм), медицинская помощь оказывается врачом-аллергологом-иммунологом; а при заболеваниях по кодам МКБ-10 D50, D53, D62-D64.2, D73.0, D73.2-D73.9 (железодефицитные анемии; анемии, связанные с питанием; острые постгеморрагические анемии; анемии при хронических болезнях; некоторые

болезни селезенки) - врачом-терапевтом. Порядок также определяет правила организации деятельности и виды структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих гематологическую помощь, стандарт их оснащения, штатные нормативы [83; 91].

Таким образом, Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология» предусматривает значительное разнообразие участвующих в оказании гематологической помощи медицинских организаций. Медицинская помощь пациентам с заболеваниями системы крови в настоящее время в России оказывается целым рядом медицинских организаций, к которым относятся учреждения как общей лечебной сети, так и организации гематологической и онкологической служб различного уровня, начиная от научно-исследовательских и заканчивая амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями. В субъектах Российской Федерации работают главные внештатные специалисты-гематологи, организующие и координирующие оказание медицинской помощи по профилю «гематология» [Суслин С.А с соавт., 2016; 91].

В 2015 году, спустя три года после разработки Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология», был принят Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, регламентированный приказом Минздрава России от 14 апреля 2015 года № 187н. В настоящее время вопросы оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, включая больных с заболеваниями системы крови, требуют углубленного изучения с учетом нуждаемости населения в амбулаторной и стационарной помощи на основе заболеваемости по обращаемости, госпитализированной заболеваемости по основным классам и группам болезней с учетом различных возрастных групп пациентов [Введенская Е.С., 2014; Новиков Г.А. с соавт., 2018; 84].

Среди ведущих научно-медицинских учреждений по профилю «гематология» в нашей стране можно выделить целый ряд организаций, среди которых важнейшее место занимают «Национальный медицинский

исследовательский центр гематологии» (НМИЦ гематологии) Минздрава России (г. Москва) и Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии ФМБА России (г. Санкт-Петербург). НМИЦ гематологии – крупнейший в РФ межрегиональный научный, медицинский и образовательный центр, оказывающий помощь по профилям «гематология», «трансфузиология», «онкология» и др., созданный в 1926 году А.А. Богдановым в Москве как Институт переливания крови. В настоящее время в Центре ежегодно получают лечение свыше 5 тыс. пациентов с гемобластозами и другими заболеваниями системы крови, выполняется более 1,5 тыс. оперативных вмешательств, из которых свыше 200 — по трансплантации костного мозга и почки. В Центре функционируют научно-клинические и клиничко-диагностические подразделения, включая амбулаторно-поликлиническую консультативную службу, стационар на 270 коек, стационары дневного пребывания. Также в Центре работают главные внештатные специалисты - гематолог и трансфузиолог - Минздрава России [Алексеев Г.А., Савченко И.Г., 1968; 49, 80].

Российский научно-исследовательский институт (НИИ) гематологии и трансфузиологии организован в 1932 году Э.Р. Гессе в Санкт-Петербурге. На сегодняшний день это одно из крупнейших федеральных научно-медицинских учреждений страны, оказывающих специализированную гематологическую, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. НИИ включает значительное число научных и клинических подразделений. В Институте традиционно большое значение уделялось и уделяется организации специализированной гематологической помощи населению и организации службы крови, вопросам донорства, заготовки и консервирования крови и ее компонентов. Особую роль в НИИ играет гематологическая клиника, образованная в 1945 году, первым руководителем которой был профессор С.И. Шерман. Именно по инициативе клиники была предложена система оказания специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови. Все руководящие документы министерства здравоохранения страны по

организации гематологической помощи были подготовлены при участии специалистов гематологической клиники НИИ: приказ Минздрава РСФСР № 356 от 27 ноября 1967 года «О мерах по дальнейшему улучшению гематологической помощи населению России», приказ Минздрава СССР № 824 от 26 ноября 1988 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию качества медицинской помощи больным с заболеваниями системы крови», методические рекомендации Минздрава РСФСР «Организация специализированной стационарной и амбулаторной помощи гематологическим больным» (1987 год), приказ Минздрава России № 930н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология»» [Абдулкадыров К.М., 2016; 48, 87, 88, 128].

Развитие гематологической помощи как специализированного вида медицинской помощи во многом определяется численностью обслуживаемого населения, и поэтому реализуется в большей степени в городской среде, в мегаполисах, в крупных городах. Так, важную роль в системе гематологической медицинской помощи в Санкт-Петербурге играют межрайонные гематологические кабинеты, в которых наблюдаются и консультируются пациенты, включая больных со сложными случаями диагностики, лечения и прогноза злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им ткани. По данным Л.Ю. Жигулевой (2014) каждый шестой из таких пациентов имеет осложнения, а 75% — сопутствующие заболевания.

Амбулаторная гематологическая медицинская помощь начала развиваться в стране с конца 1950-х годов. В 1958 году в составе гематологической клиники Ленинградского НИИ переливания крови было создано поликлиническое отделение для амбулаторного приема и диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями крови. В 1959 году в Риге открылся первый гематологический кабинет, в этом же году в центральной городской поликлинике г. Сочи был организован первый на

Кубани межрайонный гематологический кабинет, были обоснованы основные принципы амбулаторного лечения гематологических больных [Лебедев В.Н., 1962; Осеченская Г.В. с соавт., 1969; Абдулкадыров К.М., Шабалин В.Н., 1983; Лебедев В.В., Клещенко Е.И., 2019].

Первое в стране региональное гематологическое отделение было открыто в Куйбышеве в 1957 году в составе Клиник медицинского института. Большую роль в становлении самарской школы терапевтов - гематологов сыграли заслуженные деятели науки РФ, заведующие кафедрой и клиникой госпитальной терапии, профессора А.И. Германов и В.А. Германов. Профессор А.И. Германов руководил кафедрой с 1944 по 1968 год, именно он возглавил гематологическое отделение в 1957 году на 30 коек, на базе которого был организован центр подготовки главных специалистов – гематологов для регионов Среднего Поволжья. Профессор В.А. Германов заведовал кафедрой госпитальной терапии с 1968 по 1991 год, он также исполнял обязанности главного внештатного гематолога Куйбышевской области, под его руководством создано новое научное междисциплинарное направление – клиническая гемостазиология. С 1991 по 2006 год кафедрой и клиникой госпитальной терапии Самарского государственного медицинского университета руководил заслуженный врач РФ профессор В.А. Кондурцев, главный внештатный гематолог Минздрава Самарской области. В это время на базе клиники был создан областной гемостазиологический центр и началось преподавание студентам вопросов клинической трансфузиологии. С 2006 года кафедру и клинику госпитальной терапии возглавляет профессор И.Л. Давыдкин, под руководством которого активно ведется научно-исследовательская работа в рамках темы по оптимизации диагностики, профилактики и лечению заболеваний системы крови и внутренних органов на основе комплексного системного подхода [Давыдкин И.Л., 2014; Давыдкин И.Л. с соавт., 2017; 78].

В период 1960-1980-х годов в стране активно стали открываться стационарные гематологические отделения. Следует отметить, что в течение

двадцати лет, с 1967 по 1987 годы, число гематологических отделений в медицинских организациях СССР возросло более чем в 2,5 раза, при этом обеспеченность населения койками гематологического профиля возросла с 0,17 до 0,43 на 10 тысяч жителей [91].

Так, в Новосибирске на протяжении многих лет создана (с 1964 года) и функционирует гематологическая служба, образован городской гематологический центр, определены объемы и этапы оказания гематологической специализированной помощи [Подгорных Л.К. с соавт., 2001; Поспелова Т.И. с соавт., 2014, 2017].

В Орловской области гематологическая служба представлена гематологическим отделением и гематологическим кабинетом, входящими в состав областной клинической больницы, при этом для полноценной работы отмечается недостаточное обеспечение службы врачами-гематологами [Агаширинова А.А., 2010].

В Московской области развитие гематологической помощи тесно связано с формированием с начала 2000-х годов медицинских округов, когда на базе окружных медицинских центров были организованы гематологические отделения (г. Москва, Подольск, Королев, Дзержинск и др.). При этом объем коечного фонда профильных коек вырос, в 16 населенных пунктах Московской области сформировано 23 гематологических кабинета [Галенков А.К. с соавт., 2005].

Вместе с тем, в отдаленных территориях страны отмечается невысокая обеспеченность населения гематологической помощью. Так, в Иркутской области сохраняется проблема с кадрами врачей-гематологов. В поликлиниках г. Иркутска и других крупных городов области нет штатных гематологов. Амбулаторный прием осуществляется врачами гематологического отделения областной больницы в недостаточном объеме [Силин А.П., 2004].

С конца 1980-х годов в стране начинают создаваться дневные стационары на базе амбулаторно-поликлинических организаций, стационаров,

на дому в рамках повышения структурной эффективности в здравоохранении [Щепин В.О., 1997; Щепин В.О. с соавт., 2006].

Данная тенденция не обошла стороной и гематологическую службу и в 1990 году в составе Гематологического научного центра (ГНЦ) в Москве был организован первый в СССР дневной стационар гематологического профиля с оказанием диагностической и лечебной помощи пациентам с заболеваниями крови. В последующем была доказана эффективность деятельности гематологического дневного стационара при проведении обследования и лечения пациентов с заболеваниями системы крови [Цыба Н.Н., 2012; 83].

Важной проблемой организации гематологической помощи является достаточно высокая нагрузка медицинского персонала. Так, в работе Л.Ю. Жигулевой (2013) изучена организация работы врачей гематологов четырех стационаров Санкт-Петербурга в плане их фактической нагрузки и структуры трудозатрат. Установлено значительное превышение реальных трудозатраты относительно нормативных значений.

С середины 2000-х годов начали формироваться регистры пациентов, имеющих тяжелые болезни крови, такие как хронический миелолейкоз, лимфопролиферативные заболевания). Информация из регистров позволяет определять частоту выявления заболеваний, получать подробности клинических вмешательств, оценить результаты и прогнозы медицинской помощи. В настоящее время создание различных регистров, как пациентов с заболеваниями крови, так и доноров костного мозга требует значительных финансовых вложений. Сейчас в мире существует несколько сотен регистров, включающих информацию о свыше 22 миллионах потенциальных доноров. Крупнейший регистр доноров находится в США, имеет около 7 млн. доноров, что позволяет выполнять значительный объем трансплантаций ежегодно. Среди европейских стран наибольшее число доноров зарегистрировано в регистре Германии (более 5 миллионов человек). В России количество регистров доноров пока находится на низком уровне, в стране существует несколько организаций, занимающихся поиском доноров костного мозга в

международных базах данных, к которым относятся преимущественно научно-исследовательские медицинские организации Москвы и Санкт-Петербурга. Помимо регистров, актуальным направлением организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови является создание информационно-аналитических систем, предназначенных для централизованного сбора данных, обработки и предоставления отчетности по всем случаям гематологических патологий с целью улучшения медицинской помощи и мониторинга состояния здоровья населения [Том И., 2016, Башлакова Е.Е. с соавт., 2018; 91].

Актуальной также является проблема оценки качества оказания специализированной медицинской помощи, в том числе и в гематологии. Среди нозологий с высокой летальностью и значительным объемом нарушений качества медицинской помощи преобладают острые лейкозы и лимфомы. Велика доля дефектов при оказании диагностических и лечебных услуг пациенту, сопровождающихся нарушением стандартов и национальных рекомендаций. Достаточно много нарушений связано с отсутствием патологоанатомического исследования пациентов [Ковынев И.Б. с соавт., 2017; Жигулева Л.Ю., 2018; 82].

В последнее время отечественными исследователями уделяется внимание вопросам организации специализированной противоболевой помощи пациентам с заболеваниями крови. При этом для обеспечения качественной противоболевой помощи необходимо наличие специальной службы, создание которой может повысить доступность и качество противоболевой медицинской помощи, снизить число осложнений, улучшить социальную реабилитацию пациентов и восстановить их трудоспособность [Левченко О.К. с соавт., 2017; Левченко О.К., Берсенева Е.А., 2019].

В работах зарубежных исследователей организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови отмечается важность демографических факторов, связанных с постарением населения и ростом числа болезней крови, в том числе злокачественных, значительно

распространенных среди пожилых людей. Данный аспект позволяет интегрировать гериатрические принципы, методики и процедуры в существующую подходы к оказанию помощи гематологическим больным [Batton E. et al., 2017; Irie H. et al., 2017; Goeve V., Stauder R., 2018].

Кроме того, обращается внимание на все большее использование паллиативной помощи, интеграцию паллиативной заботы в практику оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови с учетом состояния пациентов, нозологии и выраженности патологии [LeBlanc T.W. et al., 2015; Kaiser F. et al., 2017; Ohno E. et al., 2017; Wright B., Forbed K., 2017; Beaussant Y. et al., 2018].

Ряд исследований зарубежных специалистов обосновывает комплексный, интегративный, поэтапный подход в оказании медицинской помощи лицам с заболеваниями крови в рамках специальных центров начиная от сортировки пациентов, их перемещения до оказания интенсивной терапии [Malak S. et al., 2014; Faucher E. et al., 2016; Kusadasi N. et al., 2017; Snowden J.A. et al., 2017].

Таким образом, анализ источников литературы разных лет показывает поступательное развитие гематологической службы, причем каждому периоду развития соответствует определенный этап организации и степень эффективности оказания медицинской помощи. Профилактика, диагностика, лечение заболеваний системы крови в значительной степени зависят от имеющейся нормативно-правовой базы оказания гематологической помощи, а также рациональной организации медицинской помощи с учетом региональной специфики. Возможность достижения ремиссии заболевания и длительность безрецидивного периода, а также выживаемость гематологических больных определяются своевременным началом лечения, что, в свою очередь, зависит от ранней диагностики; выбора эффективной лечебной технологии; успешного предупреждением и лечения осложнений, адекватного выбора места лечения пациента, концентрацией всех гематологических больных под наблюдением единой службы [Бедорева И.Ю.

с соавт., 2008; Тельнова Е.А., 2011; Вялков А.И., Глухова Е.А., 2012; Шалыгина Л.С. с соавт., 2013; Пospelова Т.И. с соавт., 2017].

В то же время, организационные подходы к оказанию медицинской помощи по гематологическому профилю на уровне субъектов Федерации в настоящее время проработаны не в полной мере, нет анализа показателей суммарной гематологической заболеваемости населения (болезнями крови и злокачественными новообразованиями крови), отсутствует системность в организации и оценки гематологической помощи на территориальном уровне. Создание на современном этапе организационной модели гематологической службы на региональном уровне с учетом специфики территории представляется одной из важных задач развития специализированной гематологической помощи.

Резюме. Болезни системы крови имеют все большую медико-социальную значимость с учетом значительной распространенности анемий, роста заболеваемости опухолевыми болезнями крови. В научной литературе имеется достаточное число работ, посвященных отдельным заболеваниям крови (анемии), группам заболеваний крови (гемобластозы), преимущественно с учетом определенных групп населения (новорожденные, дети, беременные женщины), как правило, такие работы рассматривают клинические аспекты совершенствования гематологической помощи. В то же время, отмечается недостаточное число современных научно проработанных работ, посвященных совершенствованию организации гематологической помощи в рамках региона, что и определяет актуальность настоящего исследования.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Базовая территория исследования - Самарская область – пятый по площади регион Поволжья в юго-восточной части европейской территории России в среднем течении реки Волги, занимает территорию площадью 53,6 тыс. км². Численность населения Самарской области составляет 3193,5 тыс. жителей (2018), сократившись по сравнению с 2006 годом на 1,0%. Самарская область включает десять городов областного подчинения, в которых проживает 2438,7 тыс. человек (2018) и 27 сельских муниципальных районов с численностью населения 754,8 тыс. жителей (2018).

Административным центром области является город Самара – крупный центр машиностроения, металлообработки, нефтеперерабатывающей, пищевой, а также космической и авиационной промышленности. В городе работают почти 200 крупных и средних промышленных предприятий. Население городского округа Самара составляет 1163,4 тыс. человек (2018 год), девятый по численности населения город России.

Базами исследования выбраны медицинские организации Самарской области, имеющие в своем составе структурные подразделения, оказывающие специализированную гематологическую помощь взрослому населению. Основная база исследования – областной гематологический центр (ОГЦ) Клиник Самарского государственного медицинского университета.

Объектом исследования явилась система оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области.

Предмет исследования – комплекс организационно-управленческих подходов к совершенствованию гематологической помощи взрослому населению Самарской области.

Единицами наблюдения явились: Самарская область; взрослый житель (18 лет и старше) Самарской области; случай заболевания и смерти от болезней системы крови; гематологические подразделения медицинских

организаций Самарской области, областной гематологический центр, пациент гематологических подразделений медицинских организаций Самарской области; врач-гематолог.

Исследование проводилось в 2015-2019 годах и охватывало изучаемый период с 2006 по 2018 годы. Для решения поставленной цели и задач научное исследование проводилось в несколько основных этапов в хронологической последовательности:

1. Научный анализ литературных данных и нормативно-правовых документов по медико-социальным аспектам болезней крови, вопросам формирования, организации и развития гематологической службы.

2. Изучение заболеваемости и смертности взрослого населения Самарской области от гематологических болезней.

3. Оценка организации специализированной медицинской помощи взрослому населению по профилю «гематология».

4. Характеристика современных подходов к совершенствованию организации медицинской помощи взрослому населению по профилю «гематология».

На первом этапе была обоснована тема исследования, сформулированы цель и задачи, разработана программа, осуществлен подбор первичного материала для изучения заболеваемости и смертности взрослого населения от болезней системы крови, характеристики организации специализированной гематологической помощи взрослому населению. Проведен научный анализ отечественной и зарубежной литературы по медико-социальным аспектам болезней крови, вопросам формирования, организации и развития гематологической службы. Изучена и проанализирована нормативно-правовая база организации гематологической помощи (законы и постановления РФ, приказы министерства здравоохранения РФ и Самарской области).

На втором этапе исследования дана оценка медико-демографическим параметрам, включая численность населения, в том числе взрослого (18 лет и старше); естественное и механическое движение населения. В рамках

изучения заболеваемости взрослого населения болезнями крови дана характеристика общей и первичной заболеваемости болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (III класс МКБ-10) с использованием формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». Первичная заболеваемость и контингенты взрослого населения со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (рубрики С81-С96 класса II МКБ-10) изучались в 2006, 2009, 2012 годах с использованием формы № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и формы № 35 «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями»; в 2018 году - формы № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях», а также путем выкопировки данных из популяционного ракового регистра Самарской области на базе Самарского областного клинического онкологического диспансера.

Также рассчитана суммарная заболеваемость взрослого населения всеми болезнями крови с учетом названных II и III классов МКБ-10 с использованием формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». Заболеваемость изучена по Самарской области в целом, среди населения городов и сельских муниципальных районов в динамике за 2012-2018 годы. Проведен анализ смертности взрослого населения за 2006-2018 годы по Самарской области в целом, среди населения городов и сельских муниципальных районов.

Оценка состояния здоровья взрослого населения проводилась на основе материалов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Самарской области (Самарстат), данных отчетных форм Самарского областного медицинского информационно-аналитического центра (СО МИАЦ). На данном этапе в качестве основного постулата принято

положение о здоровье населения как главного критерия необходимых структурно-функциональных преобразований в системе здравоохранения (Щепин В.О., 1997).

На третьем этапе исследования изучена система организации специализированной гематологической помощи взрослому населению Самарской области по данным на 2015 год и в динамике за 2006-2015 годы. Дана характеристика первичной специализированной медико-санитарной гематологической помощи в амбулаторных условиях, специализированной гематологической помощи в стационарных условиях. Изучены все гематологические подразделения медицинских организаций Самарской области по форме № 30 «Сведения о медицинской организации». Представлена медико-социологическая характеристика врачей-гематологов (сплошная выборка 25 респондентов) по специальной программе (приложение 1). Дана медико-социологическая оценка организации гематологической помощи пациентами (423 респондента) по специальной программе (приложение 2).

На четвертом этапе в 2015-2018 годах проведена оценка организации деятельности областного гематологического центра Клиник Самарского государственного медицинского университета, с учетом характеристики штатов, работы стационарного, стационарозамещающего и амбулаторного звеньев, анализа состава пациентов, доходов по форме № 30 «Сведения о медицинской организации», форме № 14 «Сведения о деятельности стационара», форме № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения», форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», форме № 039/у «Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации».

Организационно-управленческие аспекты совершенствования организации гематологической помощи взрослому населению Самарской области обрабатывались путем создания методики моделирования конечных

результатов деятельности врачей-гематологов, руководителей структурных подразделений и гематологической службы в целом с последующей их оценкой. Разработаны маршрутизация пациентов и алгоритм действий медицинских работников при оказании гематологической помощи. Создана программа мониторинга деятельности гематологической службы для ЭВМ (приложение 3).

Проанализированы уровень, структура заболеваемости и смертности взрослого населения Самарской области от болезней системы крови, система организации гематологической помощи в 2015-2018 годах.

Дана сравнительная характеристика данных сплошного социологического обследования врачей-гематологов в 2015 году (25 респондентов) и в 2018 году (28 респондентов), а также пациентов гематологических подразделений медицинских организаций в 2015 году (423 респондента) и в 2018 году (456 респондентов) по вопросам организации медицинской помощи по профилю «гематология».

В результате разработана организационная модель совершенствования оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области, в рамках которой деятельность гематологической службы оценивается по модели конечных результатов, имеющей набор показателей результативности (приложение 4).

Решение поставленных задач в ходе исследования осуществлялось с использованием современных методов: получение сведений из первичной медицинской учетной и отчетной документации и из официальных источников, статистический, социологический, аналитический, организационного моделирования. Основные методические подходы к исследованию представлены в таблице 2.1.

С помощью аналитического метода изучены нормативно-правовая база по организации гематологической помощи, сведения из научных публикаций, проведена научная оценка системы организации гематологической помощи взрослому населению Самарской области. Определен алгоритм действия

медицинских работников врача при оказании гематологической помощи.

Таблица 2.1

Этапы, методы и материалы исследования

Этапы	Методы	Источники и объём
1. Разработка программы, изучение данных литературы, нормативно-правовых документов.	Аналитический	Данные литературы; нормативно-правовые документы; статистическая информация. Изучен 141 источник отечественных и 50 источников зарубежных авторов.
2. Изучение заболеваемости и смертности взрослого населения от болезней системы крови.	Статистический; Социологический; Аналитический	Материалы Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Самарской области, Самарского областного информационно-аналитического центра. Ежегодные формы федерального статистического наблюдения № 7, 35, 12. Данные популяционного ракового регистра Самарской области.
3. Оценка организации гематологической помощи взрослому населению.	Статистический; Социологический; Аналитический	Нормативно-правовые документы министерства здравоохранения РФ и Самарской области. Ежегодные формы федерального статистического наблюдения № 30. Сплошное анкетирование врачей-гематологов (25 респондентов) и пациентов (423 респондента).
4. Совершенствование организации гематологической помощи взрослому населению.	Статистический; Социологический; Аналитический; Организационное моделирование	Ежегодные формы федерального статистического наблюдения № 30, 14, 14-дс, 12, 39/у. Сравнительное анкетирование врачей-гематологов (25 респондентов в 2015 году) и 28 респондентов в 2018 году), пациентов (423 респондента в 2015 году) и (456 респондентов в 2018 году).

Статистический метод использован для обработки данных уровня, динамики, структуры заболеваемости и смертности взрослого населения от

болезней крови, социологического исследования, при моделировании конечных результатов. Математическая обработка материала проведена на персональном компьютере, оснащенный соответствующим программным обеспечением. Анализ массива статистических данных осуществлялся с использованием программ «Медстат», «Мединфо», IBM SPSS Advanced Statistics 24.0 (Разработчик - IBM Corporation. Номер программы: 5725-A54. Номер лицензии: Z125-3301-14. Срок действия лицензии: бессрочная. Для оформления результатов исследования, в том числе графического, использованы программные средства «Word» пакета Microsoft Office.

Анализ данных проводился в абсолютных цифрах, путем вычисления интенсивных и экстенсивных показателей, коэффициентов соотношения, средних величин, оценки достоверности относительных и средних величин, построения динамических рядов.

В ходе исследования существенное место было уделено социологическому методу с учетом его значимости и роли медико-социологических исследований в здравоохранении. При этом приоритет отдан анкетному методу, который эффективен как в оценке состояния здоровья, так и при изучении различных аспектов организации медицинской помощи (Решетников А.В., 2000; Суслин С.А., 2006; Шешунова С.В., 2013). Анкеты для проведения исследования утверждались в Комитете по биоэтике Самарского государственного медицинского университета и в министерстве здравоохранения Самарской области.

Для большинства медико-социальных исследований считается достаточной степень вероятности безошибочного прогноза (P), равная 95%, при этом число случаев генеральной совокупности, в которой могут наблюдаться отклонения от закономерностей, установленных при выборочном исследовании (Δ), не будут превышать 5% при доверительном коэффициенте t , равным двум.

Для решения поставленных задач объем выборочной статистической совокупности рассчитан с использованием общепринятой формулы

определения числа наблюдений (n) (Сепетлиев Д.А., 1968; Мерков А.М., Поляков Л.Е., 1974):

$n = t^2 \times p \times q / \Delta^2$, где n – требуемое число наблюдений; Δ – предельная ошибка показателя, t – критерий достоверности (при $p = 95,0\%$ $t = 2$); q – величина, обратная p ($1 - p$), p – показатель степени распространенности явления (в нашем случае $p = 50\%$, максимальное значение);

$$n = 2^2 \times 50 \times 50 / 5^2 = 4 \times 2500 / 25 = 400.$$

В нашем исследовании число наблюдений для пациентов превышало 400, а для врачей-гематологов составляло 25 и 28, что соответствовало максимальному возможному значению, так как среди них проводилось сплошное исследование.

Средняя ошибка средней арифметической величины m определялась по формуле: $m = \sigma / \sqrt{n}$, где σ – среднеквадратическое отклонение, n – число наблюдений. Ошибка относительного показателя определялась по формуле: $m = \sqrt{p \times q / n}$, где p – показатель, выраженный в %, $q = (100 - p)$, при p выраженном в процентах (%); или $(1000 - p)$, при p выраженном в промилле (‰).

Границы средних (или относительных) величин, выход за пределы которых вследствие случайных колебаний имеет незначительную вероятность, то есть доверительные границы, рассчитывались по формулам: $M_{\text{ген}} = M_{\text{выб}} \pm t \times m_M$, $P_{\text{ген}} = P_{\text{выб}} \pm t \times m_P$, где: $M_{\text{ген}}$ и $P_{\text{ген}}$ – значения средней и относительной величин, полученных для генеральной совокупности; $M_{\text{выб}}$ и $P_{\text{выб}}$ – значения средней и относительной величин, полученных для выборочной совокупности; m_M и m_P – ошибки репрезентативности выборочных величин; t – доверительный критерий, который зависит от величины без-ошибочного прогноза, устанавливаемого при планировании исследования.

В диссертационном исследовании также определялась ошибка репрезентативности, иначе говоря, погрешность, обусловленная переносом

результатов выборочного исследования на всю генеральную совокупность. Оценка достоверности относительных (средних) величин проводилась путем определения критерия достоверности Стьюдента (t) по формуле: $t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$, где P_1 и P_2 – две относительные (средние) величины, полученные в двух группах наблюдения, а m_1 и m_2 - их средние ошибки.

Разность статистически значима при $t \geq 2$, что соответствует вероятности безошибочного прогноза в 95% и более. Достоверность разности величин, полученных при выборочных исследованиях, означает, что вывод об их различии может быть перенесен и на генеральные совокупности.

В исследовании применены методы описательной статистики: подсчет относительных и средних величин. Для оценки различия по относительным показателям использовались таблицы сопряженности с расчетом критерия Пирсона (χ^2) и поправки Йетса. Расчетное значение χ^2 сравнивали с его критическим (табличным) значением при числе степеней свободы: $f = (r - 1) \times (c - 1)$. Критическое (табличное) значение $\chi^2 = 3,841$ при числе степеней свободы для четырехпольной таблицы сопряженности $f=1$. Знаком * отмечались значимые различия в исследуемых группах респондентов.

Для оценки рядов динамики была проведена аппроксимация с использованием уравнений регрессии различного вида: линейная: $Y = a_0 + a_1x$; гиперболическая: $Y = a_0 + a_1/x$; полиномальная: $Y = a_0 + a_1x + a_2x^2 + \dots + a_nx^n$; экспоненциальная: $Y = a_0e^{a_1x}$; логарифмическая: $Y = a_0 + a_1 \lg x$. Оценка качества построенных моделей проводилась по величинам коэффициентов корреляции (R) и детерминации (R^2).

Анализ данных, полученных в ходе реализации вышеприведенных методов, послужил основой для выработки практических рекомендаций.

Методом организационного моделирования проведена оценка системы организации гематологической помощи в рамках создания организационной модели совершенствования оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области, а также при разработке модели конечных

результатов деятельности врачей-гематологов и гематологической службы.

Аналитический метод также использовался для оценки результативности организационной модели совершенствования оказания гематологической помощи, при этом учитывались мнения представителей профессорско-преподавательского состава кафедры госпитальной терапии СамГМУ и заведующие отделениями гематологии, имеющими стаж работы по специальности гематология более десяти лет и входящими в реестр врачей-экспертов Самарской области.

Системный подход использовался для комплексного изучения гематологической службы взрослому населению Самарской области. Проанализированы взаимосвязи между элементами системы – гематологическими подразделениями медицинских организаций, в результате чего разработана маршрутизация пациентов и создан алгоритм действий медицинских работников при оказании гематологической помощи. Системный подход использован при определении проблемных ситуаций в организации медицинской помощи и созданию условий для оптимизации организации гематологической помощи на уровне региона.

В комплексе все методы обеспечили возможность провести изучение объекта исследования - системы организации гематологической помощи взрослому населению Самарской области и решить поставленные задачи.

Резюме. Методические подходы к изучению организационно-управленческих проблем оказания гематологической помощи взрослому населению в региональной системе здравоохранения требуют учета уровня и динамики заболеваемости и смертности взрослого населения от болезней системы крови, состояния системы организации гематологической помощи, что требует поиска широкого спектра адекватных методов исследования, включая аналитический, статистический, социологический, организационного моделирования и других. Данный подход обеспечивает проведение подобного исследования на базах других медицинских организаций и других региональных систем здравоохранения.

ГЛАВА 3.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРОВИ

3.1. Медико-демографическая характеристика Самарской области

Вопросы изучения статистики и динамики населения имеют первостепенное значение для последующего исследования организационных аспектов деятельности систем здравоохранения различного уровня, медицинских организаций, поскольку являются базовой информацией для принятия управленческих решений.

Численность населения Самарской области за исследуемый период (2006-2018 годы) сократилась с 3223,9 тыс. человек до 3193,5 тыс. человек, или на 0,9% ($Y = 3231,4 - 6,1x$; $R = 0,9849$; $R^2 = 0,9699$). Городское население области в 2018 году составило 2554,2 тыс. человек (80,0% от общей численности населения), сократившись за десять лет на 1,0%. Сельское население области сократилось в меньшей степени: с 642,3 тыс. человек в 2006 году до 639,3 тыс. человек в 2018 году (на 0,5%).

На фоне сокращения численности населения Самарской области отмечается также снижение числа взрослого населения 18 лет и старше с 2608,2 тыс. человек в 2006 году до 2587,6 тыс. человек в 2018 году (на 0,8%) ($Y = -16,6x^3 + 112,3x^2 - 201,2x + 2713,2$; $R = 0,9987$; $R^2 = 0,9961$) с незначительным повышением его доли в общей численности населения, соответственно, с 80,9% до 81,0%. Динамику изменения общей численности населения и численности взрослого населения Самарской области отражает рисунок 3.1.

Ситуация с естественным движением населения Самарской области за 2006-2018 годы несколько улучшилась, на фоне небольшого роста рождаемости с 9,9 на 1000 жителей до 10,3 (на 4,0%) при снижении смертности с 15,5 на 1000 жителей до 13,5 (на 12,9%). Естественная убыль населения сократилась, соответственно, с - 5,6 на 1000 жителей до - 3,2, то есть более

чем на треть. Данная динамика характерна как для городов, так и сельской местности области.

Вместе с тем, миграционный прирост населения в Самарской области за 2006-2018 годы плавно снижался с 5,0 на 1000 жителей до – 0,1, что негативным образом отражается на численности населения Самарской области.

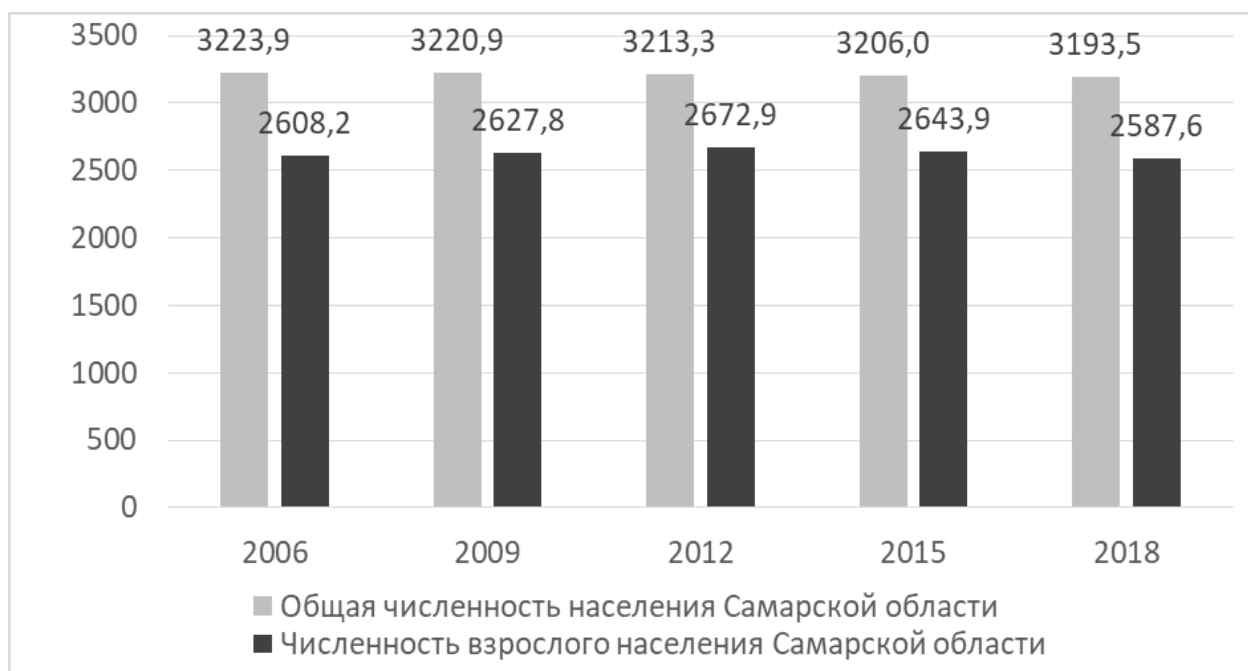


Рисунок 3.1. Динамика численности населения Самарской области в 2006-2018 годах, в тыс. человек

В Самарской области за 13 лет наблюдается рост числа населения моложе трудоспособного возраста (на 26,7% до 605,9 тыс. человек к 2018 году), связанный с повышением рождаемости, особенно в 2012-2016 годах.

В то же время, характерен и рост числа населения старше трудоспособного возраста (на 24,1% до 868,1 тыс. человек в 2018 году), примерно с теми же темпами прироста, что и среди лиц моложе трудоспособного возраста. Удельный вес лиц старше трудоспособного возраста повысился с 22,1% в 2006 году до 27,2% в 2018 году. Подобная динамика приводит к постарению населения и существенному сокращению населения трудоспособного возраста (с 2033,4 тыс. человек в 2006 году до 1719,5 в 2018 году, или на 15,4%).

Таким образом, на фоне сокращения общей численности населения Самарской области, в большей степени за счет городского населения, отмечается и некоторое снижение численности взрослого населения с ростом в группе лиц старше трудоспособного возраста, что необходимо учитывать при организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови.

3.2. Заболеваемость взрослого населения болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм

Для совершенствования организации медицинской помощи значительный интерес представляют данные о заболеваемости населения той или иной патологией, особенно в динамике и с учетом территориальных различий.

За 2006-2018 годы общая заболеваемость взрослого населения Самарской области болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (III класс Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10)) возросла с 1096,8 заболеваний на 100 тыс. человек до 1234,2, или на 12,5% ($Y = 47,48x^3 - 376,1x^2 + 910,4x + 514,9$; $R = 0,9875$; $R^2 = 0,9752$).

Следует отметить, что общая заболеваемость всеми болезнями среди взрослого населения области за данный период выросла менее существенно, на 10,9% (с 175186,2 на 100 тыс. человек в 2006 году до 194326,1 в 2018 году). В структуре всей патологии удельный вес болезней крови несколько увеличился: в 2006 году он составлял 0,63%, в 2018 году – 0,64% (различие статистически не значимо, $p > 0,01$).

Общая заболеваемость взрослого населения болезнями крови выросла как в целом, так и по отдельным группам заболеваний: анемиям (с 1026,9 на 100 тыс. человек до 1076,4, или на 4,8%); нарушениям свертываемости крови (с 6,2 на 100 тыс. человек до 70,8, или в 11,4 раза); отдельным нарушениями, вовлекающим иммунный механизм (с 14,1 на 100 тыс. человек до 42,2, или

почти в три раза). Отмечается лишь сокращение общей заболеваемости прочими болезнями крови с 49,6 случаев заболеваний на 100 тыс. человек до 44,8, или на 9,7% (таблица 3.1).

Таким образом, за счет неравномерного роста отдельных подклассов болезней крови за период 2006-2018 годов, доля анемий в общей заболеваемости болезнями крови сократилась с 93,6% до 87,2% ($p < 0,001$), зато существенным образом возросла доля нарушений свертываемости крови с 0,6% до 5,7% ($p < 0,001$) и доля отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм с 1,3% до 3,4% ($p < 0,001$), при сокращении удельного веса прочих болезней крови с 4,5% до 3,7% ($p < 0,05$).

Таблица 3.1

Общая заболеваемость болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм взрослого населения Самарской области в 2006-2018 годах, на 100 тыс. человек

Заболевания	2006	2009	2012	2015	2018	2018 г. в % к 2006 г.
Болезни крови всего, из них:	1096,8	1211,6	1144,2	1179,5	1234,2	112,5
- анемии	1026,9	1118,7	1058,8	1068,4	1076,4	104,8
- нарушения свертываемости крови	6,2	7,3	34,5	46,1	70,8	1141,9
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14,1	22,5	32,5	35,8	42,2	299,3
- прочие	49,6	63,1	18,4	29,2	44,8	90,3

Общая заболеваемость болезнями крови среди взрослого населения городов Самарской области в 2006-2018 годах немного выросла, с 1178,6 заболеваний на 100 тыс. человек до 1244,7, или на 5,6% ($Y = 800,25 + 104,4x$; $R = 0,9247$; $R^2 = 0,8552$). При этом общая заболеваемость всей патологией в городах области выросла на 9,6% (с 187187,5 до 205156,6 на 100 тыс. человек) ($Y = 53,18x^3 - 406,5x^2 + 916,5x + 615,4$; $R = 0,9989$; $R^2 = 0,998$).

В отличие от городов, в сельских районах Самарской области общая заболеваемость болезнями крови выросла весьма существенно, на 41,1%, с 853,6 заболеваний на 100 тыс. человек в 2006 году до 1204,6 – в 2018 году ($Y = 104,4x + 800,2$; $R = 0,9247$; $R^2 = 0,855$). При этом общая заболеваемость всеми классами болезней в сельской местности области выросла только на 17,3% (с 139523,4 на 100 тыс. человек до 163668,8), то есть общая заболеваемость сельского населения болезнями крови росла опережающими темпами относительно всей патологии в целом.

Необходимо отметить, что общая заболеваемость болезнями крови взрослого населения городов области значительно превышала таковую в сельских районах в 2006-2009 годах (на 37,4%-18,7%). В 2012-2018 годах показатели распространенности болезней крови в городах и сельских районах практически выровнялись (рисунок 3.2).

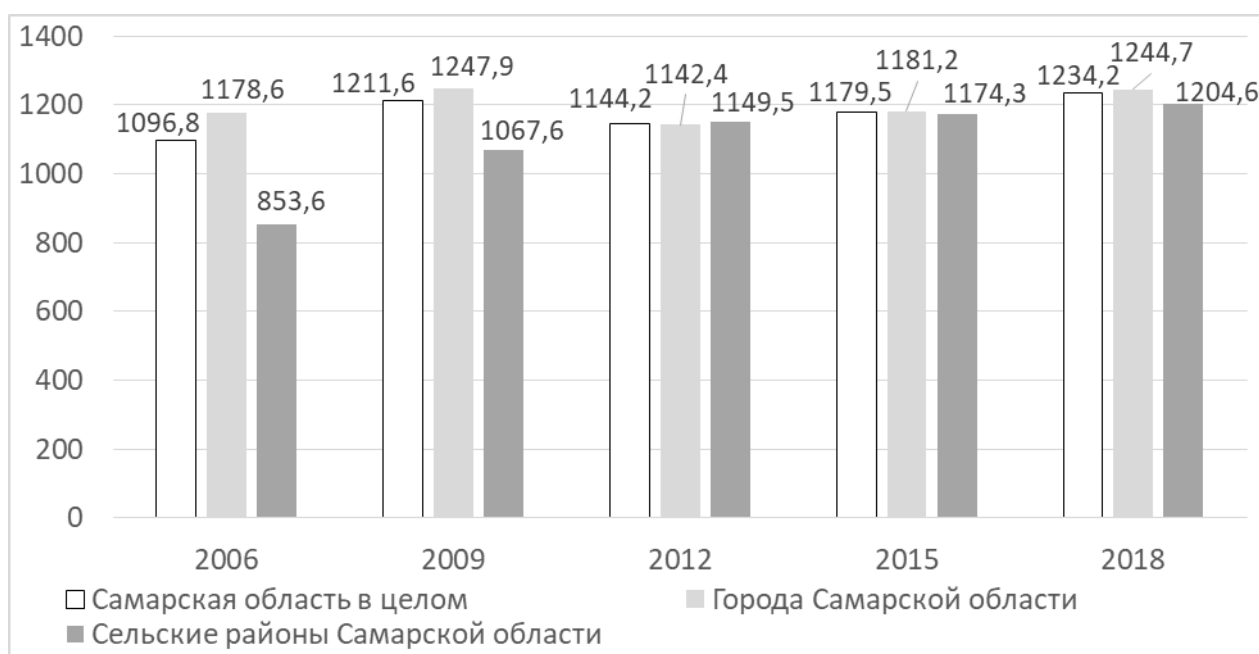


Рисунок 3.2. Общая заболеваемость взрослого населения Самарской области болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм в 2006-2018 годах, на 100 тыс. человек

В городах общая заболеваемость анемиями за 2006-2018 годы несколько возросла, с 1102,5 на 100 тыс. человек до 1115,0, или на 1,1%; а общая заболеваемость нарушениями свертываемости крови и отдельными

состояниями, вовлекающими иммунный механизм, возросла значительно, соответственно, с 6,7 до 56,7 на 100 тыс. человек (в 8,5 раз) и с 15,8 до 44,5 на 100 тыс. человек (в 2,8 раза) при снижении общей заболеваемости прочими болезнями крови с 53,6 до 28,2 на 100 тыс. человек, или почти в два раза.

В сельских районах, в отличие от городов, общая заболеваемость населения анемиями выросла значительно, с 802,5 до 1098,9 заболеваний на 100 тыс. человек, или на 36,9%. Общая заболеваемость нарушениями свертываемости крови и отдельными состояниями, вовлекающими иммунный механизм, возросла, соответственно, с 4,6 до 45,0 на 100 тыс. человек (почти в 10 раз) и с 9,3 до 25,2 на 100 тыс. человек (в 2,7 раза) при снижении общей заболеваемости прочими болезнями крови с 37,2 до 35,5 на 100 тыс. человек, или на 4,6%.

Таким образом, к 2018 году в городах и сельских районах Самарской области отмечались близкие показатели общей заболеваемости населения болезнями крови, включая анемии, в то время как общая заболеваемость нарушениями свертываемости крови и отдельными состояниями, вовлекающими иммунный механизм, в городах была существенно и статистически значимо выше ($p < 0,01$), чем в сельской местности.

Рассматривая структуру общей заболеваемости взрослого населения болезнями крови в городах в 2006 и 2018 годах, следует отметить снижение доли анемий с 93,5% до 89,6% ($p < 0,001$) и доли прочей патологии с 4,6% до 2,3% ($p < 0,001$). Одновременно наблюдается рост удельного веса нарушений свертываемости крови с 0,6% до 4,6% ($p < 0,001$) и удельного веса отдельных состояний, вовлекающих иммунный механизм с 1,3% до 3,5% ($p < 0,001$).

В структуре общей заболеваемости болезнями крови взрослого населения сельских районов за 2006 и 2018 годах отмечаются те же тенденции, что и в городах Самарской области, однако выраженные в значительно меньшей степени. О статистически значимой разности удельного веса составляющих общей заболеваемости населения ($p < 0,001$) можно говорить в отношении всех групп болезней класса: анемий (94,0% в 2006 году и 91,2% в

2018 году), нарушений свертываемости крови (0,5% и 3,7%); отдельных состояний, вовлекающих иммунный механизм (1,1% и 2,1%); прочей патологии (4,4% и 2,9%).

Первичная заболеваемость населения дает представление о распространении впервые возникающих заболеваний, что необходимо для оперативного реагирования в организации медицинской помощи.

В отличие от общей заболеваемости, первичная заболеваемость взрослого населения Самарской области болезнями крови, кроветворных органов и отдельными состояниями, вовлекающими иммунный механизм, с 2006 по 2018 год имеет стойкую тенденцию к снижению (рисунок 3.3).

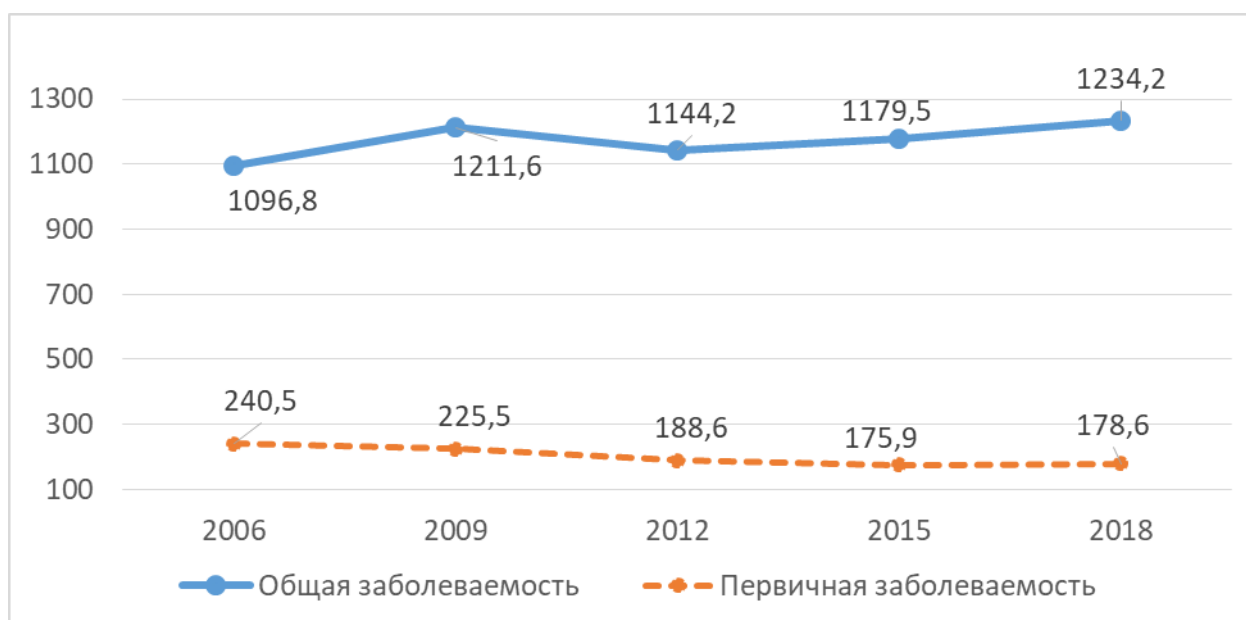


Рисунок 3.3. Общая и первичная заболеваемость болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, взрослого населения Самарской области в 2006-2018 годах, на 100 тыс. человек

За период 2006-2018 годов первичная заболеваемость сократилась с 240,5 случаев на 100 тыс. человек до 178,6, или на 25,7% ($Y = 265,3 - 23,07x$; $R = 0,9804$; $R^2 = 0,9611$). Новых регистрируемых случаев заболеваний крови становится меньше, но общая заболеваемость патологией растет, что говорит о повышении регистрации заболеваний крови, имеющих хроническое течение, прежде всего, связанных с нарушениями

свертываемости крови и отдельными состояниями, вовлекающими иммунный механизм, и требующими диспансерного наблюдения.

Действительно, с 2006 по 2018 год отмечается рост числа лиц с патологией крови, находящихся под диспансерным наблюдением, с 478,4 на 100 тыс. человек до 744,8, или на 55,7%. При этом число лиц с анемиями увеличилось на 48,5% (с 445,9 до 662,3 на 100 тыс. человек), число лиц, находящихся на диспансерном учете с нарушениями свертываемости крови, повысилось почти в 10 раз (с 4,5 до 43,8 на 100 тыс. жителей), а с отдельными состояниями, вовлекающими иммунный механизм, в 3,6 раза (с 7,8 до 28,3 на 100 тыс. жителей).

Данные о первичной заболеваемости взрослого населения Самарской области болезнями крови демонстрируют тенденцию к снижению за счет сокращения анемий (с 218,5 случаев на 100 тыс. жителей в 2006 году до 148,1 в 2018 году, или на 32,2% и прочей патологии крови (с 18,6 до 10,5 на 100 тыс. жителей, или на 43,5%). На этом фоне первичная заболеваемость нарушениями свертываемости крови выросла с 0,8 до 14,6 на 100 тыс. жителей, или в 18,3 (!) раза, а отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, - с 2,6 до 5,4 на 100 тыс. жителей, или более чем в два раза (таблица 3.2).

Следует подчеркнуть, что первичная заболеваемость взрослого населения Самарской области в целом за 2006-2018 годы сократилась на 7,0%, с 66112,3 до 61466,2 на 100 тыс. человек. На фоне такого снижения, сокращение первичной заболеваемости взрослого населения области болезнями крови шло опережающими темпами и привело к снижению доли последних в первичной заболеваемости в целом с 0,36% до 0,29% ($p < 0,001$).

В свою очередь, опережающий рост первичной заболеваемости населения нарушениями свертываемости крови и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, привел к существенному увеличению удельного веса данных групп заболеваний с 2006 по 2018 год: с 0,3% до 8,2% в отношении нарушений свертываемости крови ($p < 0,001$) и с 1,1% до 3,0% в

отношении отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм ($p < 0,001$).

Таблица 3.2

Первичная заболеваемость болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм взрослого населения Самарской области в 2006-2018 годах, на 100 тыс. человек

Заболевания	2006	2009	2012	2015	2018	2018 г. в % к 2006 г.
Болезни крови всего, из них:	240,5	225,5	188,6	175,9	178,6	74,3
- анемии	218,5	206,6	171,8	154,4	148,1	67,8
- нарушения свертываемости крови	0,8	0,8	6,7	9,6	14,6	1825,0
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	2,6	3,9	5,6	4,5	5,4	207,7
- прочие	18,6	14,2	4,5	7,4	10,5	56,5

Соответственно, доля анемий и прочих заболеваний крови в первичной заболеваемости класса болезней крови сократилась, соответственно с 90,9% до 82,9% ($p < 0,05$) и с 7,7% до 5,9% ($p < 0,05$).

Первичная заболеваемость взрослого населения городов Самарской области болезнями крови в 2006-2018 годах сократилась с 244,4 заболеваний на 100 тыс. человек до 175,2, или на 28,3%. При этом первичная заболеваемость по всем причинам в городах области снизилась на 8,5% (с 69835,4 до 63899,4 на 100 тыс. человек). Удельный вес первичной заболеваемости городского населения болезнями крови в структуре всей первичной заболеваемости сократился с 0,35% в 2006 году до 0,27% в 2018 году ($p < 0,05$).

В сельских районах Самарской области первичная заболеваемость взрослого населения болезнями крови также снизилась, с 228,7 заболеваний на 100 тыс. человек в 2006 году до 188,3 – в 2018 году (на 17,7%). При этом первичная заболеваемость населения всеми классами патологии в сельской

местности несколько снизилась на 0,9% (с 55048,9 на 100 тыс. человек до 54578,7). Таким образом, удельный вес первичной заболеваемости сельского населения болезнями крови в структуре всей первичной заболеваемости сократился с 0,42% в 2006 году до 0,35% в 2018 году ($p < 0,001$).

Нами отмечается, что первичная заболеваемость взрослого населения болезнями крови среди взрослого населения городов и сельских районов области, так же, как и в Самарской области в целом, имеет близкие значения и одинаковую тенденцию к сокращению за период с 2006 по 2018 год (результаты аппроксимации тенденции с помощью уравнений регрессии для Самарской области: $Y = 265,3 - 23,07x$; $R = 0,9904$; $R^2 = 0,96111$; для городов Самарской области: $Y = 7,75x^2 - 65,69x + 308,8$; $R = 0,9067$; $R^2 = 0,822$; для сельских районов Самарской области: $Y = -33,1x^3 + 227,5x^2 - 460,6x + 494$; $R = 0,9935$; $R^2 = 0,987$) (рисунок 3.4).



Рисунок 3.4. Первичная заболеваемость взрослого населения Самарской области болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм в 2006-2018 годах, на 100 тыс. человек

В городах первичная заболеваемость анемиями сократилась с 221,0 на 100 тыс. человек до 145,4, или на 34,2%; а нарушениями свертываемости крови и отдельными состояниями, вовлекающими иммунный механизм, наоборот,

возросла, соответственно, с 0,7 до 15,7 на 100 тыс. человек (более чем в 20 раз) и с 2,8 до 5,5 на 100 тыс. человек (почти в два раза) при снижении первичной заболеваемости прочими болезнями крови с 19,9 до 8,6 на 100 тыс. человек, или на 56,8%.

В сельских районах отмечается аналогичная ситуация. Первичная заболеваемость анемиями снизилась с 210,9 до 155,6 заболеваний на 100 тыс. человек, или на 26,2%. Первичная заболеваемость нарушениями свертываемости крови и отдельными состояниями, вовлекающими иммунный механизм, возросла, соответственно, с 1,1 до 11,4 на 100 тыс. человек (в 10,1 раза) и с 2,1 до 5,3 на 100 тыс. человек (более чем в 2,5 раза) при снижении первичной заболеваемости прочими болезнями крови с 14,6 до 16,0 на 100 тыс. человек, или на 9,6%.

Как и в отношении общей заболеваемости болезнями крови, к 2018 году в городах и сельских районах Самарской области отмечались близкие показатели первичной заболеваемости взрослого населения болезнями крови в целом, а также анемиями и отдельными состояниями, вовлекающими иммунный механизм, в то время как первичная заболеваемость нарушениями свертываемости крови в городах была существенно и статистически значимо выше ($p < 0,01$), чем в сельской местности.

В структуре первичной заболеваемости городского взрослого населения болезнями крови в 2006 и 2018 годах отмечается снижение доли анемий с 90,4% до 83,0% ($p < 0,001$) и доли прочей патологии с 8,2% до 4,9% ($p < 0,001$). Одновременно наблюдается рост удельного веса нарушений свертываемости крови с 0,3% до 9,0% ($p < 0,001$) и удельного веса отдельных состояний, вовлекающих иммунный механизм с 1,1% до 3,1% ($p < 0,001$).

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения сельских районов за 2006 и 2018 годы отмечаются те же тенденции, что и в городах Самарской области, но выраженные слабее. Удельный вес групп заболеваний в классе болезней крови изменился за 13 лет существенно ($p < 0,001$): анемий – с 92,2% до 82,6%, нарушений свертываемости крови - с 0,5% до 6,1%;

отдельных состояний, вовлекающих иммунный механизм - с 1,1% до 2,8%; прочей патологии – с 4,4% до 8,5%.

Таким образом, за период 2006-2018 годов отмечается рост общей заболеваемости взрослого населения Самарской области классом болезней крови, кроветворных органов и отдельных состояний, вовлекающих иммунный механизм при одновременном снижении первичной заболеваемости.

3.3. Заболеваемость взрослого населения злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей

Помимо болезней крови и кроветворных органов в гематологической практике важнейшим звеном является оказания медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей.

За 2006-2018 годы контингенты (число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на конец года) взрослого населения Самарской области со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (рубрики С81-С96 класса II Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10)) (далее – злокачественных новообразований крови) возросли с 106,4 человек на 100 тыс. жителей до 180,9, или на 70,0% ($Y = 89.95 + 15.76x$; $R = 0.9637$; $R^2 = 0.929$).

В структуре всех злокачественных новообразований удельный вес злокачественных новообразований крови повысился с 4,1% в 2006 году до 5,2% в 2018 году ($p < 0,01$), то есть контингенты злокачественными новообразований крови росли более быстрыми темпами (на 70,0%) относительно роста контингентов злокачественными новообразованиями в целом (на 40,3%).

Контингенты взрослого населения со злокачественными новообразованиями крови выросли как в целом ($Y = 89.95 + 15.76x$; $R = 0.9637$; $R^2 = 0.929$), так и по двум составляющим группам заболеваний: злокачественным лимфомам (с 59,6 на 100 тыс. человек до 105,3, или на 76,7%) ($Y = 48,05 + 11,27x$; $R = 0,9891$; $R^2 = 0,978$) и лейкомиям (лейкозам) (с 46,8 на 100 тыс. человек до 75,6, или на 61,5%) ($Y = -4,283x^3 + 31,25x^2 - 62,66x + 82,5$; $R = 0.9929$; $R^2 = 0,986$) (таблица 3.3).

Характерен более быстрый рост контингентов со злокачественными лимфомами (на 76,7%) за 2006-2018 годы среди взрослого населения Самарской области относительно роста значения контингентов с лейкомиями (лейкозами) (на 61,5%), что приводит к некоторому повышению доли злокачественных лимфом в структуре злокачественных новообразований крови с 56,0% в 2006 году до 58,2% в 2018 году ($p > 0,05$), и, соответственно к снижению удельного веса лейкозов с 44,0% до 41,8%.

Таблица 3.3

Контингенты со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей взрослого населения Самарской области в 2006-2018 годах, пациентов на 100 тыс. жителей

Контингенты пациентов с заболеваниями	2006	2009	2012	2015	2018	2018 г. в % к 2006 г.
Злокачественные новообразования крови всего, из них:	106,4	116,6	144,9	149,5	180,9	170,0
- злокачественные лимфомы	59,6	68,7	84,8	91,8	105,3	176,7
- лейкомии (лейкозы)	46,8	47,9	60,1	57,7	75,6	161,5

Частота контингентов со злокачественными новообразованиями крови взрослого населения городов Самарской области в 2006-2018 годах в среднем на 7,2-10,8% выше данного показателя среди взрослого населения Самарской области. Так, за 2006-2018 годы контингенты со злокачественными

новообразованиями крови взрослого населения городов выросли с 117,3 до 196,1 заболеваний на 100 тыс. жителей, или на 67,2%.

Контингенты со злокачественными новообразованиями крови взрослых горожан выросли не только в целом ($Y = 99,2 + 16,27x$; $R = 0,9618$; $R^2 = 0,9251$), но и по двум составляющим группам заболеваний: злокачественным лимфомам (с 64,2 на 100 тыс. человек до 113,5, или на 76,8%) и лейкомиям (лейкозам) (с 53,1 на 100 тыс. человек до 82,6, или на 55,6%).

Более интенсивный рост контингентов со злокачественными лимфомами также приводит к повышению их удельного веса в структуре злокачественных новообразований крови с 54,7% в 2006 году до 57,9% в 2018 году ($p < 0,05$), и, соответственно к снижению удельного веса лейкозов с 45,3% до 42,1%.

Что касается сельской местности, то частота контингентов со злокачественными новообразованиями крови среди взрослого населения здесь в среднем на 22,2-23,9% ниже, чем среди взрослого населения Самарской области. Вместе с тем, темп прироста данной патологии выше областных показателей ($Y = 62,1 + 14,47x$; $R = 0,9524$; $R^2 = 0,9072$). Так, за 2006-2018 годы контингенты со злокачественными новообразованиями крови среди взрослого населения сельских районов выросли с 74,0 до 137,7 человек на 100 тыс. жителей, или на 86,1%.

Такой существенный рост патологии приводит к повышению удельного веса злокачественных новообразований крови в структуре всех злокачественных новообразований среди взрослого населения сельской местности с 3,0% в 2006 году до 4,7% в 2018 году ($p < 0,01$).

Контингенты со злокачественными новообразованиями крови взрослых жителей села растут практически одинаково интенсивно по двум составляющим группам заболеваний: злокачественным лимфомам (с 46,0 на 100 тыс. человек до 82,0, или на 78,3%) и лейкомиям (лейкозам) (с 28,0 на 100 тыс. человек до 42,6, или на 55,7%). Структура контингентов со злокачественными новообразованиями крови меняется не существенно: доля

лимфом в структуре злокачественных новообразований крови в 2006 году составила 62,2%, в 2018 году – 59,7%, и, соответственно удельный вес лейкозов - 37,8% и 40,3%.

Частота контингентов со злокачественными образованиями крови среди взрослого населения городов и сельской местности Самарской области значительно отличается в сторону больших значений в городах ($p < 0,01$ по всем периодам) (рисунок 3.5).

Вместе с тем, за 2006-2018 годы отмечается тенденция сближения показателей, если в 2006 году частота контингентов с данной патологией в городах была выше, чем в сельской местности в 1,6 раза, то в 2018 году – только в 1,4 раза ($p < 0,01$).



Рисунок 3.5. Контингенты со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей взрослого населения Самарской области в 2006-2018 годах, число пациентов на 100 тыс. человек

Говоря о первичной заболеваемости взрослого населения Самарской области злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, следует отметить ее значительный рост в период с 2006 по 2018 годы с 20,1 до 29,4 на 100 тыс. жителей (на 46,3%) ($Y = 17.1 +$

3.27x; $R = 0.9972$; $R^2 = 0.9944$), но который все же ниже роста контингентов со злокачественными новообразованиями крови (на 70,0%, $p < 0,01$).

Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями крови росла опережающими темпами (на 46,3%) относительно первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в целом (на 25,8%) за период 2006-2018 годов, что привело к повышению доли первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями крови в первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в целом с 4,1% до 4,7% ($p < 0,01$).

В наибольшей степени выросла первичная заболеваемость злокачественными лимфомами – с 10,7 до 15,8 на 100 тыс. жителей, или на 47,7%. Первичная заболеваемость лейкомиями (лейкозами) выросла в несколько меньшей степени, на 44,7% - с 9,4 до 13,6 на 100 тыс. жителей (таблица 3.4).

Таблица 3.4

Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей взрослого населения Самарской области в 2006-2018 годах, на 100 тыс. человек

Заболевания	2006	2009	2012	2015	2018	2018 г. в % к 2006 г.
Злокачественные новообразования крови всего, из них:	20,1	23,9	27,2	29,9	29,4	148,8
- злокачественные лимфомы	10,7	12,6	13,7	17,4	15,8	147,7
- лейкомии (лейкозы)	9,4	11,3	13,5	12,5	13,6	144,7

В структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями крови преобладают злокачественные лимфомы, доля которых практически не изменилась (53,2% в 2006 году и 53,7% в 2018 году). Соответственно, в аналогичном промежутке времени удельный вес лейкозов составил, соответственно, 46,8% и 46,3%.

Первичная заболеваемость городского взрослого населения Самарской области злокачественными новообразованиями крови в 2006-2018 годах в среднем на 6,4-7,1% выше областного показателя. За 2006-2018 годы первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями крови взрослого населения городов выросла с 21,4 до 31,5 заболеваний на 100 тыс. жителей, или на 47,2% ($Y = 18,3 + 3,47x$; $R = 0,9954$; $R^2 = 0,9907$).

Данный показатель вырос как в целом, так и в отношении злокачественных лимфом (с 10,9 на 100 тыс. человек до 16,9, или на 55,0%) и лейкозиев (с 10,5 на 100 тыс. человек до 14,6, или на 39,0%).

За счет более интенсивного роста первичной заболеваемости злокачественными лимфомами происходит повышение их удельного веса в структуре злокачественных новообразований крови с 50,9% в 2006 году до 53,7% в 2018 году ($p < 0,05$), и, соответственно к снижению удельного веса лейкозов с 49,1% до 46,3%.

Первичная заболеваемость сельского взрослого населения злокачественными новообразованиями крови в среднем на 19,1-20,9% ниже, чем взрослого населения Самарской области. За 2006-2018 годы первичная заболеваемость взрослого сельского населения злокачественными новообразованиями крови выросла с 15,9 до 23,2 заболеваний на 100 тыс. жителей, или на 45,9% ($Y = 13,4 + 2,75x$; $R = 0,9958$; $R^2 = 0,9917$) (рисунок 3.6).

Более интенсивно растет первичная заболеваемость взрослых жителей села лейкозиев (лейкозами): с 5,9 до 10,7 заболеваний на 100 тыс. жителей, или на 81,4%, в меньшей степени - злокачественными лимфомами: с 10,0 на 100 тыс. человек до 12,6, или на 26,0%). Соответственно, меняется и структура первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями крови: доля лимфом в структуре злокачественных новообразований крови в 2006 году составила 62,9%, в 2018 году - 54,1%, и, соответственно удельный вес лейкозов - 37,1% и 45,9%.

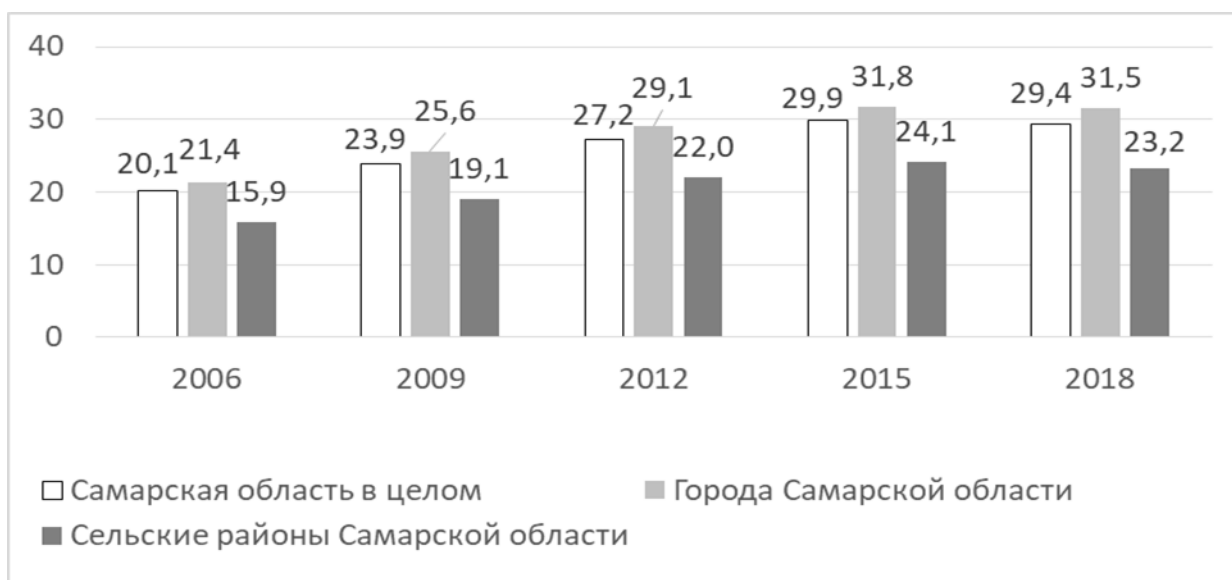


Рисунок 3.6. Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей взрослого населения Самарской области в 2006-2018 годах, на 100 тыс. человек

Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями крови в городах в среднем в 1,3 раза превышает таковую в сельской местности, и эта разница за период 2006-2018 годов сохраняется.

3.4. Заболеваемость взрослого населения всеми болезнями крови

Болезни крови в целом включают в себя класс болезней крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (III класс МКБ-10) (болезни крови) и подкласс злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (рубрики С81-С96 II класса МКБ-10) (злокачественные новообразования крови).

Объединяя болезни крови со злокачественными новообразованиями крови, можно говорить о «суммарной» заболеваемости населения болезнями крови. Такой показатель актуален с точки зрения организации медицинской помощи по профилю «гематология».

Вместе с тем, объединить две названные категории заболеваний можно только в рамках сопоставимых сведений федерального статистического наблюдения удалось с 2012 года, в рамках форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

«Суммарная» общая заболеваемость всеми болезнями крови взрослого населения Самарской области за период 2012-2018 годов выросла с 1275,2 на 100 тыс. жителей до 1397,9 на 100 тыс. жителей, или на 9,6%. Значительно больший вклад в рост гематологической патологии внес подкласс злокачественных новообразований крови (рост на 25,0%) относительно болезней крови (рост только на 7,9%).

В городах «суммарная» распространенность гематологической патологии на 0,3-1,3% (в зависимости от года) выше областных значений, за 2012-2018 годы она выросла с 1279,4 до 1415,4 заболеваний на 100 тыс. жителей, или на 10,6%, причем в основном за счет злокачественных новообразований крови (их рост составил 24,6%), тогда как общая заболеваемость болезнями крови взрослого населения городов возросла на 9,0% (таблица 3.5).

В сельских районах «суммарная» общая заболеваемость болезнями крови в 2012 – 2018 годах была на 1,0%-3,6%, ниже областного уровня. В течение 2012-2018 годов показатель вырос с 1262,8 до 1347,5 заболеваний на 100 тыс. жителей, или на 6,7%. Рост общей заболеваемости всеми болезнями крови происходил как за счет злокачественных новообразований крови (их рост составил 26,1%), так и болезней крови, общая заболеваемость которыми выросла на 4,8%.

С учетом неравномерного роста классов заболеваний, формирующих гематологическую патологию взрослого населения Самарской области, изменилась их структура за 2012-2018 годы.

Таблица 3.5

«Суммарная» общая заболеваемость болезнями крови взрослого населения Самарской области в 2006-2018 годах, на 100 тыс. жителей

Заболевания	2012	2015	2018	2018 г. в % к 2012 г.
Самарская область				
Болезни крови D50-D89	1144,2	1179,5	1234,2	107,9
Злокачественные новообразования крови C81-C96	131,0	132,8	163,7	125,0
Итого	1275,2	1312,3	1397,9	109,6
Города Самарской области				
Болезни крови D50-D89	1142,4	1181,2	1244,7	109,0
Злокачественные новообразования крови C81-C96	137,0	135,2	170,7	124,6
Итого	1279,4	1316,4	1415,4	110,6
Сельские районы Самарской области				
Болезни крови D50-D89	1149,5	1174,3	1204,6	104,8
Злокачественные новообразования крови C81-C96	113,3	114,5	142,9	126,1
Итого	1262,8	1288,8	1347,5	106,7

Доля болезней крови снизилась с 89,7% до 88,3%, в то время как удельный вес злокачественных новообразований крови вырос с 10,3% до 11,7% ($p < 0,05$). Аналогичные изменения в структуре общей заболеваемости болезнями крови характерны для городского и сельского населения Самарской области.

«Суммарная» первичная заболеваемость взрослого населения Самарской области болезнями крови за период 2012-2018 годов, в отличие от общей заболеваемости, снизилась с 212,9 на 100 тыс. жителей до 203,4 на 100 тыс. жителей, или на 4,5%.

При этом подкласс злокачественных новообразований крови вырос на 2,1% при одновременном сокращении первичной заболеваемости болезнью крови на 5,3% (таблица 3.6).

Таблица 3.6

«Суммарная» первичная заболеваемость взрослого населения Самарской области всеми болезнями крови в 2006-2018 годах, на 100 тыс. жителей

Заболевания	2012	2015	2018	2018 г. в % к 2006 г.
Самарская область				
Болезни крови D50-D89	188,6	175,9	178,6	94,7
Злокачественные новообразования крови С81-С96	24,3	25,2	24,8	102,1
Итого	212,9	201,1	203,4	95,5
Города Самарской области				
Болезни крови D50-D89	162,1	176,5	175,2	108,0
Злокачественные новообразования крови С81-С96	25,6	25,1	25,6	100,0
Итого	187,7	201,6	200,8	107,0
Сельские районы Самарской области				
Болезни крови D50-D89	266,9	174,1	188,3	70,6
Злокачественные новообразования крови С81-С96	20,5	23,8	22,5	109,8
Итого	287,4	197,9	210,8	73,3

В городах и сельских районах показатели «суммарной» первичной заболеваемости всеми болезнями крови имеют достаточно близкие значения, но отличаются по динамике.

Так, в городах области имеется тенденция к росту первичной заболеваемости, особенно в отношении болезней крови. В сельских районах области первичная заболеваемость снижается при некотором росте показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями крови. Отмечается более высокая первичная заболеваемость горожан ($p > 0,05$) злокачественными новообразованиями крови (в среднегодовом значении – $25,4 \pm 2,0$) относительно жителей сельских районов ($22,3 \pm 1,9$), что характерно и для общей заболеваемости.

Вследствие разнонаправленной динамики первичной заболеваемости по классам заболеваний, формирующих гематологическую патологию взрослого

населения Самарской области, изменилась структура «суммарной» первичной заболеваемости за 2012-2018 годы. Доля болезней крови несколько снизилась с 88,6% до 87,8%, соответственно, удельный вес злокачественных новообразований крови вырос с 11,4% до 12,2%. Достаточно близкие изменения в структуре гематологической патологии характерны для городского и сельского населения области.

3.5. Смертность взрослого населения от заболеваний крови

Наряду с показателями заболеваемости взрослого населения от болезней крови важнейшим элементом, характеризующим состояние здоровья населения, является смертность от гематологических болезней, что также является важным аспектом при организации медицинской помощи населению по профилю «гематология».

Ежегодно в Самарской области от болезней крови в 2006-2018 годах умирало 322-321 человек в возрасте 18 лет и старше. Смертность взрослого населения от гематологических заболеваний увеличилась незначительно, с 12,3 на 100 тыс. жителей в 2006 году до 12,4 в 2018 году, или на 0,8%. Следует отметить, что за этот же период общий коэффициент смертности населения Самарской области снизился с 15,5 на 1000 жителей до 13,5, или 12,9%, что свидетельствует о повышении значимости болезней крови в смертности населения.

Значение и динамика смертности взрослого населения от болезней крови во многом зависит от класса болезней. Так, смертность взрослого населения от класса болезней крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (III класс МКБ-10) (болезни крови) в период 2006-2018 годов сократилась с 1,3 на 100 тыс. жителей до 0,8, или на 38,5% ($Y = 0,2x^2 - 1,02x + 2,1$; $R = 0,9757$; $R^2 = 0,952$).

В то же время, смертность взрослого населения от подкласса злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных

им тканей (рубрики С81-С96 II класса МКБ-10) (злокачественные новообразования крови), напротив, выросла с 11,0 на 100 тыс. жителей в 2006 году до 11,6 на 100 тыс. жителей в 2018 году, или на 5,5% ($Y=9,55+1,26x$; $R=0,9924$; $R^2=0,9849$).

При этом до 2015 года отмечался рост смертности от данных заболеваний до 14,7 на 100 тыс. жителей, после чего смертность существенно сократилась на 21,1% (таблица 3.7).

В городах Самарской области отмечается снижение смертности от заболеваний крови на 2,5%, причем исключительно за счет болезней крови (класс D50-D89). В отношении злокачественных болезней крови смертность в городах стабилизировалась (10,7 на 100 тыс. горожан в 2006 году и 10,8 – в 2018 году). в сельских районах сократилась с 1,2 до 0,6 на 100 тыс. жителей, то есть в два раза.

Таблица 3.7

Смертность взрослого населения Самарской области
от болезней крови в 2006-2018 годах,
на 100 тыс. жителей

Заболевания	2006	2009	2012	2015	2018	2018 г. в % к 2006 г.
Самарская область						
Болезни крови D50-D89	1,3	0,8	0,9	1,2	0,8	61,5
Злокачественные новообразования крови С81-С96	11,0	11,8	13,3	14,7	11,6	105,5
Итого	12,3	12,6	14,2	15,9	12,4	100,8
Города Самарской области						
Болезни крови D50-D89	1,3	0,9	0,9	1,3	0,9	69,2
Злокачественные новообразования крови С81-С96	10,7	11,4	13,5	14,1	10,8	100,9
Итого	12,0	12,3	14,4	15,4	11,7	97,5
Сельские районы Самарской области						
Болезни крови D50-D89	1,2	0,8	0,9	1,0	0,6	50,0
Злокачественные новообразования крови С81-С96	12,0	12,7	13,4	16,6	13,8	115,0
Итого	13,2	13,5	14,3	17,6	14,4	109,1

В то же время, в сельских районах отмечается рост смертности взрослого населения от всех болезней крови на 9,1%, причем, как и в городах, только за счет злокачественных новообразований крови (рубрики С81-С96) (рост с 12,0 до 13,8 на 100 тыс. жителей, или на 15,0%). Смертность сельских жителей от болезней крови (класс D50-D89) сократилась за 2006-2018 годы в два раза.

В городах Самарской области уровень смертности от болезней крови в целом несколько ниже ($12,1 \pm 0,5$ в среднегодовом значении) относительно сельских районов ($13,7 \pm 0,7$), хотя различие статистически не значимо ($p > 0,05$).

В структуре смертности взрослого населения Самарской области от болезней крови в 2006 году на злокачественные новообразования крови приходилось 89,8% причин, на болезни крови – 10,2%. За тринадцать лет наметилась тенденция к повышению удельного веса злокачественных новообразований крови до 93,5% в 2018 году и, соответственно, к снижению доли болезней крови до 6,5%. Аналогичная динамика структуры смертности характерна для городов и сельских районов.

В структуре смертности взрослого населения от болезней крови в 2006 году значимые места занимали острая постгеморрагическая анемия (18,2%), железо- и витамин В12- дефицитные анемии (15,2%), апластические анемии (9,1%). В 2018 году в данной структуре основными причинами были апластические анемии (19,0%), гемолитические анемии (19,0%) и тромбоцитопении (14,3%). Данные заболевания составляют более половины всех случаев смертности.

Поскольку подавляющее большинство случаев смерти от заболеваний крови приходится на злокачественные новообразования крови, интерес представляет динамика уровня смертности от двух основных составляющих подкласса новообразований крови – злокачественных лимфом и лейкозов (лейкемий).

В течение 2006-2018 годов уровень смертности взрослого населения Самарской области от злокачественных лимфом вырос с 5,0 на 100 тыс. жителей до 6,1 на 100 тыс. жителей, или на 22,0%. За тот же промежуток

времени уровень смертности от лейкозов (лейкемий) снизился с 6,0 на 100 тыс. жителей до 5,5 на 100 тыс. жителей, или на 8,4%.

Таким образом, очевиден существенно более сильный темп прироста смертности взрослого населения от злокачественных лимфом относительно лейкозов (рисунок 3.9).

Такие же тенденции отмечены в городах и сельских районах Самарской области. В городах среднегодовой уровень смертности от злокачественных лимфом в 2006-2018 годах составил 6,3 на 100 тыс. жителей, почти столько же, что и в сельских районах (6,5). Показатель среднегодовой смертности за 2006-2018 годы от лейкозов (лейкемий) в городах несколько ниже (5,8 на 100 тыс. жителей), чем в сельских районах (7,2 на 100 тыс. жителей).



Рисунок 3.9. Уровень смертности взрослого населения Самарской области от злокачественных новообразований крови по группам заболеваний в 2006-2018 годах, на 100 тыс. жителей

В структуре смертности взрослого населения от злокачественных лимфом в 2006 году преобладала группа неходжкинских лимфом (56,2%), на втором месте – лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз) – 22,3%, далее – миеломы (19,2%). В 2018 году данная структура изменилась в сторону некоторого снижения доли неходжкинских лимфом (47,5%), значительного

роста удельного веса миелом (34,2%) и сокращения доли лимфомы Ходжкина до 13,9%.

В структуре смертности взрослого населения от лейкозов (лейкемий) в 2006 году были примерно одинаково представлены лимфоцитарные лейкозы (49,6%) и миелолейкозы (50,4%), в то время как в 2018 году удельный вес миелолейкозов повысился до 62,7% и, соответственно, снизилась доля лимфоцитарных лейкозов до 37,3%.

Рассматривая уровень и структуру смертности взрослого населения от всех заболеваний крови в 2006 и 2018 годах, следует отметить не только стабилизацию уровня смертности, но и изменение ее структуры по причинам в сторону снижения доли болезней крови с 10,2% до 6,5%, а также лейкозов (лейкемий) с 49,4% до 44,2% и роста удельного веса злокачественных лимфом с 40,4% до 49,2% (рисунок 3.10).

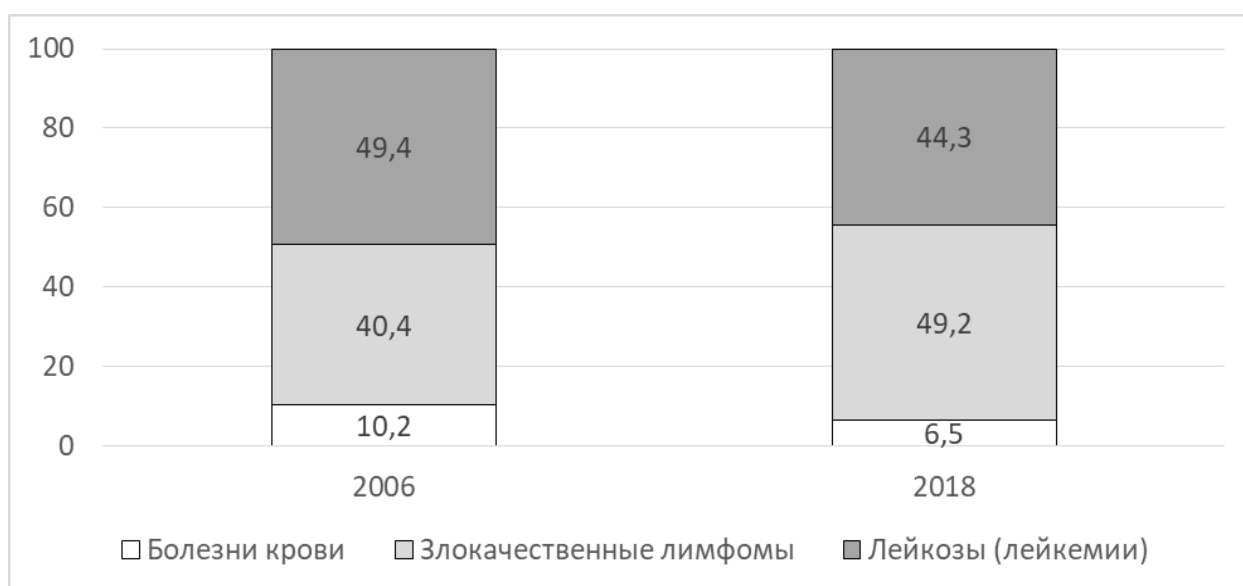


Рисунок 3.10. Структура смертности взрослого населения Самарской области от основных причин заболеваний крови в 2006 и 2018 годах, в процентах

Удельный вес умерших лиц трудоспособного взрослого населения от заболеваний крови в Самарской области относительно общего числа умерших лиц взрослого населения от заболеваний крови сократился с 41,3% в 2006 году до 28,5% в 2018 году.

Вместе с тем, смертность населения от заболеваний крови имеет тенденцию к стабилизации не только среди взрослого населения в целом, но и среди трудоспособного взрослого населения: за период 2006-2018 годов уровень смертности в этой возрастной группе сократился с 6,5 на 100 тыс. жителей до 6,3 на 100 тыс. жителей, или на 3,1% ($Y = 0,25x^2 - 1,15x + 7,4$; $R = 0,9994$; $R^2 = 0,9988$).

В то же время, смертность выросла у взрослого населения старше трудоспособного возраста – с 26,5 на 100 тыс. жителей данной возрастной группы до 27,0 на 100 тыс. жителей, или на 1,9% (таблица 3.8).

Таблица 3.8

Некоторые показатели, характеризующие смертность взрослого населения Самарской области от заболеваний крови в 2006-2018 годах

Показатель	2006	2009	2012	2015	2018	2018 г. к 2006 г., в %
Удельный вес умерших в трудоспособном возрасте, в %	41,3	36,4	31,7	29,5	28,5	-
Смертность в трудоспособном возрасте, на 100 тыс. жителей	6,5	6,1	6,2	6,8	6,3	96,9
Смертность в возрасте старше трудоспособного, на 100 тыс. жителей	26,5	28,0	32,4	35,2	27,0	101,9
Удельный вес умерших в стационаре, в %	43,8	46,4	50,1	52,0	57,9	-
Удельный вес умерших на дому, в %	54,7	52,1	48,3	46,3	40,5	-

Важным, на наш взгляд, обстоятельством является тенденция повышения доли умерших от заболеваний крови в стационарах с 43,8% в 2006 году до 57,9% в 2018 году ($p < 0,01$) при одновременном снижении доли умерших на дому, соответственно, с 54,7% до 40,5% ($p < 0,01$), что может свидетельствовать с одной стороны, об определенном утяжелении патологии,

с другой стороны, о все еще недостаточных ресурсах стационарной помощи и требует дальнейшего исследования.

Резюме. Численность населения Самарской области имеет тенденцию к сокращению с одновременным ростом числа взрослого населения, включая опережающую динамику роста лиц старше трудоспособного возраста.

Гематологическая патология в целом включает в себя класс болезней крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (болезни крови) и подкласс злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (злокачественные новообразования крови).

За 2006-2018 годы общая заболеваемость болезнями крови среди взрослого населения Самарской области увеличивается, причем в большей степени за счет злокачественных новообразований крови. Значительно увеличивается также общая заболеваемость нарушениями свертываемости крови. В городах уровень общей заболеваемости болезнями крови выше, чем в сельских районах, особенно в отношении злокачественных новообразований крови. В структуре общей заболеваемости болезнями крови по группам заболеваний отмечается сокращение удельного веса анемий на фоне роста доли других заболеваний, особенно нарушений свертываемости крови.

Первичная заболеваемость болезнями крови в целом снижается, преимущественно за счет анемий, в то же время первичная заболеваемость нарушениями свертываемости крови и злокачественными новообразованиями крови растет, особенно выражено в отношении злокачественных лимфом. В городах первичная заболеваемость взрослого населения болезнями крови близка к уровню заболеваемости в сельских районах, а в отношении злокачественных новообразований крови - превышает уровень сельских районов. Динамика структуры первичной заболеваемости близка к динамике структуры общей заболеваемости болезнями крови.

Отмечается стабилизация показателя смертности взрослого населения Самарской области, как городского, так и сельского, от всех заболеваний

крови, в том числе в трудоспособном возрасте при росте смертности от злокачественных новообразований крови и существенном снижении уровня смертности от болезней крови. В структуре смертности взрослого населения от гематологических заболеваний на злокачественные новообразования крови приходится подавляющее большинство случаев. За 2006-2018 годы динамика структуры смертности по причинам меняется в сторону снижения доли болезней крови, а также лейкозов (лейкемий) и роста удельного веса злокачественных лимфом, доля которых составляет половину от всех случаев смерти.

ГЛАВА 4.

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРОФИЛЮ «ГЕМАТОЛОГИЯ»

Оказание гематологической медицинской помощи населению, то есть по профилю «гематология», включает в себя осуществление медицинской помощи больным с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей. Оказание такой помощи проводится в разных видах и условиях при участии различных специалистов. В рамках настоящего исследования изучается организация специализированной гематологической медицинской помощи, оказываемая врачами-гематологами взрослому населению.

4.1. Первичная специализированная медицинская помощь по профилю «гематология» в амбулаторных условиях

На конец 2015 года в Самарской области медицинскую помощь взрослому населению, оказываемую врачами-гематологами в амбулаторных условиях (далее гематологическую помощь), осуществляли шесть медицинских организаций, находящихся в областном центре (г. Самара). Это Клиники Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ), Самарская областная клиническая больница (СОКБ) им В.Д. Середавина (консультативная поликлиника), городская поликлиника (ГП) № 6, городская клиническая поликлиника (ГКП) № 15, Самарская областная клиническая больница № 2 (СОКБ № 2), и Самарский областной центр планирования семьи и репродукции (СОЦПСР).

За период с 2006 по 2015 год число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в амбулаторных условиях по профилю «гематология», возросло с четырех до шести, или на 50,0%. На протяжении десяти лет происходили изменения в деятельности

медицинских организаций: одни выбывали, другие, наоборот, начинали оказывать гематологическую помощь (таблица 4.1).

Таблица 4.1

Медицинские организации Самарской области, оказывающие специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю «гематология»

Годы	2006	2009	2012	2015	2015 г. в % к 2006 г.
Число медицинских организаций	4	3	4	6	150,0
Медицинские организации	Клиники СамГМУ	Клиники СамГМУ	Клиники СамГМУ	Клиники СамГМУ	+
	СОКБ	СОКБ	СОКБ	СОКБ	+
	ГКП № 3 г. Тольятти	-	-	-	-
	ГП № 8 г. Самары	-	-	-	-
	-	ГП № 6 г. Самары	ГП № 6 г. Самары	ГП № 6 г. Самары	+
	-	-	ГКП № 15 г. Самары	ГКП № 15 г. Самары	+
	-	-	-	СОКБ № 2	+
	-	-	-	СОЦПСР	+

Таким образом, на протяжении десяти лет (2006-2015 годы) на постоянной основе гематологическую специализированную помощь в амбулаторных условиях оказывали Клиники Самарского государственного медицинского университета и Самарская областная клиническая больница, остальные медицинские организации осуществляли данную помощь периодически, в зависимости от наличия в штате учреждения врача-гематолога.

Увеличение числа медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю «гематология», привело к повышению количества посещений, сделанных населением

Самарской области к врачам-гематологам с 6849 посещений в 2006 году до 15279 посещений в 2015 году (рост на 123,1%, или в более чем в 2,2 раза). Увеличилось число посещений как городского населения (с 5825 в 2006 году до 12734 в 2015 году, или на 118,6%), так и сельских жителей (с 1024 в 2006 году до 2545 в 2015 году, или на 148,5%).

Объемные показатели амбулаторной специализированной гематологической помощи жителям Самарской области, в том числе городскому и сельскому населению, отражает таблица 4.2.

Таблица 4.2

Амбулаторные посещения жителей Самарской области к врачам-гематологам в 2006-2015 годах, на 100 тысяч человек

Посещения, на 100 тысяч жителей	2006	2009	2012	2015	2015 г. в % к 2006 г.
Жителями Самарской области	262,6	242,2	418,6	577,9	220,1
Жителями городов	298,5	273,5	507,6	645,8	216,3
Жителями сельских районов	155,9	148,9	156,3	378,6	242,8

Оценивая величину и динамику объемных показателей амбулаторной специализированной медицинской помощи по профилю «гематология», следует отметить достаточно низкие показатели числа гематологических посещений (в среднем 5-6 посещений на 1000 жителей в год). Удельный вес посещений к врачам-гематологам в 2015 году составил только 0,09% от общего числа посещений в амбулаторно-поликлинические организации Самарской области.

Характерна существенная, статистически значимая разница ($p < 0,01$), между числом гематологических посещений на 100 тысяч жителей городов и сельских районов, достигающая 1,7-3,2-кратных значений. Это закономерно,

учитывая то обстоятельство, что ни в одном сельском районе Самарской области нет амбулаторного приема врачом-гематологом. Все сельские жители получают гематологическую помощь на амбулаторном этапе в медицинских организациях областного центра.

Удельный вес посещений жителей сельских районов к врачам-гематологам от общего числа гематологических посещений жителей области за 2006-2015 годы изменился незначительно, с 15,0% в 2006 году до 16,7% в 2015 году. Вместе с тем, доля взрослых жителей сельских районов в численности населения Самарской области гораздо выше (25,4% в 2015 году), что свидетельствует о диспропорциях в гематологических посещениях жителей области, смещенных в сторону городского населения.

Более низкие объемы специализированной медицинской помощи по профилю «гематология» в амбулаторных условиях определяют и относительно низкие показатели общей и первичной заболеваемости и в то же время более высокие показатели смертности от болезней крови, особенно злокачественных новообразований крови, у сельских жителей по сравнению с горожанами.

С 2012 года наметилась тенденция увеличения объемов амбулаторной специализированной гематологической помощи, и, в результате, за десять лет (2006-2015 годы) число гематологических посещений на 100 тысяч жителей выросло в Самарской области с 262,6 до 577,9 (в 2,2 раза ($Y = 44,92x^2 - 112,4x + 319,3$; $R = 0,9839$; $R^2 = 0,968$)). При этом возрос и удельный вес гематологических посещений в общем числе посещений в амбулаторно-поликлинические организации Самарской области с 0,04% в 2006 году до 0,09% в 2015 году.

В городах Самарской области число посещений к врачам-гематологам выросло с 298,5 на 100 тысяч человек в 2006 году до 645,8 в 2015 году, или на 116,3%. В сельских районах темп прироста числа гематологических посещений на 100 тысяч жителей выше, чем в городах и составил 142,8%: посещения выросли с 155,9 на 100 тысяч жителей до 378,6.

Увеличение объемов специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «гематология» отражается на повышении общей заболеваемости болезнями крови взрослого населения Самарской области, особенно в части злокачественных новообразований крови.

Основная часть амбулаторных гематологических посещений населения Самарской области приходится на две медицинские организации – Клиники Самарского медицинского университета и Самарскую областную клиническую больницу. В разные годы на данные учреждения приходилось от 59,1% (в 2006 году) до 98,7% (в 2009 году) от общего числа гематологических посещений (рисунок 4.1).

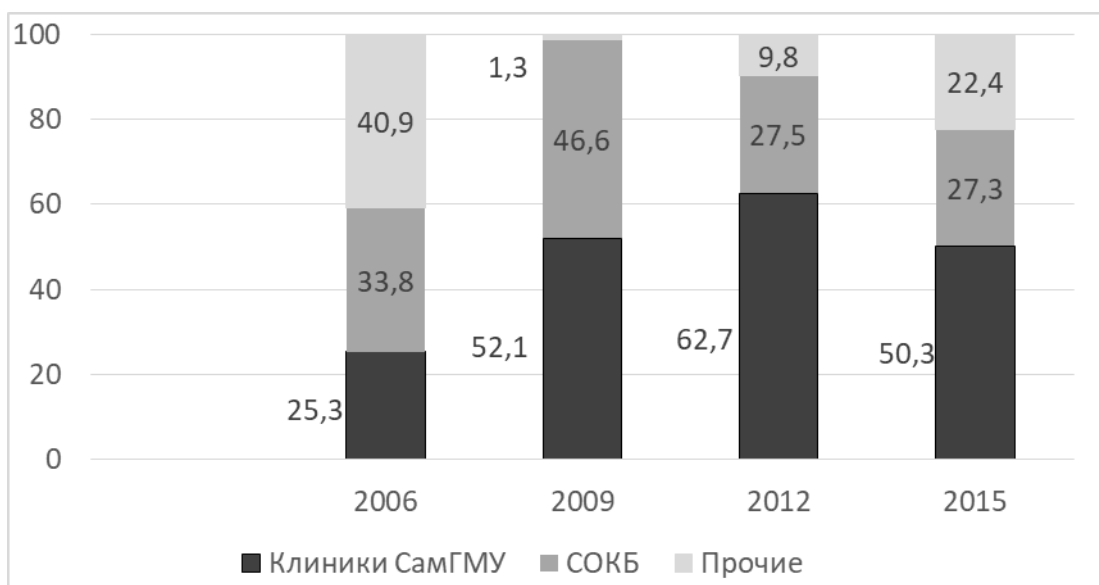


Рисунок 4.1. Структура амбулаторных посещений к врачам-гематологам в медицинские организации Самарской области в 2006-2015 годах, в процентах

Соответственно, участие остальных амбулаторных медицинских организаций в оказании гематологической помощи было сравнительно невелико, за исключением 2006 года, когда в ГП № 8 г. Самары было осуществлено 34,7% гематологических посещений жителями Самарской области.

В среднем, за 2006-2015 годы доля посещений к врачам-гематологам в Клиники СамГМУ составила 54,0%, в СОКБ – 31,6%, то есть на данные медицинские организации пришлось 85,6% от всего числа гематологических посещений.

Объемы амбулаторной специализированной гематологической помощи во многом зависят от кадровой обеспеченности службы. С 2006 по 2015 год число штатных должностей врачей-гематологов, работающих в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, выросло с 1,75 до 3,00 ставок (на 71,4%). За аналогичный период число занятых должностей увеличилось с 1,75 до 2,5 ставок (на 42,9%). Несмотря на высокие темпы прироста штатных и занятых должностей, данные показатели весьма низкие. Более того, в амбулаторных условиях в 2006-2015 году не работал в качестве физического лица основного работника ни один врач-гематолог (таблица 4.3).

Таблица 4.3

Характеристика штатов подразделений медицинских организаций Самарской области, оказывающих медицинскую помощь по профилю «гематология» в амбулаторных условиях в 2006-2015 годах

Показатели штатов врачей-гематологов	2006	2009	2012	2015	2015 год в % к 2006 году
Штатных должностей	1,75	1,50	2,00	3,00	171,4
Занятых должностей	1,75	1,50	2,00	2,50	142,9
Физических лиц	-	-	-	-	-
Укомплектованность врачами, в %	100,0	100,0	100,0	83,3	83,3

Укомплектованность персонала врачей-гематологов, представляющая собой соотношение числа занятых должностей к числу штатных должностей, в 2006-2012 годах была высокой, но несколько снизилась к 2015 году с 100,0% до 83,3%.

Максимальное число штатных и занятых ставок врачей-гематологов в амбулаторных условиях приходилось на Клиники СамГМУ (в среднем одна штатная и занятая ставка), на остальные медицинские организации приходилось в среднем 0,5 штатных и занятых ставок.

Изучая функцию врачебной должности специалистов-гематологов, рассчитываемую как отношение числа посещений к занятым ставкам в амбулаторных условиях, следует обратить внимание на существенный ее рост с 3913,7 посещений на одну ставку в 2006 году до 6111,6 в 2015 году (рост на 56,2%) ($Y = 2979,25 + 794,55x$; $R = 0,9725$; $R^2 = 0,9457$) (рисунок 4.2).

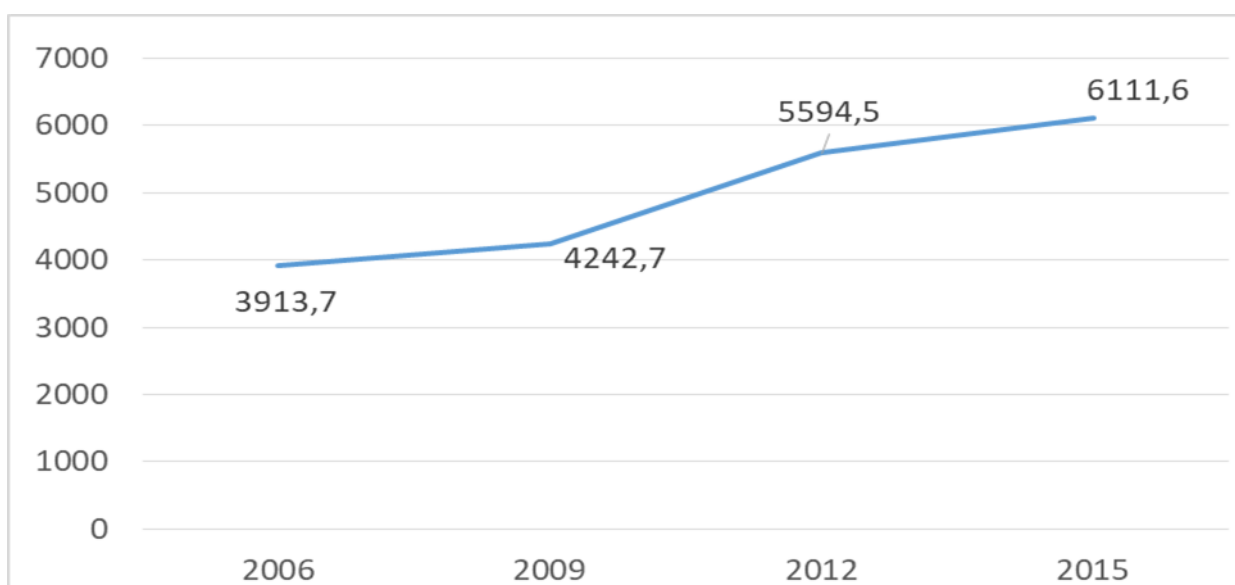


Рисунок 4.2. Число посещений жителей Самарской области к врачам-гематологам на одну занятую ставку

Существенный рост числа посещений на одну занятую ставку свидетельствует о возрастании нагрузки врачей-гематологов и недостаточном их количестве в амбулаторном звене медицинских организаций Самарской области.

4.2. Специализированная медицинская помощь по профилю «гематология» в стационарных условиях

За рассматриваемый период 2006-2015 годов специализированную медицинскую помощь по профилю «гематология» взрослому населению

Самарской области оказывали только три медицинские организации: Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина (СОКБ), Клиники Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ) и городская клиническая больница № 5 г. Тольятти (ГКБ № 5). На протяжении 2006-2015 годов ежегодно все три указанные больницы осуществляли гематологическую помощь на постоянной основе.

Рассматривая объемные показатели стационарной медицинской помощи по профилю «гематология» в Самарской области за 2006-2015 годы, можно отметить рост их значений по всем параметрам. Число профильных гематологических коек увеличилось с 160 до 185 единиц, или на 15,6% ($Y = -10,83x^3 + 80x^2 - 164,1x + 255$; $R = 0,9989$; $R^2 = 0,998$), выросло также общее число койко-дней, проведенных пациентами в гематологических стационарах с 51022 до 55121, или на 8,0% ($Y = -7246,12x^3 + 49895x^2 - 95936x + 10430$; $R = 0,9989$; $R^2 = 0,998$). Как следствие, повысилось на 28,1% общее число пролеченных пациентов (выбывших из стационара) с 2860 до 3665 человек ($Y = -357,3x^3 + 2469x^2 - 4575x + 5323$; $R = 0,9986$; $R^2 = 0,997$), в том числе выписанных при сокращении умерших (таблица 4.4).

Таблица 4.4

Некоторые абсолютные показатели специализированной медицинской помощи взрослому населению Самарской области по профилю «гематология» в стационарных условиях в 2006-2015 годах

Показатели	2006	2009	2012	2015	2015 год в % к 2006 году
Число коек, на конец года	160	160	190	185	115,6
Число койко-дней	51022	54047	69906	55121	108,0
Число выбывших из стационаров, в том числе:	2860	3192	4175	3665	128,1
- выписанных	2819	3162	4149	3650	129,5
- умерших	41	30	26	15	36,6

В структуре коечного фонда 2006 года 50% коек (80 единиц) приходилось на Клиники СамГМУ, по 25% (по 40 единиц) – на ГКБ № 5 г.

Тольятти и СОКБ. К 2015 году удельный вес гематологических коек для взрослых в Клиниках СамГМУ возрос до 54,1% (100 коек), в ГКБ № 5 г. Тольятти практически не изменился (24,3%, или 45 коек) и в СОКБ снизился до 21,6% (40 коек).

Более объективную характеристику стационарной гематологической помощи дают относительные показатели, рассчитанные путем сопоставления абсолютных значений с численностью населения. Так, обеспеченность взрослого населения Самарской области гематологическими койками круглосуточных стационаров с 2006 по 2015 год повысилась с 6,1 на 100 тыс. жителей до 7,0, или на 14,8%. За данный период число койко-дней, проведенных пациентами на гематологических койках, на 100 тыс. человек взрослого населения увеличилось с 1956,2 до 2084,8, или на 6,6%.

Уровень госпитализации взрослого населения на гематологические койки в стационары Самарской области вырос с 109,7 пациентов на 100 тыс. жителей в 2006 году до 138,6 пациентов в 2015 году, или на 26,3% ($Y = -12,53x^3 + 86,65x^2 - 160,4x + 196$; $R = 0,99989$; $R^2 = 0,9998$). Среди городского населения области уровень госпитализации вырос с 132,7 пациентов на 100 тыс. жителей до 155,0, или на 16,8% ($Y = -16,58x^3 + 111,4x^2 - 201,5x + 239,4$; $R = 0,99989$; $R^2 = 0,9998$). Среди населения сельских районов уровень госпитализации вырос более значительно, с 41,1 пациента на 100 тыс. жителей до 90,6, или на 120,4%, то есть более чем в два раза ($Y = 9,275x^2 - 29,70x + 61,27$; $R = 0,99989$; $R^2 = 0,9998$) (рисунок 4.3).

Наиболее высок уровень госпитализации взрослых пациентов на гематологические койки среди городского населения (в среднем за 2006-2015 годы $156,8 \pm 12,0$), что существенно и достоверно ($p < 0,01$) выше, чем среди сельского населения ($56,6 \pm 12,0$). В то же время, кратность показателей уровня госпитализации среди городского и сельского населения сократилась с 3,2 раза в 2006 году до 1,7 раз в 2015 году, что говорит о постепенном сокращении разности уровней госпитализации в городах и сельской местности.

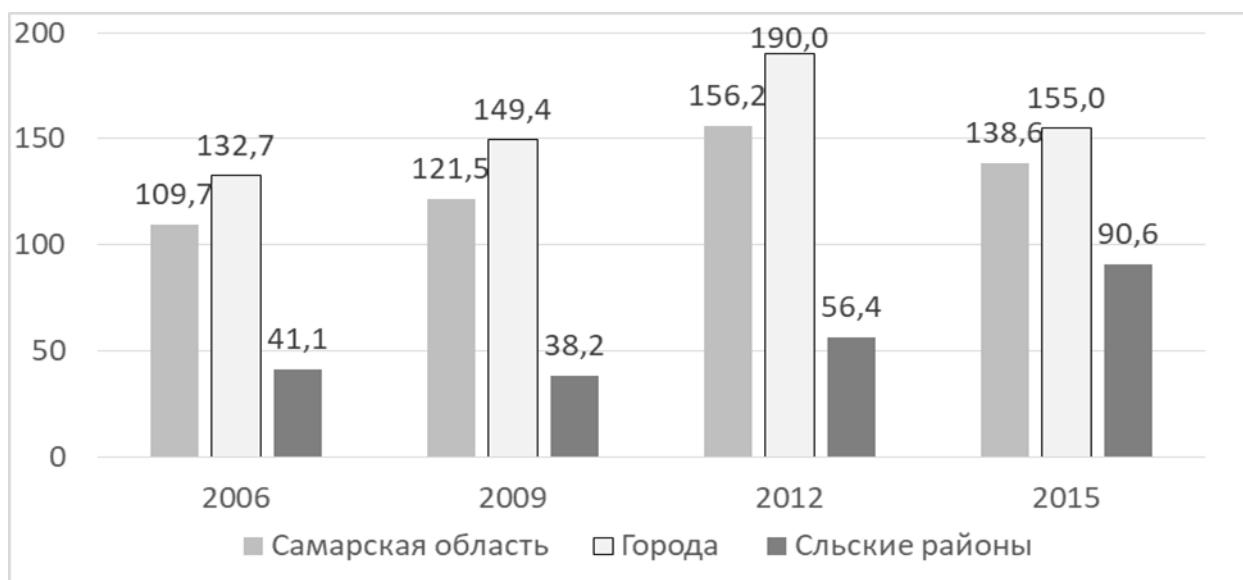


Рисунок 4.3. Уровень госпитализации взрослого населения Самарской области на гематологические койки стационаров Самарской области в 2006-2015 годах, на 100 тысяч жителей

Следует подчеркнуть различные темпы прироста рассматриваемых показателей, характеризующих стационарную помощь. Так, обеспеченность взрослого населения гематологическими койками в 2006-2015 годах выросла на 14,8%, при этом число койко-дней, проведенных пациентами на гематологических койках, на 100 тыс. жителей выросло только на 6,6%, в то же время уровень госпитализации увеличился наиболее значительно, на 26,3% (таблица 4.5).

Таблица 4.5

Некоторые относительные показатели стационарной гематологической помощи взрослому населению Самарской области в 2006-2015 годах

Показатели	2006	2009	2012	2015	2015 год в % к 2006 году
Обеспеченность населения койками, на 100 тыс. жителей	6,1	6,1	7,1	7,0	114,8
Число койко-дней на 100 тыс. жителей	1956,2	2056,7	2615,4	2084,8	106,6
Уровень госпитализации всего населения, на 100 тыс. жителей	109,7	121,5	156,2	138,6	126,3

Такой неравномерный рост ресурсных показателей стационарной гематологической помощи может свидетельствовать не только о росте экстенсивных показателей обеспеченности взрослого населения ресурсами по данному профилю, но и о повышении интенсивных показателей деятельности, связанных с работой койки (таблица 4.6).

Так, на фоне снижения среднегодовой занятости койки на 6,0%, за период 2006-2015 годов оборот гематологической койки повысился с 17,9 до 20,1, или на 12,3%, а средняя длительность пребывания на койке существенно сократилась с 18,8 до 14,9 дней, или на 20,7%. Характерно при этом, что больничная летальность за десятилетний интервал сократилась более чем в три раза, с 1,43% до 0,41%.

Таблица 4.6

Показатели использования гематологических коек для взрослого населения Самарской помощи в 2006-2015 годах

Показатели	2006	2009	2012	2015	2015 год в % к 2006 году
Число коек, на конец года	160	160	190	185	115,6
Среднегодовая занятость койки, дней	319	343	369	300	94,0
Оборот койки	17,9	20,4	22,3	20,1	112,3
Средняя длительность пребывания, дней	18,8	16,8	16,5	14,9	79,3
Больничная летальность, в процентах	1,43	0,94	0,62	0,41	28,7

В Самарской области взрослые пациенты гематологического профиля госпитализируются только в три стационара. В структуре госпитализаций за 2006-2015 годы (в среднегодовом значении) на первом месте стоят Клиники Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ), в которых было пролечено 45,3% пациентов, на втором месте – городская клиническая больница № 5 (ГКБ № 5) г. Тольятти (33,5% пациентов), на третьем месте – Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина (СОКБ) (21,2%) (рисунок 4.4).

Почти половина всех госпитализированных больных (45,3%) приходится на Клиники СамГМУ, а в 2012 году в Клиниках СамГМУ было пролечено 47,9% от общего числа госпитализированных пациентов.

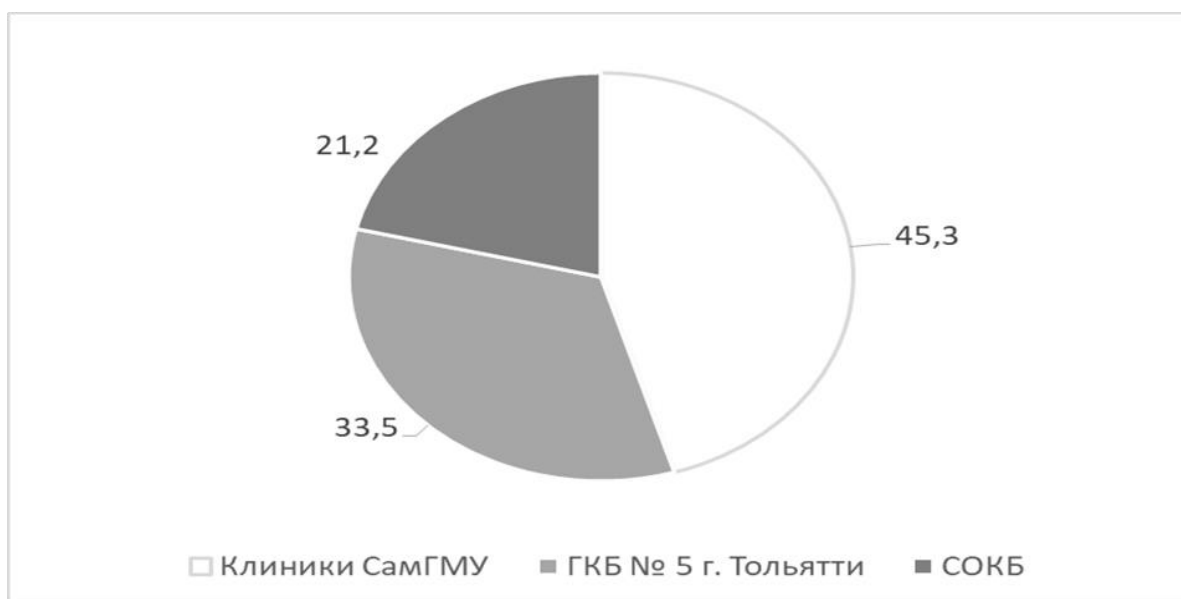


Рисунок 4.4. Структура госпитализаций пациентов на гематологические койки для взрослых в стационары Самарской области за 2006-2015 годы, в процентах

Все физические лица врачи, оказывающие специализированную гематологическую помощь в Самарской области, работают в стационарных условиях. За 2006-2015 год отмечался рост числа врачей-гематологов стационаров по штатным должностям с 21,5 до 27,75 ставок (на 29,1%) ($Y = -0,812x^2 + 6,387x + 15,43$; $R=0,9279$; $R^2=0,861$), по занятым должностям с 17,25 до 22,5 ставок (на 30,4%) ($Y = -2x^2 + 11,65x + 7,625$; $R=0,9998$; $R^2=0,999$) и по физическим лицам с 17 до 25 человек (на 47,1%) ($Y = 13 + 2,29x$ $R = 0,9484$; $R^2 = 0,9998$) (таблица 4.7).

Более быстрые темпы роста физических лиц врачей-гематологов относительно числа штатных и занятых должностей привели к снижению коэффициента совместительства с 1,01 в 2006 году до 0,89 в 2015 году ($Y = -0,14x^2 + 0,64x + 0,54$; $R=0,9338$; $R^2=0,872$), при среднегодовом его значении 1,09.

Таблица 4.7

Характеристика штатов подразделений медицинских организаций Самарской области, оказывающих гематологическую помощь в стационарных условиях в 2006-2015 годах

Показатели штатов врачей-гематологов	2006	2009	2012	2015	2015 год в % к 2006 году
Штатных должностей	21,50	23,50	28,75	27,50	127,9
Занятых должностей	17,25	23,00	24,50	22,25	129,0
Физических лиц	17	17	22	25	147,1
Коэффициент совместительства	1,01	1,35	1,11	0,89	-
Укомплектованность врачами, в %	80,2	97,9	85,2	80,9	-

Вместе с тем, сохраняется разница между штатными и занятыми должностями, обеспечивающая укомплектованность врачами на уровне 80,2 – 97,9 (в среднегодовом значении – 86,1), что недостаточно и является резервом повышения коэффициента совместительства до 1,0.

К 2015 году из 27,5 штатных должностей врачей-гематологов в стационарах Самарской области 40,9% ставок (11,25) приходилось на Клиники СамаГМУ, 33,6% (9,25 ставок) – на СОКБ и 25,5% (7,00 ставок) – на ГКБ № 5 г. Тольятти.

Из 22,25 занятых должностей врачей-гематологов почти половина, 48,3% (10,75 ставок) приходилась на Клиники СамГМУ, 27,0% (6,00 ставок) – на СОКБ и 23,7% (5,50 ставок) – на ГКБ № 5 г. Тольятти.

Таким образом, отмечается недостаточная укомплектованность занятыми должностями врачей-гематологов (80,9% в 2015 году), которая практически не изменилась с 2006 года (80,2%). Наиболее низкая укомплектованность отмечается в СОКБ (64,9%), в ГКБ № 5 г. Тольятти она выше (78,6%), в Клиниках СамГМУ – максимальная (95,6%).

Из 25 физических лиц врачей-гематологов Самарской области более половины, 52,0% (13 врачей) работает в Клиниках СамГМУ, по 24,0% (по шесть человек) – в СОКБ и ГКБ № 5 г. Тольятти.

Оптимальный коэффициент совместительства в 2015 году отмечался в СОКБ – 1,00, в ГКБ № 5 г. Тольятти он составил 0,92, в Клиниках СамГМУ – 0,83. Низкое значение коэффициента совместительства врачей-гематологов в Клиниках СамГМУ объясняется превышением физических лиц над занятыми должностями за счет профессорско-преподавательского состава, участвующего в работе Клиник СамГМУ.

Следует отметить, что в стационарах темпы роста штатных и занятых должностей врачей-гематологов в 2006-2015 годах (соответственно, 127,9% и 129,0%) оказались достоверно ниже, чем в амбулаторных подразделениях (171,4% и 142,9%), то есть кадровая обеспеченность поликлинического звена врачами-гематологами растет более высокими темпами относительно стационарного.

Вместе с тем, темпы роста кадров врачей-гематологов в стационарах в 2006-2015 годах превышают темпы роста числа коек гематологического профиля (115,6%), что приводит к некоторому снижению нагрузки врачей-гематологов. Так, в 2006 году на одну занятую ставку врача-гематолога приходилось 9,3 гематологических койки для взрослых и 165,8 пролеченных пациента, в 2015 году данные показатели сократились до 8,3 койки (на 10,8%) и до 164,7 пациента (на 0,7%).

Превышение физических лиц врачей-гематологов над числом занятых ими должностей при отсутствии роста нагрузки в стационарном звене может свидетельствовать о дисбалансе врачебных гематологических кадров в сторону стационарной помощи и возможностях перевода врачей в амбулаторное звено.

В то же время следует отметить, что с 2015 года на базе двух стационаров Самарской области были открыты 15 гематологических коек дневного пребывания для взрослых: десять коек (66,7% от общего их числа) в

Клиниках СамГМУ и пять коек (33,3%) в ГКБ № 5 г. Тольятти. За 2015 год было выписано 660 пациентов, из которых 45 человек (6,8%) – из сельской местности.

Койки дневного пребывания работали достаточно интенсивно: среднегодовая занятость койки составила в 2015 году 358 дней (284 дней – в Клиниках СамГМУ и 452 дня – ГКБ № 5 г. Тольятти). При высоком обороте койки (43,8) средняя длительность пребывания составила 8,2 дня (9,0 дней в Клиниках СамГМУ и 6,1 дней – в ГКБ № 5).

Введение коек дневного пребывания позволило увеличить число госпитализированных пациентов в 2015 году до 4325 человек, из которых 84,7% пролечено в круглосуточных стационарах и 15,3% - в стационарах дневного пребывания. В результате, в 2015 году обеспеченность взрослого населения Самарской области гематологическими койками (с учетом коек дневного пребывания) повысилась до 7,6 на 100 тыс. жителей (на 7,0% по сравнению с 2012 годом, когда отмечалась наибольшее число коек), а уровень госпитализации – до 163,6 на 100тыс. жителей (на 4,7% по сравнению с 2012 годом, когда отмечался наибольший уровень госпитализации).

С учетом коек дневного пребывания в стационаре нагрузка на одну занятую должность врача-гематолога составила в 2015 году 9,0 коек и 194 пролеченных пациента.

4.3. Медико-социологическая характеристика врачей-гематологов

В ходе сплошного социологического обследования по специально разработанной программе было опрошены все врачи-гематологи, работающие в медицинских организациях Самарской области общей численностью 25 человек.

Средний возраст опрошенных врачей составил $41,0 \pm 2,5$ год, более половины респондентов (52,0%) принадлежали к возрастной группе 30-45 лет, одна пятая – к молодым специалистам в возрасте до 29 лет, 12,0% - к старшей возрастной группе (60 лет и более) (рисунок 4.5).

Среди врачей-гематологов мы выделили группу врачей-руководителей (пять человек, 20,0% от числа опрошенных) и группу лечащих врачей (20 человек, 80,0% от числа опрошенных). К группе врачей-руководителей отнесли всех заведующих гематологическими отделениями стационаров и главного внештатного гематолога Самарской области со средним возрастом $54,8 \pm 5,7$ лет. Группа лечащих врачей имеет более молодой средний возраст ($37,5 \pm 2,4$ лет), различие статистически значимо ($p < 0,05$).

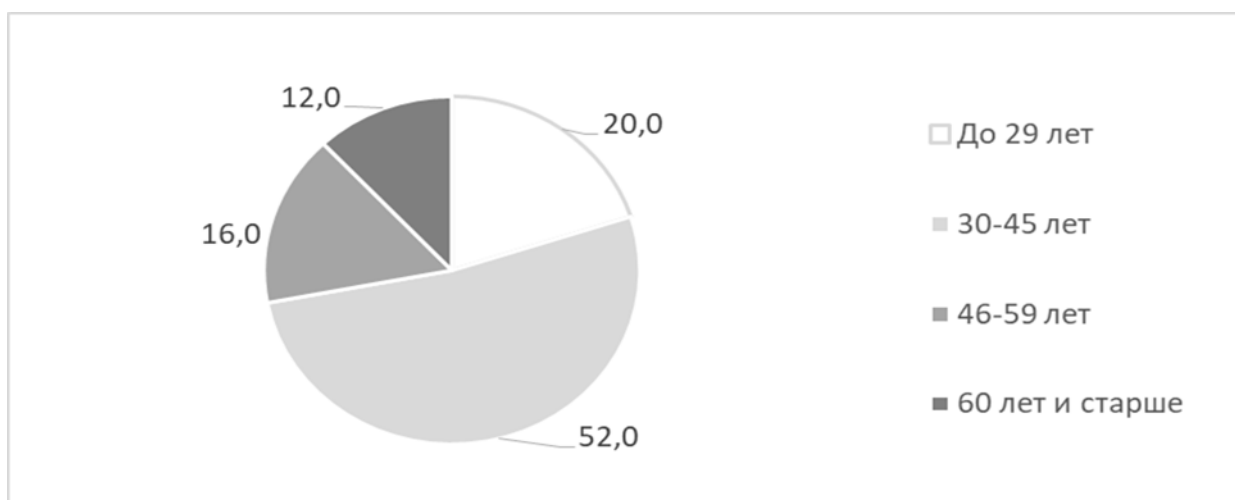


Рисунок 4.5. Распределение врачей-гематологов Самарской области по возрастным группам, в процентах

Среди врачей-гематологов в значительной степени преобладают женщины (80,0%), в группе врачей-руководителей отмечается больший удельный вес мужчин (60,0%) ($\chi^2=1,5$; $p=0,2206$).

Почти половина респондентов (44,0%) имеет значительный стаж работы по специальности гематология (свыше 15 лет), еще 24,0% гематологов имеет стаж от 11 до 15 лет. Небольшой стаж работы по специальности имеет 20,0% врачей-гематологов и стаж от 6 до 10 лет – 12,0% опрошенных. Среди гематологов-руководителей преобладают лица со стажем работы свыше 15 лет (60,0%) ($\chi^2=0,01$; $p=0,9203$).

Следует отметить, что все врачи-гематологи Самарской области на момент опроса трудились по основному месту работы в стационарных медицинских организациях: 13 специалистов – в Клиниках Самарского

государственного медицинского университета (СамГМУ) (52,0%), по шесть человек (по 24,0%) – в Самарской областной клинической больнице им. В.Д. Середавина (СОКБ) и городской клинической больнице № 5 г. Тольятти (ТГКБ № 5).

Более половины респондентов (60,0%) работали только по основному месту работы, еще 40,0% опрошенных гематологов совмещали свою основную работу с трудовой деятельностью по совместительству. Среди врачей-руководителей наблюдается такое же распределение ответов ($\chi^2=0,26$; $p=0,6098$).

Из врачей, имеющих совместительство, все работают врачами-консультантами в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Наибольший удельный вес совместителей отмечается у врачей Клиник СамГМУ (61,5%), в СОКБ и ТГКБ № 5 – врачей-совместителей только по 16,7%.

Распределение врачей-гематологов Самарской области по должностям, отношению к месту работы и медицинским организациям отражает таблица 4.8.

Таблица 4.8

Распределение врачей-гематологов Самарской области по месту работы и должностям, человек (в %)

Должность/ Место работы	Должность		Место работы	
	Врач- руководитель	Лечащий врач	Только основное	Основное и совместительство
Клиники СамГМУ (всего 13)	3 (23,1%)	10 (76,9%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)
СОКБ (всего 6)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)
ТГКБ № 5 (всего 6)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)
Итого (всего 25)	5 (20,0%)	20 (80,0%)	15 (60,0%)	10 (40,0%)

Большинство врачей-гематологов (60,0%) имеет сертификат специалиста (свидетельство об аккредитации) не только по специальности гематология, но и по другим специальностям. Такое же соотношение наблюдается и среди врачей-руководителей (60,0%) ($\chi^2=0,26$; $p=0,6098$). В Клиниках СамГМУ 84,6% врачей-гематологов имеет сертификат специалиста по другим специальностям, в то время, в СОКБ и ТГКБ № 5 данный показатель равен лишь 33,3%.

У 15 человек врачей-гематологов (60,0% от общего их числа) имеются сертификаты специалиста по другим специальностям, помимо гематологии: у 15 врачей – по специальности терапия (100% врачей), у одного врача (6,7%) – по специальности функциональная диагностика, у одного врач (6,7%) – по специальности неврология и одного врача (6,7%) – по специальности организация здравоохранения и общественное здоровье.

Таким образом, у 15 человек врачей-гематологов (60,0% от общего числа врачей-гематологов Самарской области) имеется 18 сертификатов специалистов по другим врачебным специальностям, преимущественно терапевтическим.

Большинство врачей-гематологов (56,0%) оценивает свое материальное положение как удовлетворительное ($\chi^2=0,01$; $p=0,9203$, около четверти респондентов (24,0%) – как неудовлетворительное ($\chi^2= 0,12$; $p=0,7254$) и 20,0% - как хорошее ($\chi^2=1,5$; $p=0,22068$). Среди врачей-руководителей преобладают хорошие и удовлетворительные оценки материального положения (по 40,0%), на неудовлетворительное материальное положение указывают 20,0% респондентов-руководителей.

Врачи-гематологи Самарской области в целом хорошо оценивают свое состояние здоровья. Так, 4,0% респондентов оценивают собственное здоровье как отличное ($\chi^2=0,59$; $p=0,4440$), 72,0% опрошенных – как хорошее и только 24,0% - как удовлетворительное. Средняя оценка состояния здоровья врачей-гематологов составляет 3,8 баллов по пятибалльной шкале. Среди врачей-руководителей отмечается 54,5% хороших оценок собственного здоровья

($\chi^2=0,01$; $p=0,9146$) и 45,5% удовлетворительных оценок ($\chi^2=0,01$; $p=0,9113$), при средней оценке состояния здоровья по пятибалльной шкале, равной 3,6 баллов.

В рамках исследования врачам-гематологам был задан вопрос об оценке организации оказания медицинской помощи по профилю «гематология» в Самарской области. Около трети респондентов (36,0%) хорошо оценили организацию гематологической медицинской помощи. По 28,0% респондентов оценили организацию гематологической помощи на отлично и удовлетворительно, 8,0% опрошенных врачей-гематологов считают организацию медицинской помощи неудовлетворительной. При переводе ответов врачей-гематологов на пятибалльную шкалу средняя оценка организации гематологической помощи составляет 3,84 балла по пятибалльной шкале.

Врачи-руководители немного лучше оценивают организацию гематологической медицинской помощи в регионе, их средняя оценка составляет 4,2 балла по пятибалльной шкале, что несколько выше оценки врачей-гематологов в целом.

Тот же вопрос был задан респондентам для оценки организации оказания медицинской помощи по профилю «гематология» в медицинской организации, где работают респонденты. 40,0% респондентов хорошо оценили организацию гематологической медицинской помощи. Менее четверти респондентов (24,0%) оценили организацию гематологической помощи на отлично, 28,0% - на удовлетворительно, 8,0% опрошенных врачей-гематологов считают организацию медицинской помощи неудовлетворительной. При переводе ответов врачей-гематологов на пятибалльную шкалу средняя оценка организации гематологической помощи в медицинской организации, где работают врачи-гематологи, составляет 3,80 балла по пятибалльной шкале.

Врачи-руководители аналогично оценивают организацию гематологической медицинской помощи в медицинской организации, где они работают, их средняя оценка составляет 3,80 балла по пятибалльной шкале.

По мнению половины опрошенных врачей-гематологов (52,0%) за последние три года организация оказания гематологической помощи в медицинских организациях, где работают респонденты, осталась без изменений, треть опрошенных (32,0%) высказывается за улучшение организации, 16,0% - за ухудшение. Более положительно оценивают динамику организации оказания гематологической помощи врачи Клиник СамГМУ, 46,2% которых отмечает улучшение организации помощи. Врачи-гематологи ТГКБ № 5 считают организацию гематологической помощи стабильной, среди них 66,7% говорят об отсутствии существенных изменений в оказании помощи. Врачи СОКБ негативно оценивают динамику организации гематологической помощи в своем учреждении, среди них половина респондентов отмечает ухудшение организации оказания помощи за последние три года.

Среди врачей-руководителей 20,0% ($\chi^2=0,01$; $p=0,9113$), высказалось за улучшение организации оказания медицинской помощи по профилю "гематология" за последние три года, 80,0% ($\chi^2=5,47^*$; $p=0,0194^*$) не отмечают какой-либо существенной динамики в организации.

Среди врачей-гематологов, по мнению которых ситуация с организацией гематологической помощи ухудшилась, большинство (75,0%) связывает это с недостаточным обеспечением медикаментами в стационарах, 50,0% - с ухудшением обеспечения лабораторным оборудованием и расходными материалами, 25,0% - с недостаточным финансированием медицинских организаций в целом.

По результатам социологического исследования врачей-гематологов, основными недостатками в оказании медицинской помощи являются нехватка медикаментов и расходных материалов (68,0% опрошенных) ($\chi^2=0,01$; $p=0,9146$), недостаточное финансирование медицинских организаций (64,0%

опрошенных) ($\chi^2=0,10$; $p=0,7547$), недостаточная материальная заинтересованность медицинских работников (52,0% опрошенных) ($\chi^2=0,01$; $p=0,9203$) (таблица 4.9).

Значительное число врачей-гематологов указывает на недостаток гематологов в амбулаторном звене (40,0%) ($\chi^2=0,26$; $p=0,6098$) и недостаточный объем бесплатной медицинской помощи (24,0% опрошенных) ($\chi^2=2,32$; $p=0,1280$). В то же время, только 8,0% респондентов отмечает неэффективную систему управления ($\chi^2=0,03$; $p=0,8538$), 8,0% - недостаточную моральную заинтересованность медицинских работников ($\chi^2=0,03$; $p=0,8538$), 4,0% - отсутствие возможности для проведения медицинских вмешательств ($\chi^2=0,59$; $p=0,4440$), например, пересадки костного мозга в ТГКБ № 5.

Таблица 4.9

Основные недостатки в оказании медицинской помощи по профилю "гематология", на 100 опрошенных врачей-гематологов

№	Недостатки	Врачи-гематологи	
		всего	В том числе врачи-руководители
1.	Нехватка медикаментов и расходных материалов	68,0	60,0
2.	Недостаточное финансирование	64,0	80,0
3.	Недостаточная материальная заинтересованность медицинских работников	52,0	40,0
4.	Недостаток врачей-гематологов, работающих в амбулаторных условиях	40,0	40,0
5.	Недостаточный объем бесплатной медицинской помощи	24,0	60,0
6.	Недостаток врачей-гематологов в стационарах	8,0	20,0
7.	Неэффективная система управления	8,0	-
8.	Недостаточная моральная заинтересованность медицинских работников	8,0	20,0
9.	Отсутствие возможности проведения медицинских вмешательств	4,0	-
Итого		276,0	320,0

Врачи-руководители в целом указывают на аналогичные недостатки гематологической помощи. Следует отметить, что на сто опрошенных врачей-руководителей приходится 320 отмеченных недостатков при 276 на 100 опрошенных врачей-гематологов в целом.

Почти половина врачей-гематологов (44,0%) оценивает качество медицинской помощи по профилю "гематология" как хорошее, 32,0% - как удовлетворительное, 20,0% - как отличное и 4,0% - как неудовлетворительное (рисунок 4.6).

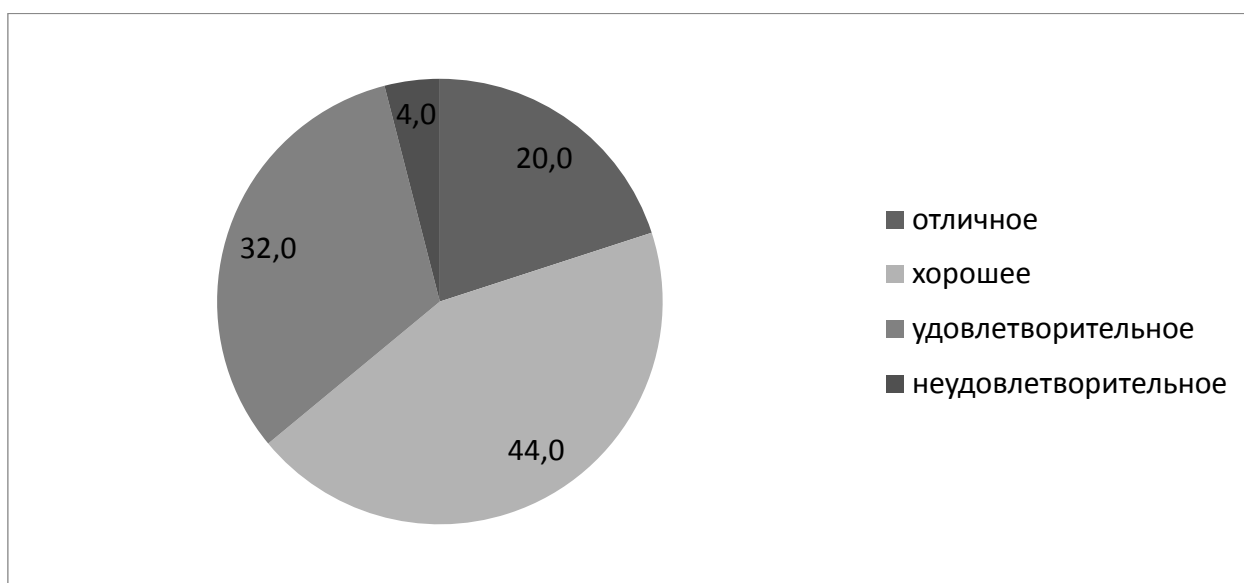


Рисунок 4.6. Характеристика качества медицинской помощи по профилю "гематология" по ответам врачей-гематологов Самарской области в %

При переводе оценок респондентов в баллы (за отличное качество медицинской помощи дается пять баллов, за хорошее - четыре балла и т.д.) средняя оценка качества медицинской помощи составляет 3,80 балла, по ответам врачей-руководителей - 4,0 балла.

Таким образом, в той или иной степени качество гематологической медицинской помощи не удовлетворяет 80,0% врачей-гематологов. Среди этой группы респондентов основными причинами неудовлетворенности качеством медицинской помощи является недостаточное материально-техническое оснащение медицинских организаций (48,0% ответов), слабая

система управления качеством медицинской помощи (20,0%), ограничение направлений на медицинскую помощь со стороны других медицинских организаций (8,0%) и необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи пациентами (4,0%).

Более половины опрошенных врачей-гематологов (56,0%) на вопрос о возможном изменении коечного фонда по профилю "гематология" в стационарах Самарской области отвечают за то, чтобы сохранить имеющийся коечный фонд ($\chi^2=0,09$; $p=0,7625$), почти треть респондентов (32,0%) высказываются в пользу увеличения числа гематологических коек ($\chi^2=0,01$; $p=0,9146$). Лишь 8,0% врачей-гематологов предлагают сократить койки, увеличив при этом интенсивность лечебно-диагностического процесса ($\chi^2=0,01$; $p=0,9146$), 4,0% опрошенных предлагают увеличить койки дневных стационаров ($\chi^2=1,00$; $p=0,3162$) (таблица 4.10).

Таблица 4.10

Мнения врачей-гематологов о вариантах оказания стационарной гематологической помощи в Самарской области, на 100 опрошенных

№	Варианты оказания помощи	Врачи-гематологи	
		всего	В том числе врачи-руководители
1.	Сократить койки, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс	8,0	20,0
2.	Сохранить имеющийся коечный фонд	56,0	40,0
3.	Увеличить число коек	32,0	20,0
4.	Увеличить койки дневных стационаров	4,0	20,0
Итого		100,0	100,0

Врачи-руководители дают не такие однозначные ответы, равномерно распределив их по всем вариантам, однако 40,0% из них также предпочитают сохранение имеющегося коечного фонда ($\chi^2=0,09$; $p=0,7625$).

Значительная часть респондентов (76,0%) ($\chi^2=0,12$; $p=0,7254$), при ответе на вопрос о направлениях реформирования оказания медицинской помощи по профилю "гематология" в амбулаторных условиях на территории Самарской области высказываются за необходимость введения должностей

врачей-гематологов в крупные амбулаторно-поликлинические организации, еще пятая часть опрошенных врачей-гематологов (20,0%) ($\chi^2=0,39$; $p=0,5320$) предлагает ввести должности врачей-гематологов во все амбулаторно-поликлинические организации области и только 4,0% ($\chi^2=1,00$; $p=0,3162$) опрошенных считают необходимым оказывать гематологическую помощь в амбулаторных условиях участковыми терапевтами и врачами общей практики (таблица 4.11). В целом ответы врачей-руководителей также совпадают с ответами всех респондентов.

Таблица 4.11

Мнения врачей-гематологов о вариантах оказания гематологической помощи в амбулаторных условиях в Самарской области, на 100 опрошенных

№	Варианты оказания помощи	Врачи-гематологи	
		всего	В том числе врачи- руководители
1.	Оказывать помощь участковыми терапевтами и врачами общей практики, пациентов направлять в специализированные медицинские организации	4,0	20,0
2.	Ввести должности врачей-гематологов в крупные амбулаторно-поликлинические организации	76,0	60,0
3.	Ввести должности врачей-гематологов во все амбулаторно-поликлинические организации	20,0	20,0
Итого		100,0	100,0

Почти 2/3 опрошенных врачей-гематологов (64,0%) удовлетворено условиями труда в медицинских организациях, где они трудятся, среди врачей-руководителей данное значение еще выше и составляет 80,0% ($\chi^2=0,01$; $p=0,9146$).

Среди тех врачей, кто не удовлетворен условиями труда, часть респондентов не устраивает уровень материального вознаграждения (37,5% опрошенных), 31,3% респондентов отмечает недостаточный уровень бытовых условий во время производственной деятельности, 18,8% недовольны

отсутствием или невысоким уровнем обеспеченности оргтехникой, еще 12,5% указывает на неудобный график работы.

На вопрос: "Удовлетворяет ли Вас уровень дохода в медицинской организации?" большинство врачей-гематологов (64,0%) дает отрицательный ответ, среди врачей-руководителей, напротив, 60,0% ($\chi^2=0,11$; $p=0,7347$) опрошенных удовлетворены уровнем своего дохода.

Респонденты дали свои предложения по улучшению организации оказания медицинской помощи по профилю "гематология" (таблица 4.12).

Таблица 4.12

Предложения врачей-гематологов по улучшению организации оказания медицинской помощи по профилю "гематология" в Самарской области, на 100 опрошенных

№	Предложения	Число ответов, в %
1.	Улучшение снабжения медикаментами и расходными материалами	24,0
2.	Увеличение заработной платы	24,0
3.	Повышение материально-технического обеспечения	20,0
4.	Улучшение маршрутизации пациентов с болезнями крови внутри и за пределы Самарской области	12,0
5.	Расширение спектра медицинских гематологических услуг	12,0
6.	Увеличение объемов гематологической помощи в амбулаторных условиях, в том числе в сельской местности	8,0
7.	Организация дневных стационаров для непродолжительного лечения	8,0
8.	Обучение врачей на базе ведущих гематологических центров страны	4,0
	Итого	112,0

Среди наиболее значимых, с точки зрения опрошенных врачей-гематологов, оказались предложения по улучшению снабжения медицинских организаций медикаментами и расходным материалами (24,0%), увеличению заработной платы (24,0%) и повышению материально-технического обеспечения медицинских организаций.

В меньшей степени респонденты предлагают увеличить объемы гематологической помощи в амбулаторных условиях, в том числе в сельской местности (8,0%), организовать дневные стационары для непродолжительного, в том числе химиотерапевтического, лечения (8,0%), а также обеспечить обучение врачей на базе ведущих центров страны (4,0%).

Важными для респондентов являются также вопросы по улучшению маршрутизации пациентов с болезнями крови, как внутри, так и за пределами Самарской области (12,0%) и увеличение объемов гематологической помощи в амбулаторных условиях, в том числе в сельской местности.

Таким образом, социологическая характеристика врачей-гематологов позволяет дать не только их социально-демографические аспекты, но и изучить их оценку организации медицинской помощи.

4.4. Медико-социологическая оценка организации медицинской помощи пациентами по профилю «гематология»

В ходе выборочного социологического исследования, проведенного среди 423 пациента гематологических подразделений медицинских организаций Самарской области, средний возраст респондентов составил $49,9 \pm 0,6$ лет, женщин - $50,8 \pm 0,7$ лет, мужчин - $48,5 \pm 0,9$ лет, $p > 0,05$).

Среди опрошенных пациентов большинство было представлено женщинами (60,5%), мужчин – 39,5%. Самую многочисленную группу респондентов составили лица в возрасте 30-59 лет - 49,6%. Меньший удельный вес составили пациенты возраста 60 лет и старше - 33,3%. Доля молодых пациентов (18-29 лет) - наименьшая (16,6%).

Более половины респондентов имела среднее образование (53,9%), около четверти – высшее образование (26,5%), остальные опрошенные (19,3%) имели неполное среднее образование.

Почти две трети пациентов (62,9%) состояли в браке, при этом удельный вес женатых мужчин и замужних женщин практически одинаков. Значительная часть опрошенных пациентов (15,6%) относилось к вдовцам или

вдовам, причем доля вдовцов (9,0%) более чем в два раза ниже, чем доля вдов (19,9% ($\chi^2= 5,31^*$; $p =0,0212^*$), что обусловлено более высокой смертностью мужчин.

Материальное положение пациентов в целом можно охарактеризовать как среднее. Почти каждый пятый респондент (19,4%) свое материальное положение оценил как хорошее, около двух третей (64,1%) – как удовлетворительное и 16,5% – как неудовлетворительное. Мужчины несколько выше оценили свое материальное положение относительно женщин.

Социальный статус пациентов был достаточно разнообразный, однако можно выделить две основные группы респондентов: работающих, чей удельный вес составил 42,3%, и неработающих, преимущественно пенсионеров (39,7%).

Значительная доля респондентов (42,1%) хорошо оценили организацию гематологической медицинской помощи. Почти каждый пятый пациент (18,9%) оценил организацию гематологической помощи на отлично, еще 30,0% - на удовлетворительно и 9,0% опрошенных пациентов считают организацию медицинской помощи неудовлетворительной. При переводе ответов пациентов на пятибалльную шкалу средняя оценка организации гематологической помощи составляет 3,71 балла по пятибалльной шкале (оценка врачей-гематологов несколько выше – 3,84 балла, но различие статистически не значимо).

Почти половина опрошенных пациентов (48,5%) считает, что за последние три года организация оказания гематологической помощи в медицинских организациях, осталась без изменений, почти треть опрошенных (31,4%) высказывается за улучшение организации, 20,1% - за ухудшение.

По результатам социологического исследования пациентов, основными недостатками в оказании медицинской помощи являются нехватка медикаментов и расходных материалов (63,4% опрошенных), недостаточный объем бесплатной медицинской помощи (53,9% опрошенных), недостаток

врачей-гематологов в амбулаторных условиях (37,8%). Примечательно, что недостаточную материальную заинтересованность медицинских работников отметили только 7,1% опрошенных пациентов (таблица 4.13).

По данным опроса четверть пациентов (26,0%) полностью удовлетворены оказанием гематологической медицинской помощи. Треть опрошенных (33,6%) скорее удовлетворены оказанием помощи, чем не удовлетворены. Значительно меньшее число пациентов (12,1%) скорее не удовлетворено медицинским обслуживанием, чем удовлетворено, и 8,0% пациентов не удовлетворены оказания медицинской помощи по профилю «гематология».

Таблица 4.13

Основные недостатки в оказании медицинской помощи по профилю "гематология", на 100 опрошенных пациентов

№	Недостатки	Мужчины	Женщины	Оба пола
1.	Нехватка медикаментов и расходных материалов	68,9	59,8	63,4
2.	Недостаточный объем бесплатной медицинской помощи	50,9	55,9	53,9
3.	Недостаток врачей-гематологов, работающих в амбулаторных условиях	34,7	39,8	37,8
4.	Недостаточное финансирование	29,3	33,2	31,7
5.	Недостаток врачей-гематологов в стационарах	15,0	19,5	17,7
6.	Неэффективная система управления	12,6	11,7	12,1
7.	Недостаточная моральная заинтересованность медицинских работников	9,0	9,4	9,2
8.	Недостаточная материальная заинтересованность медицинских работников	6,6	7,4	7,1
	Итого	227,0	236,7	276,0

Если перевести оценки пациентов в пятибалльную шкалу (полностью удовлетворены оказанием медицинской помощи - 5 баллов, скорее удовлетворены, чем не удовлетворены - 4 балла и т.д.), то средний уровень удовлетворенности пациентов составляет 3,97 балл, что соответствует

достаточно хорошему значению. Мужчины больше удовлетворены медицинской помощью (4,05 баллов), чем женщины (3,91 баллов), ($p>0,05$).

Респонденты, которые не в полной мере удовлетворены оказанием гематологической помощи, основными причинами этого считают недостаточное материально-техническое оснащение (31,7%), ограничение направлений на медицинскую помощь со стороны других медицинских организаций (21,6%), необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи (21,6%) (таблица 4.14).

Таблица 4.14

Причины неудовлетворенности пациентов оказание медицинской помощи по профилю «гематология», на 100 опрошенных

Основные причины	Мужчины	Женщины	Оба пола
Недостаточное материально-техническое оснащение медицинской организации	29,4	33,1	31,7
Ограничение направлений на медицинскую помощь со стороны других медицинских организаций	24,7	19,7	21,6
Необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи	20,0	22,5	21,6
Невнимательное отношение медицинских работников	17,6	21,8	20,3
Недостаточная квалификация персонала	9,4	14,1	12,3
Слабая система управления качеством медицинской помощи	4,7	3,5	4,0
Итого	105,8	114,7	111,5

Значительная часть пациентов (66,2%), причем как мужчин (65,9%), так и женщин (66,2%) высказываются за необходимость введения должностей врачей-гематологов в крупные амбулаторно-поликлинические организации, еще около трети опрошенных (30,0%) предлагает ввести должности врачей-гематологов во все амбулаторно-поликлинические организации области и только 3,8% опрошенных считают необходимым оказывать гематологическую помощь в амбулаторных условиях участковыми терапевтами и врачами общей практики.

Более половины опрошенных пациентов (60,0%, 58,1% мужчин и 61,3% женщин) на вопрос о возможном изменении коечного фонда по профилю "гематология" в стационарах Самарской области отвечают за то, чтобы сохранить имеющийся коечный фонд, более трети респондентов (34,8%) высказываются в пользу увеличения числа гематологических коек, в том числе коек дневного пребывания. Только 5,2% пациентов предлагают сократить койки, увеличив при этом интенсивность лечебно-диагностического процесса.

С позиции пациентов современными способами совершенствования организации оказания гематологической помощи в Самарской области являются: повышение эффективности управления здравоохранением (52,7%), усиление контроля за деятельностью медицинского персонала (34,5%), повышение материальной заинтересованности медицинских работников в собственном труде (31,7%); установление взаимосвязи между заработком и результатами труда (27,9%); более широкое внедрение медицинских протоколов и стандартов (16,1%).

Резюме. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю «гематология» включает в себя осуществление медицинской помощи больным с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей. Оказание такой помощи проводится в разных видах и условиях. На протяжении десяти лет (2006-2015 годы) на постоянной основе гематологическую специализированную помощь в амбулаторных условиях оказывали Клиники Самарского государственного медицинского университета и Самарская областная клиническая больница, остальные медицинские организации осуществляли данную помощь периодически, в зависимости от наличия в штате учреждения врача-гематолога.

Увеличение числа медицинских организаций, оказывающих гематологическую помощь в амбулаторных условиях привело к повышению количества посещений, сделанных населением Самарской области к врачам-гематологам более чем в два раза. Изучая функцию врачебной должности

специалистов-гематологов, рассчитываемую как отношение числа посещений к занятым ставкам в амбулаторных условиях, следует обратить внимание на существенный ее рост с 3913,7 посещений на одну ставку в 2006 году до 6111,6 в 2015 году (рост на 56,2%), что свидетельствует о возрастании нагрузки врачей-гематологов и недостаточном их количестве в амбулаторном звене медицинских организаций области.

Специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях взрослому населению Самарской области оказывали только три медицинские организации: Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина, Клиники Самарского государственного медицинского университета и городская клиническая больница № 5 г. Тольятти. Число профильных гематологических коек увеличилось с 160 до 185 единиц, или на 15,6%, выросло также общее число койко-дней, проведенных пациентами в гематологических стационарах с 51022 до 55121, или на 8,0%. В структуре госпитализаций на первом месте находятся Клиники Самарского государственного медицинского университета, в которых было пролечено 45,3% пациентов, на втором месте – городская клиническая больница № 5 г. Тольятти (33,5% пациентов), на третьем месте – Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина (21,2%). В стационарах отмечается недостаточная укомплектованность занятыми должностями врачей-гематологов.

По мнению половины опрошенных врачей-гематологов (52,0%) за последние три года организация оказания гематологической помощи в медицинских организациях, где работают респонденты, осталась без изменений, треть опрошенных (32,0%) высказывается за улучшение организации, 16,0% - за ухудшение. По результатам социологического исследования врачей-гематологов, основными недостатками в оказании медицинской помощи являются нехватка медикаментов и расходных материалов (68,0% опрошенных), недостаточное финансирование медицинских организаций (64,0% опрошенных), недостаточная материальная

заинтересованность медицинских работников (52,0% опрошенных). Значительное число врачей-гематологов указывает на недостаток гематологов в амбулаторном звене (40,0%) и недостаточный объем бесплатной медицинской помощи (24,0% опрошенных).

На имеющиеся проблемы в оказании медицинской помощи по профилю «гематология» указывают и пациенты, мнения которых в общем близки к мнению врачей-гематологов. При этом большинство опрошенных пациентов в целом удовлетворено оказанием гематологической помощи.

Таким образом, оценка организации специализированной медицинской помощи взрослому населению Самарской области по профилю «гематология» формулирует целый ряд задач, требующих организационно-управленческих решений.

ГЛАВА 5. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

5.1. Оценка организации деятельности областного гематологического центра

Оценка организации медицинской помощи взрослому населению Самарской области по профилю «гематология» свидетельствует о значительных объемах деятельности Клиник Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ). В 2007 году в СамГМУ было создано структурное подразделение университета – научно-исследовательский институт гематологии, трансфузиологии и интенсивной терапии (НИИ ГТИТ, Институт гематологии).

С 2015 года в составе Институт гематологии на базе Клиник СамГМУ выделен областной гематологический центр (ОГЦ), который занимается оказанием специализированной гематологической помощи взрослому населению Самарской области. ОГЦ стал координационным центром медицинских организаций Самарской области, оказывающих медицинскую помощь по профилю «гематология». Помимо научно-исследовательских задач Института гематологии, нами были сформированы задачи в области организации медицинской помощи, которые решаются в рамках деятельности областного гематологического центра:

- развитие гематологической помощи (раннее выявление заболеваний системы крови, организационно-методическая помощь) на первичном уровне (врачи общей практики и терапевты, районные и участковые больницы в сельской местности);

- развитие специализированной гематологической помощи при гемобластозах и опухолях лимфатической природы, апластической и гемолитической анемиях, гемофилии, нарушениях гемостаза;

- организация и проведение клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения и клинических испытаний медицинских изделий;

- создание службы интенсивной терапии тяжелых ДВС-синдромов, массивной кровопотери, другой остро развивающейся выраженной патологии системы гемостаза;

- развитие современной лабораторной службы в г. Самаре, включая проведение сертификации лабораторий всех уровней;

- развитие донорства крови и ее компонентов, совершенствование методов получения компонентов крови;

- разработка системы преемственности между всеми звеньями здравоохранения в части диагностики, лечения заболеваний крови и оказания трансфузионной помощи;

- разработка системы мониторинга за развитием системы охраны и укрепления здоровья населения Самарской области в части болезней крови;

- развитие материально-технической и производственной базы в рамках СамГМУ.

Областной гематологический центр функционирует на базе клиники госпитальной терапии СамГМУ представлен двумя гематологическими отделениями (№ 1 и № 2) круглосуточного стационара, стационаром дневного пребывания, а также амбулаторным консультативным подразделением (гематологическим кабинетом). В ОГЦ также ведутся регистры гематологических больных и Школа для больных пациентов с заболеваниями крови. Возглавляет ОГЦ заведующий кафедрой и клиникой госпитальной терапии – главный внештатный гематолог Самарской области.

На конец 2018 года в ОГЦ работало 14 врачей-гематологов, 20 медицинских сестер и 17 лиц из числа младшего медицинского персонала. По сравнению с 2015 годом (за четыре года) число физических лиц персонала центра несколько изменилось: численность врачей и младшего медицинского персонала выросла, соответственно, на 7,7% и 30,8%, численность среднего

медицинского персонала снизилась на 13,0%. Среди врачей также отмечается рост штатных должностей с 12,25 до 15,0 (на 22,4%), занятых ставок с 11,25 до 14,0 (на 24,4%), увеличение коэффициента совместительства с 0,87 до 1,0 (на 14,9%) и укомплектованности штатов с 91,8% до 93,3% (таблица 5.1).

Таблица 5.1

Характеристика штатов ОГЦ в 2015 и 2018 годах

№	Персонал	Характеристика должностей	2015	2018	2018 год в % к 2015 году
1.	Врачи	Штатных	12,25	15,0	122,4
		Занятых	11,25	14,0	124,4
		Физических лиц	13	14	107,7
		Коэффициент совместительства	0,87	1,0	114,9
		Укомплектованность, %	91,8	93,3	-
2.	Средний медицинский персонал	Штатных	32,75	32,5	99,2
		Занятых	19,5	20,5	105,1
		Физических лиц	23	20	87,0
		Коэффициент совместительства	0,85	1,03	121,2
		Укомплектованность, %	59,5	63,1	-
3.	Младший медицинский персонал	Штатных	27,0	27,0	100,0
		Занятых	12,5	17,0	136,0
		Физических лиц	13	17	130,8
		Коэффициент совместительства	0,96	1,0	104,2
		Укомплектованность, %	46,3	63,0	-

Среди среднего медицинского персонала при незначительном снижении штатных должностей до 32,5 (на 0,8%) и числа физических лиц до 20 (на 13,0%) повысилось число занятых ставок до 20,5 (на 5,1%), что привело к росту коэффициента совместительства с 0,85 до 1,03 (на 21,2%) и укомплектованности штатов с 59,5% до 63,1%.

При неизменном числе штатов младшего медицинского персонала за 2015-2018 годы отмечается значительный рост числа занятых ставок до 17,0 (на 36,0%) и физических лиц до 17 (на 30,8%), в результате повысился

коэффициент совместительства с 0,96 до 1,0 (на 4,2%) и укомплектованность штатов с 46,3% до 63,0%.

Таким образом, отмечается улучшение кадрового обеспечения центра врачами-гематологами и младшим медицинским персоналом при снижении обеспеченности средним медицинским персоналом. Вместе с тем, удельный вес укомплектованности ОГЦ в 2018 году медицинскими сестрами (63,1%) и санитарками (63,0%) продолжает оставаться низким, несмотря на повышение данных показателей по сравнению с 2015 годом.

Значительно повысился удельный вес врачей-гематологов, имеющих квалификационную категорию с 53,8% в 2015 году до 78,6% в 2018 году ($p < 0,05$). При этом уровень квалификации имеющих категорию врачей также статистически значимо возрос с 0,67 в 2015 году до 0,85 в 2018 году ($p < 0,05$) (для расчета показателя второй категории присваивался коэффициент 0,25, первой – 0,6, высшей – 1,0).

Стационарная круглосуточная медицинская помощь в ОГЦ в 2018 году оказывалась на 85 койках гематологического профиля, по сравнению с 2015 годом число коек сократилось на 15,0% (таблица 5.2).

Таблица 5.2

Показатели работы коечного фонда круглосуточного стационара
ОГЦ в 2015 и 2018 годах

№	Показатель	2015	2018	2018 год в % к 2015 году
1.	Число коек	100	85	85,0
2.	Выписано больных	1533	1410	92,0
3.	Умерло	8	6	75,0
4.	Проведено выбывшими койко-дней	25325	21360	84,3
5.	Работа койки, дней	253,3	251,3	99,2
6.	Оборот койки	15,4	16,7	108,4
7.	Среднее пребывание на койке, дней	16,4	15,1	92,1
8.	Больничная летальность, в %	0,52	0,42	-

Сокращение коечного фонда на 15,0% привело к менее интенсивному снижению числа выписанных пациентов с 1533 человек в 2015 году до 1410 в

2018 году, или только на 8,0%, за счет некоторой интенсификации лечебно-диагностического процесса. Так, отмечалось повышение оборота койки до 16,7 (на 8,4%) и снижение средней длительности пребывания до 15,1 дней (на 7,9%) при стабильной работе койки. Кроме того, на четверть снизилось число умерших пациентов (до шести), что обусловило снижение показателя больничной летальности до 0,42%.

В структуре выбывших пациентов из круглосуточного стационара в 2018 году незначительно преобладали больные со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей (гемобластозами) – 56,3%, пациентов с болезнями крови и кроветворных органов было, соответственно, 43,7%. Следует отметить, что по сравнению с 2015 годом удельный вес пациентов с гемобластозами сократился с 60,4% (на 4,1%), а с заболеваниями крови на столько же вырос с 39,6% (рисунок 5.1).

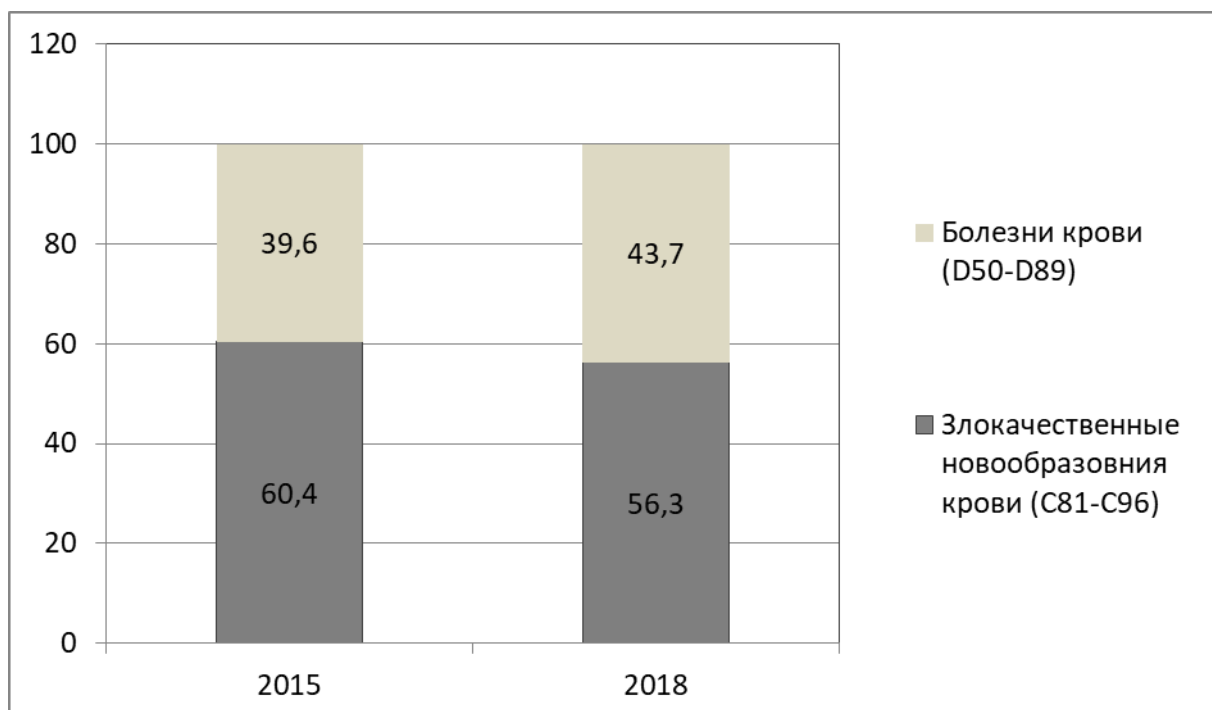


Рисунок 5.1. Структура выбывших из круглосуточного стационара областного гематологического центра в 2015 и 2018 годах по группам заболеваний, в процентах

В 2015 году в структуре выбывших пациентов с гемобластозами на первом месте стояли хронические лейкозы (35,7%), из которых подавляющее

большинство принадлежало хроническим лимфолейкозам (90,4%). Второе место занимали множественные миеломы (26,5%), третье место – острые лейкозы (14,6%), из которых большая часть приходилась на острый миелоидный лейкоз (71,3%).

В 2018 году на фоне снижения абсолютного числа выбывших пациентов с гемобластозами на 14,3% (с 930 до 797 человек) ранговые места в структуре выбывших пациентов не изменилась, однако наблюдается сокращение по сравнению с 2015 годом удельного веса хронических лейкозов до 31,1% ($p < 0,05$), рост доли острых лейкозов до 23,3% ($p < 0,01$) при неизменной доли множественных миелом (26,2%). При этом среди хронических лейкозов отмечаются преимущественно хронические лимфоцитарные лейкозы (95,2%), а среди острых лейкозов – острые миелоидные лейкозы (88,2%).

В 2015 году в структуре выбывших пациентов из круглосуточного стационара с болезнями крови почти половина (44,7%) приходилась на больных с нарушениями свертываемости крови, пурпурой и другими геморрагическими состояниями, причем около половины из данной категории составляли больные гемофилиями (46,2%) и свыше четверти – больные тромбофилиями и другими нарушениями свертываемости крови (28,9%). Вторую большую группу выбывших пациентов составляли больные анемиями (43,9%), значительная часть из которых приходится на железодефицитные анемии (34,3%), апластические анемии (17,2%) и аутоиммунные гемолитические анемии (16,4%).

В 2018 году на фоне незначительного роста абсолютного числа выбывших пациентов с болезнями крови на 1,3% (с 611 до 619 человек) в структуре выбывших на первое место вышли анемии (47,3%), из которых железодефицитные анемии составили 32,6%, аутоиммунные апластические анемии - 21,6%, апластические анемии – 12,8%. На второе место (с первого в 2015 году) переместились выбывшие пациенты с нарушениями свертываемости крови (42,0%), из которых 2/3 составили больные гемофилией

(66,5%), 15,4% - пациенты с тромбофилиями и другими нарушениями свертывания крови.

Помимо круглосуточного стационара в ОГД действует стационар дневного пребывания, рассчитанный на 10 коек, как в 2015, так и в 2018 годах (таблица 5.3).

Таблица 5.3

Показатели работы коечного фонда стационара
дневного пребывания ОГЦ в 2015 и 2018 годах

№	Показатель	2015	2018	2018 год в % к 2015 году
1.	Число койко-мест	10	10	100,0
2.	Выписано больных	290	342	117,9
3.	Умерло	0	0	-
4.	Проведено выбывшими пациенто-дней	2841	3091	108,8
5.	Работа койки, дней	284,1	309,1	108,8
6.	Оборот койки	29,0	34,2	117,9
7.	Среднее пребывание на койке, дней	9,8	9,0	91,8
8.	Больничная летальность, в %	0	0	-

При неизменном числе коек за период 2015-2018 годов отмечается увеличение числа выписанных пациентов с 290 до 342, или на 17,9%. Соответственно, повысилось и число проведенных выбывшими из стационара дневного пребывания пациенто-дней на 8,8%. Такое увеличение интенсивности лечебно-диагностического процесса привело к повышению оборота койки до 34,2 в 2018 году (рост по сравнению с 2015 годом на 17,9%) и снижению средней длительности пребывания на койки с 9,8 до 9,0 дней, или на 8,2%.

В структуре выбывших пациентов из стационара дневного пребывания в 2018 году почти две трети (65,5%) составили больные со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей (гемабластозами), пациенты с болезнями крови и кроветворных органов, соответственно, 34,5%. По сравнению с 2015 годом удельный вес пациентов с

гемобластозами увеличился с 59,3% (на 6,2%), а с заболеваниями крови на столько же снизился с 40,7% (рисунок 5.2).

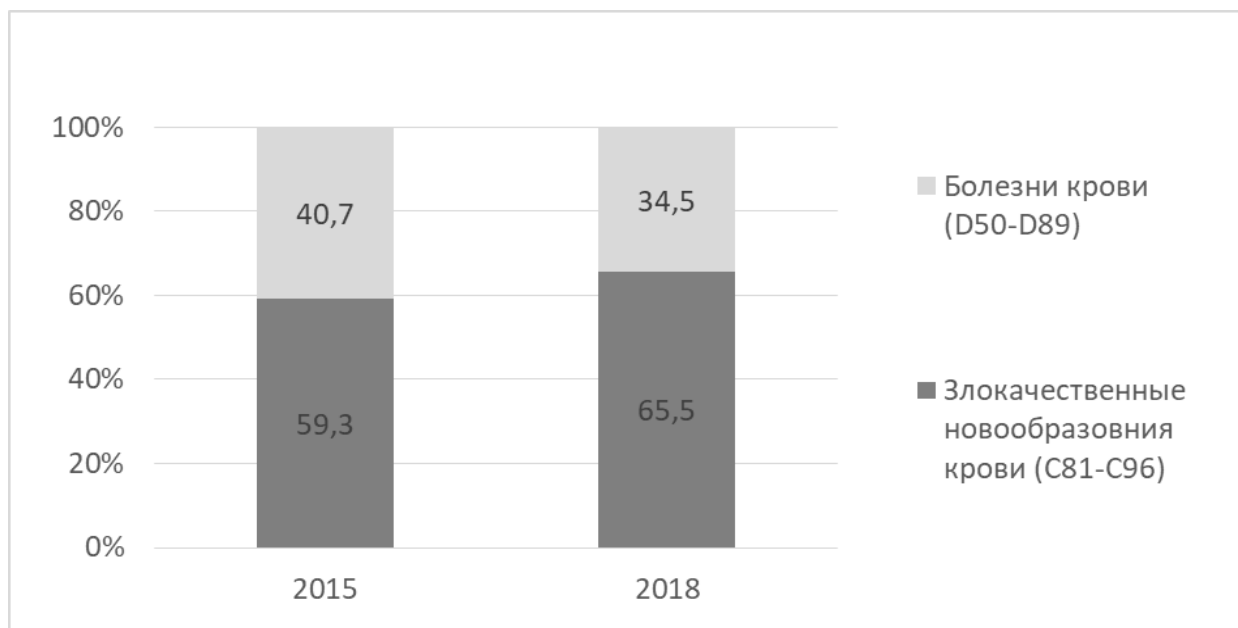


Рисунок 5.2. Структура выбывших из стационара дневного пребывания областного гематологического центра в 2015 и 2018 годах по группам заболеваний, в процентах

Следует отметить разнонаправленные тенденции изменения структуры выбывших пациентов в круглосуточном стационаре и стационаре дневного пребывания за 2015-2018 годы: в круглосуточном стационаре удельный вес злокачественных новообразований снижается, а в стационаре дневного пребывания растет. Это говорит о замещении стационара дневного пребывания функций круглосуточного стационара в части лечения пациентов с гемобластозами.

В 2018 году на фоне роста абсолютного числа выписанных пациентов из стационара дневного пребывания число выписанных пациентов с заболеваниями крови по сравнению с 2015 годом не изменилось и составило 118 человек (как в 2015, так и в 2018 годах). При этом рост выписанных пациентов со злокачественными новообразованиями крови составил 30,2% (увеличение с 172 пациентов в 2015 году до 224 пациентов в 2018 году).

Помимо стационарной и стационарозамещающей помощи в областном гематологическом центре оказывается амбулаторная специализированная

гематологическая помощь. С 2015 по 2018 год отмечается рост объемов оказанной амбулаторной гематологической помощи с 9411 посещений до 10003 посещений, или на 6,3% (таблица 5.4).

Таблица 5.4

Некоторые показатели деятельности амбулаторной помощи
в ОГЦ в 2015 и 2018 годах

№	Показатель	2015	2018	2018 год в % к 2015 году
1.	Число посещений к гематологам всего	9411	10003	106,3
2.	- в том числе сельских жителей	1284	1254	97,8
3.	- том числе 60 лет и старше	2646	3658	138,2
4.	- в том числе по поводу заболеваний	9411	9913	105,3
Число посещений по видам оплаты:				
5.	- обязательное медицинское страхование	4968	6698	134,8
6.	- платные	4122	3085	74,8
7.	- добровольное медицинское страхование	321	220	68,6

В среднем каждое восьмое посещение приходится на жителей сельской местности Самарской области, как в 2015, так и в 2018 годах. Отмечается увеличение абсолютного числа пациентов в возрасте 60 лет и старше (на 38,2%) при оказании амбулаторной гематологической помощи в Центре. В результате, доля контингента данной возрастной группы пациентов повысилась с 28,1% в 2015 году до 36,6% в 2018 году (различие статистически значимо, $p < 0,01$). Амбулаторная гематологическая помощь в Центре оказывается в подавляющем большинстве случаев по поводу заболеваний (в 100% случаях в 2015 году и в 99,8% случаях в 2018 году).

За период 2015-2018 годов число посещений к врачам-гематологам Центра за счет оплаты по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) возросло с 4968 до 6698, то есть на 34,8%. В то же время, отмечается существенное снижения числа посещений на платной основе (с 4122 до 3085, на 25,2%) и по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) (с 321 до 220, на 31,4%). В результате, доля посещений по ОМС в общей их структуре

повысилась с 43,1% в 2015 году до 66,8% ($p < 0,01$), а удельный вес посещений на платной основе и по ДМС, соответственно, снизился с 56,9% до 33,2%.

В 2015 году 9411 гематологических посещения обеспечили 7053 обращения пациентов по поводу гематологической патологии (в среднем 1,33 посещения на одно обращение), причем большинство обращений пришлось по поводу болезней крови (5677 обращений, или 80,5% от их общего числа). Среди болезней крови преобладали нарушения свертываемости крови (64,5%), из которых 32,9% составили обращения по поводу гемофилии. Меньшую часть болезней крови составили анемии – 20,1% от всех обращений по поводу болезней крови.

Остальная часть обращений (19,5%) была сделана по поводу злокачественных заболеваний крови, из которых почти половина пришлась на хронические лейкозы (46,7%) и около трети (30,9%) – на множественные миеломы.

В 2018 году по сравнению с 2015 годом число гематологических обращений в Центр увеличилось с 7053 до 7645, или на 8,4%. В 2018 году на одно обращение пришлось 1,31 посещения. Как и в 2015 году, значительная часть обращений касалась заболеваний крови (6259, или 81,9% от всех обращений), из них 61,6% составили обращения по поводу нарушений свертываемости крови, из которых 54,8% составили гемофилии. Удельный вес анемий в структуре обращений по поводу болезней крови вырос до 24,0%.

Что касается обращений по поводу злокачественных новообразований крови, то их доля в общем числе гематологических обращений несколько снизилась до 18,1%, из них, как и в 2015 году, значительная часть пришлась на хронические лейкозы (40,0%) и множественные миеломы (29,6%), рисунок 5.3).

На фоне роста числа обращений пациентов по поводу гематологической патологии число обращений в Центр по поводу злокачественных новообразований увеличилось незначительно, с 1376 обращений в 2015 году до 1386 в 2018 году (на 0,7%).

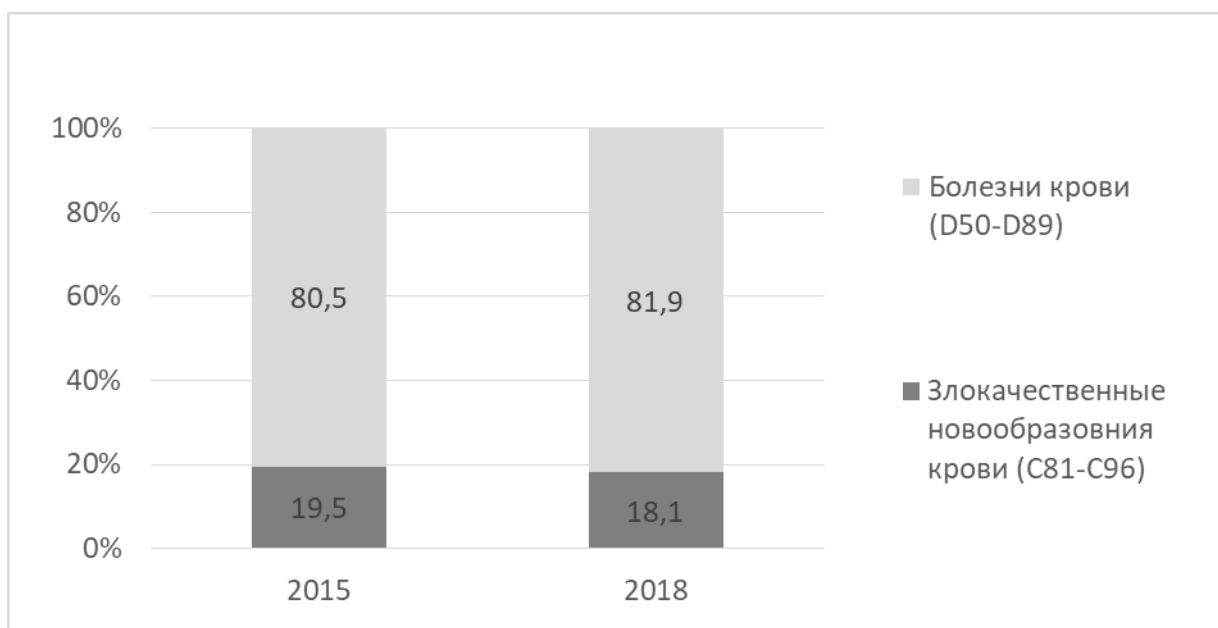


Рисунок 5.3. Структура амбулаторных обращений пациентов областного гематологического центра в 2015 и 2018 годах по группам заболеваний, в процентах

В то же время, наблюдается повышение числа обращений в Центр по поводу болезней крови с 5677 в 2015 году до 6259 в 2018 году, или на 10,3%, причем по поводу анемий с 1143 до 1502 обращений (на 31,4%), а по поводу нарушения свертываемости крови с 3664 до 3854 обращений (на 5,5%). Наиболее интенсивно росло число обращений по поводу гемофилий, с 1207 случаев в 2015 году до 2112 – в 2018 году, или на 75,0%.

Общее число пациентов, получивших медицинскую помощь в областном гематологическом центре в 2015-2018 годах увеличилось с 8884 до 9403 человек (на 5,8%) при сокращении коечного фонда круглосуточного стационара на 15,0%. Рост объемов оказания амбулаторной и стационарозамещающей гематологической помощи при снижении объемов стационарной помощи приводит к реструктуризации медицинской помощи в рамках областного гематологического центра в пользу амбулаторного звена. Так, доля пациентов, получивших амбулаторную помощь увеличилась с 78,6% от общего числа всех пациентов Центра в 2015 году до 82,3% в 2018 году ($p < 0,01$).

За период 2015-2018 годов суммарные доходы областного гематологического центра как совокупность оплаченных госпитализаций и посещений по всем источникам финансирования повысились с 111035,4 тыс. рублей до 127982,2 тыс. рублей, или на 15,3%.

В 2015 году основным источником доходов Центра были средства ОМС (84,6%), значительно меньше пришлось на средства федерального бюджета по оплате высокотехнологичной помощи (13,4%), а на платные услуги и средства ДМС - всего 2,0% от всех доходов. В результате, на одно физическое лицо медицинского персонала центра в среднем пришлось 2266,0 тыс. рублей, или 188,8 тыс. рублей в месяц. В среднем один пациент Центра независимо от вида оказанной ему медицинской помощи обеспечил поступление 12,5 тыс. рублей.

В 2018 году основным источником доходов Центра были также средства ОМС (86,7%), далее шли средства федерального бюджета по оплате высокотехнологичной помощи (11,0%) и платные услуги и средства ДМС - 2,3% от всех доходов. В результате, на одно физическое лицо медицинского персонала центра в среднем пришлось 2509,5 тыс. рублей, или 209,1 тыс. рублей в месяц. В среднем один пациент Центра независимо от вида оказанной ему медицинской помощи обеспечил поступление 13,6 тыс. рублей. За 2015-2018 годы доля средств ОМС в доходах Центра возросла, а удельный вес средств федерального бюджета сократился за счет перевода оплаты ряда госпитализаций в ОМС.

Таким образом, за период деятельности областного гематологического центра на базе Клиник Самарского медицинского университета повысились его объемные и финансовые показатели, что позволяет рассматривать центр как ключевое звено организации гематологической медицинской помощи взрослому населению Самарской области.

5.2. Моделирование конечных результатов деятельности гематологической службы

Объективная оценка деятельности медицинского персонала способствует повышению качества медицинской помощи, результативности работы и влияет на дифференцированную оплату труда.

На базе областного гематологического центра (ОГЦ) Клиник Самарского государственного медицинского университета нами разработана методика оценки деятельности медицинского персонала, основанная на результативном подходе с использованием модели конечных результатов деятельности лечащих врачей-гематологов, структурных подразделений ОГЦ, а также гематологической службы в целом.

Достоверная оценка деятельности гематологической помощи возможна и осуществима при анализе целого набора параметров, включающих в себя количественные и качественные критерии, включая объемные показатели с учетом государственного задания; показатели рационального и эффективного использования ресурсов; экспертной оценки работы персонала и т.д.

В основу модели конечных результатов закладываются обобщенные качественные показатели, характеризующие результаты деятельности. Для получения объективной оценки деятельности необходим соответствующий набор показателей результативности оцениваемого объекта, а также специально разработанные нормативные (целевые) показатели. Выполнение нормативного показателя в медицинской организации должно способствовать созданию условий для максимального использования ограниченных ресурсов при постоянном улучшении качества медицинской помощи.

Для каждого оцениваемого объекта (врача, подразделения, службы в целом) показатели результативности отражают степень достижения стоящих перед ним задач путем определения соответствия реально достигнутых и нормативных показателей. Оценка достигнутого результата производится по отклонению от нормативных значений. После выбора показателей результативности экспертным путем определяется их значимость (от 1 до 10).

Для подсчета фактических баллов, характеризующих уровень выполнения функций, рассчитываются оценочные коэффициенты, позволяющие вычислить значимость единицы дефекта. Для каждого показателя результативности с этой целью устанавливается цена единицы отклонения.

В результате расчетов при оценке деятельности врачей-гематологов, структурных подразделений областного гематологического центра и гематологической службы в целом с применением модели конечных результатов вычисляется интегральный показатель качества работы (ИПК), который представляет собой десятичную дробь (в доля от единицы).

Начисление дополнительного размера оплаты труда в части стимулирующих выплат (премии) производится по итогам оценки результатов труда за квартал и год. Премии не начисляются в случае наложения на работника дисциплинарного взыскания в отчетном периоде. Сумма денежных средств к распределению на премии работникам за отчетный период рассчитывается по формуле:

$$CP = ПСР * НРВ * ЗС * ИПД, \text{ где}$$

CP – сумма денежных средств к распределению на выплаты Премии работнику за отчетный период;

ПСР – плановый (максимально возможный) размер средств на выплаты работникам, определенный планово-финансовым управлением и управлением бюджетного учета и финансового контроля за отчетный период;

НРВ – отработанная норма рабочего времени за отчетный период (коэффициент от 0 до 1);

ЗС – занятость ставки;

ИПД – интегральный показатель деятельности за отчетный период.

Для расчета показателей в модели конечных результатов как правило используется четырехуровневая система оценки (таблица 5.5.).

Таблица 5.5

Система оценки показателей в модели конечных результатов

№	Оценка выполнения критерия	Значение оценки, в долях целого
1.	Критерий выполняется полностью. Нет никаких нарушений и отступлений	1
2.	Имеются однократные незначительные отступления или нарушения	0,8
3.	Нарушения незначительны, но повторяются в течение периода	0,5
4.	Имеются существенные нарушения или отступления	0

Для критериев, не допускающих дифференциации оценки на четыре уровня, применяется двухуровневая система оценки (1 - критерий соблюдается, 0 - не соблюдается). Кроме того, при наличии нормативного (целевого показателя) и конкретного значения по выполнению данного показателя значение оценки выполнения критерия (показателя) может быть подсчитано путем отношения фактического показателя и целевого показателя в долях от единицы (от 0 до 1).

Нами были разработаны модели конечных результатов для лечащих врачей-гематологов областного гематологического центра, руководителей структурных подразделений ОГЦ, а также для гематологической службы в целом, которые ежеквартально рассчитывались, позволяя оперативно оценивать деятельность гематологической службы и влиять на расчет стимулирующих выплат в рамках системы дифференцированной оплаты труда эффективного контракта медицинских работников по профилю «гематология».

Так, для врача-гематолога были разработаны следующие показатели результативности: соблюдение порядков и стандартов медицинской помощи, отсутствие штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций; удельный вес пациентов с осложнениями от общего количества пациентов; расхождение патолого-анатомического и клинического диагнозов;

своевременность и качество оформления медицинской документации; оформление электронных медицинских карт пациентов; участие в разработке и внедрении новых технологий; участие в образовательных программах с докладами, презентациями, тезисами и т.п.; удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи; соблюдение медицинской этики и деонтологии; соблюдение трудовой дисциплины.

Приводим пример расчета показателей работы врача-гематолога круглосуточного стационара за 2018 год (таблица 5.6).

Таблица 5.6

Показатели результативности деятельности врача-гематолога круглосуточного стационара по модели конечных результатов

№ п/п	Показатели	Единица измерения	Плановое значение	Оценка в баллах	Оценка выполнения критерия (от 0 до 1))	Взвешенная оценка (графа 5 x графу 6)
1	Соблюдение порядков и стандартов медицинской помощи, отсутствие штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций	%	100	20	0,8	16
2	Удельный вес пациентов с осложнениями от общего количества пациентов	%	0	10	1	10
3	Расхождение патолого-анатомического и клинического диагнозов	отсутствие	X	5	1	5
4	Своевременность и качество оформления медицинской документации	%	100	10	0,8	8
5	Оформление электронных медицинских карт пациентов	%	100	10	0,9	9
6	Участие в разработке и внедрении новых технологий	%	100	10	0,8	8
7	Участие в образовательных программах с докладами, презентациями, тезисами и т.п.	%	100	5	0,8	4
8	Удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи	%	80	10	0,95	9,5
9	Соблюдение медицинской этики и деонтологии	отсутствие обоснованных жалоб	X	10	1	10
10	Соблюдение трудовой дисциплины	отсутствие нарушений	X	10	1	10
	Итого	%	X	100	X	89,5

По приведенной модели конечных результатов оценка показателей результативности составляет 97 баллов; соответственно, интегральный коэффициент качества деятельности составляет: $ИПК = 89,5 / 100 = 0,90$.

Представленная методика оценки деятельности врача-гематолога используется в системе управления качеством медицинской помощи для последующей дифференцированной оплаты труда.

Для заведующего отделением гематологии нами были разработаны следующие показатели результативности модели конечных результатов: выполнение государственного задания структурного подразделения; среднегодовая занятость койки; доля пролеченных больных, проживающих на территории других субъектов Российской Федерации; больничная летальность; участие в образовательных программах с докладами, презентациями, тезисами и т.п.; оформление электронных медицинских карт пациентов; оформление электронных медицинских карт пациентов; ведение листа ожидания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи; соблюдение порядков и стандартов медицинской помощи, отсутствие штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций; удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи; внедрение новых медицинских технологий.

На данном этапе оказания гематологической помощи в качестве показателей результативности берутся более обобщенные показатели на уровне структурных подразделений (отделения круглосуточного стационара, отделения стационара дневного пребывания).

Приводим пример расчета показателей работы заведующего отделением гематологии и химиотерапии круглосуточного стационара областного гематологического центра за 2018 год (таблица 5.7).

Исходя из приведенной модели конечных результатов оценка показателей результативности деятельности заведующего отделением гематологии и химиотерапии составляет 92,0 балла; соответственно,

интегральный коэффициент качества деятельности составляет: ИПК = 92/ 100
= 0,92.

Таблица 5.7

Показатели результативности деятельности заведующего отделением гематологии и химиотерапии круглосуточного стационара по модели конечных результатов

№ п/п	Показатели	Единица измерения	Плановое значение	Оценка в баллах	Оценка выполнения критерия (от 0 до 1)	Взвешенная оценка (графа 5 х графу 6)
1	Выполнение государственного задания	%	100	15	1,0	15
2	Среднегодовая занятость койки	дни	320	15	0,9	13,5
3	Доля пролеченных больных, проживающих на территории других субъектов Российской Федерации	%	20	5	0,8	4
4	Больничная летальность	процент от числа выбывших больных	1,0	10	1	10
5	Участие в образовательных программах с докладами, презентациями, тезисами и т.п.	%	100	5	1	5
6	Оформление электронных медицинских карт пациентов	%	100	10	0,9	9
7	Ведение листа ожидания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи	%	100	5	1	5
8	Соблюдение порядков и стандартов медицинской помощи, отсутствие штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций	%	100	20	0,8	16
9	Удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи	%	80	10	0,95	9,5
10	Внедрение новых медицинских технологий	1 в квартал	100	5	1	5
	Итого	%	X	100	X	92,0

Также была разработана модель конечных результатов гематологической службы Самарской области, выступающая в качестве

интегрального показателя деятельности по организации специализированной гематологической помощи взрослому населению (таблица 5.8)

Таблица 5.8

Показатели результативности деятельности гематологической службы Самарской области по модели конечных результатов

№ п/п	Показатели	Единица измерения	Плановое значение	Оценка в баллах	Оценка выполнения критерия (от 0 до 1)	Взвешенная оценка (графа 5 х графу 6)
1	Смертность взрослого населения от гематологических заболеваний	случаев на 100 тыс. жителей	16,0	10	1	10
2	Выполнение государственного задания	%	100	10	1,0	10
3	Обеспеченность взрослого населения врачами-гематологами в амбулаторных условиях	число врачей на 200 тыс. жителей	1,0	10	0,4	4
4	Доля пролеченных больных, проживающих на территории других субъектов Российской Федерации	%	20	10	0,8	4
5	Среднегодовая занятость койки	дни	320	10	0,9	13,5
6	Больничная летальность	процент от числа выбывших больных	1,0	10	1	10
7	Соблюдение порядков и стандартов медицинской помощи, отсутствие штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций	%	100	10	0,8	8
8	Удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи	%	80	10	0,9	9
9	Отсутствие обоснованных жалоб	Число жалоб	0	10	1	10
10	Внедрение новых медицинских технологий	1 в квартал	100	10	1	10
	Итого	%	X	100	X	88,5

В качестве показателей нами были отобраны актуальные для гематологической службы такие индикаторы, как смертность взрослого населения от гематологических заболеваний; выполнение государственного задания; обеспеченность взрослого населения врачами-гематологами в амбулаторных условиях; доля пролеченных больных, проживающих на территории других субъектов Российской Федерации; среднегодовая

занятость койки; больничная летальность; соблюдение порядков и стандартов медицинской помощи, отсутствие штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций; удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи; отсутствие обоснованных жалоб; внедрение новых медицинских технологий.

Оценка показателей результативности деятельности гематологической службы в 2018 году составляет 88,5 балла; соответственно, интегральный коэффициент качества деятельности составляет: $ИПК = 88,5 / 100 = 0,89$.

5.3. Организационная модель совершенствования оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями крови

Совершенствование гематологической помощи взрослому населению Самарской области реализовано в организационной модели, важным звеном которой является областной гематологический центр, по следующим направлениям.

- 1) Развитие гематологической помощи путем повышения объемов внебольничной помощи.
- 2) Маршрутизация пациентов при оказании гематологической помощи.
- 3) Алгоритм действий медицинских работников при оказании гематологической помощи.
- 4) Мониторинг деятельности гематологической службы.
- 5) Оценка результативности деятельности гематологической службы (схема 5.1).

В рамках развития гематологической службы к 2018 году удалось увеличить число медицинских организаций Самарской области, оказывающих гематологическую специализированную помощь в амбулаторных условиях до восьми по сравнению с шестью в 2015 году, то есть на треть. В 2018 году данная помощь оказывается в трех городах области: Самаре (шесть организаций), Тольятти (одна), Отрадном (одна).



Схема 5.1. Организационная модель совершенствования оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области

Число посещений, сделанных к врачам-гематологам, выросло с 15279 в 2015 году до 22988 в 2018 году, или на 50,5%. Рост посещений был отмечен как для городского населения (с 12734 в 2015 году до 19666 в 2018 году (на 54,4%)), так и для сельского населения (с 2545 посещений в 2015 году до 3322 в 2018 году (на 30,5%)).

Отмечается также рост амбулаторных посещений взрослых жителей Самарской области к врачам-гематологам в 2015-2018 годах (на 100 тысяч человек) с 577,9 до 888,4 (на 53,7%), причем как для жителей городов (с 645,8 до 760,0 – на 17,7%), так и для жителей сельской местности (с 378,6 до 491,8 – на 29,9%).

За период реализации организационной модели удалось увеличить число занятых ставок врачей-гематологов амбулаторного звена с 2,5 в 2015 году до 5,25 в 2018 году (в 2,1 раза). В результате, функция врачебной должности специалиста-гематолога, рассчитываемая как отношение числа посещений к занятым ставкам в амбулаторных условиях, сократилась с 6111,6 посещений в год в 2015 году до 4378,7 в 2018 году, приблизившись к оптимальному значению.

В 2018 году, как и в 2015 году стационарная гематологическая помощь взрослому населению Самарской области оказывалась в трех медицинских организациях. Абсолютные показатели стационарной гематологической помощи в 2015-2018 годах имели тенденцию к снижению. Так, за данный период сократилось число круглосуточных коек с 185 до 175 (на 5,4%), число койко-дней с 55121 до 50505 (на 8,4%), число выбывших пациентов с 3665 до 3327 (на 9,2%).

В результате, уровень госпитализации взрослого населения Самарской области на круглосуточные койки гематологического профиля с 2015 по 2018 год сократился с 138,6 на 100 тыс. жителей до 128,6 (на 7,2%), причем сокращение отмечалось только для жителей городов – с 155,0 до 136,6 (на 11,9%). Уровень госпитализации жителей сельских районов, напротив, вырос с 90,6 до 105,8 на 100 тыс. жителей (на 16,8%), что свидетельствует о повышении доступности специализированной гематологической помощи в стационарных условиях.

Показатели использования гематологических коек для взрослого населения Самарской области в 2015-2018 годах существенно не изменились: средняя длительность пребывания на койке стабилизировалась на уровне 14,9 дней; оборот койки – на уровне 20,1 – 19,3 при некотором снижении занятости койки с 300 до 288 дней (на 4,0%). При этом больничная летальность сократилась с 0,41% до 0,30% ($p < 0,05$).

Нагрузка на одну ставку врача-гематолога в 2018 году составила в среднем 8,0 коек (в 2015 году – 8,3 койки) при 151,2 пролеченных пациентов

(в 2015 году – 164,7 пациентов). Таким образом, к 2018 году сохраняется некоторая тенденция сокращения нагрузки врачей круглосуточного стационара.

Вместе с тем, отмечается существенный рост числа койко-мест стационаров дневного пребывания гематологического профиля с 15 в 2015 году до 25 в 2018 году, или на 66,7%. В 2018 году стационарозамещающая помощь оказывалась в трех медицинских организациях (в 2015 году – в двух). Число пролеченных пациентов за 2015-2018 годы выросло с 660 до 855 человека (на 29,5%), при этом койка стала работать более оптимально (среднегодовая занятость койки сократилась с 358,0 дней до 315,3 дней), а средняя длительность пребывания в дневном стационаре повысилась с 8,2 дней до 9,1 дней (на 11,1%). Кроме того, увеличение числа койко-мест в стационарах дневного пребывания позволило снизить нагрузку врачей с 440 пациентов на одного врача в 2015 году до 342 пациентов в 2018 году.

С учетом оценки системы организации гематологической помощи взрослому населению Самарской области был издан приказ министерства здравоохранения Самарской области от 18.05.2015 года № 746 «О совершенствовании оказания медицинской помощи по профилю «гематология» взрослому населению на территории Самарской области».

В приказе определено оптимальное движение пациентов с целью получения качественной медицинской помощи при минимальных временных и финансовых затратах (маршрутизация пациентов) (таблица 5.9).

В процессе маршрутизации в Клиники СамГМУ (Областной гематологический центр) госпитализируются все пациенты областного центра – г. Самары.

Территорией ответственности Самарской областной больницы являются четыре города областного подчинения, находящиеся в непосредственной близости к Самаре и сельские районы области (кроме Ставропольского района).

В Тольяттинскую городскую клиническую больницу № 5 госпитализируются все пациенты г. Тольятти, а также близлежащего г. Жигулевска и окружающего г. Тольятти Ставропольского района.

Таблица 5.9

Маршрутизация взрослых пациентов с установленными им заболеваниями системы крови на территории Самарской области

№ п/п	Медицинская организация	Территория ответственности
1.	Клиники ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Все районы г. Самара
2.	ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»	г. Новокуйбышевск, г. Чапаевск, г. Отрадный, г. Нефтегорск, Алексеевский район, Богатовский район, Борский район, Пестравский район, Красноармейский район, Безенчукский район, Хворостянский район, Приволжский район, Кинель-Черкасский район, Кинельский район, Похвистневский район, Клявлинский район, Камышлинский район, Иса克林ский район, Больше-Глушицкий район, Больше-Черниговский район, Волжский район (с. Черноречье, с. Воскресенка, с. Рождествено, п. Смышляевка, с. Курумоч, п. Петра-Дубрава), Елховский район, Кошкинский район, Красноярский район, Челно-Вершинский район, Шенталинский район, Сергиевский район, г. Сызрань, Сызранский район, г. Октябрьск, Шигонский район
3.	ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5»	Центральный, Комсомольский, Автозаводской районы г. Тольятти Г. Жигулевск, Ставропольский район

Наряду с маршрутизацией в рамках организационной модели нами разработан алгоритм действий медицинских работников и мероприятия при диагностике заболеваний крови в медицинских организациях Самарской области. Вопрос о госпитализации пациента с заболеванием системы крови решается после консультации врача-гематолога (таблица 5.10).

Таблица 5.10
(с. 129-132)

Алгоритм действий медицинских работников и мероприятия при диагностике заболеваний крови в медицинских организациях Самарской области

№ п/п	Необходимость оказания медицинской помощи (госпитализации) пациентам с заболеваниями системы крови	Мероприятия, необходимые исследования и условия госпитализации
1	2	3
1.	Госпитализация в плановом порядке	Пациенты направляются со следующими результатами исследований: обзорная рентгенография органов грудной клетки; общий клинический анализ крови; биохимический анализ крови (билирубин, креатинин, глюкоза); электрокардиография; сведения о прививках (АДС-М); консультации гинеколога для женщин; Антитела к австралийскому антигену; антитела к вирусному гепатиту С; антитела к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ).
2.	Оказание экстренной медицинской помощи больным с железодефицитными, витамин-В12-дефицитными и фолиеводефицитными анемиями, анемиями неясной этиологии	Пациенты круглосуточно госпитализируются в дежурный терапевтический стационар по месту жительства с последующей консультацией врача-гематолога

1	2	3
3.	Оказание экстренной медицинской помощи пациентам, у которых впервые выявленные заболевания системы крови и нуждающиеся в госпитализации по экстренным показаниям в вечернее время, в выходные и нерабочие праздничные дни	Пациенты госпитализируются для оказания скорой медицинской помощи учреждениями здравоохранения Самарской области.
4.	Терминальные стадии онкогематологических заболеваний, без необходимости оказания специализированной помощи или проведения химиотерапии	Пациенты при необходимости госпитализируются на терапевтические койки по месту жительства пациента для проведения симптоматического лечения, в том числе и заместительной терапии компонентами крови
5.	Диагностированные коагулопатии с необходимостью оказания экстренной медицинской помощи с кровоизлиянием в головной и спинной мозг, а также офтальмологической или оториноларингологической помощи	Пациенты госпитализируются в дежурный нейрохирургический или неврологический стационар, а также в дежурные стационары соответствующего профиля
6.	Анемический синдром впервые выявленный, тяжелый (уровень гемоглобина менее 70 г/л и/или уровень эритроцитов менее $2,0 \times 10^{12}/л$) и с признаками сердечно-сосудистой или церебральной недостаточности	Пациенты направляются на госпитализацию в дежурный терапевтический стационар в экстренном порядке
7.	Анемический синдром средней тяжести или легкой степени (уровень гемоглобина 70 г/л и более и/или уровень эритроцитов $2,0 \times 10^{12}/л$ и более) без признаков сердечно-сосудистой или церебральной недостаточности	Показано амбулаторное дообследование: общий клинический анализ крови, кровь на уровень сывороточного железа, эндоскопическое исследование желудка и толстого кишечника, консультация гинеколога для женщин, консультация хирурга. Консультация врача-гематолога осуществляется в плановом порядке с результатами обследования

1	2	3
8.	Геморрагический синдром при угрожающих жизни или не купируемых кровотечениях	Пациент госпитализируется в профильный стационар в зависимости от источника кровопотери.
9.	Геморрагический синдром при отсутствии угрожающего жизни кровотечения	пациент направляется на консультацию к врачу-гематологу с учетом права выбора медицинской организации по оказанию медицинской помощи
10.	Изолированная лейкоцитопения, тромбоцитопения (при выявлении изолированной лейкоцитопении менее $3,0 \times 10^9/\text{л}$ и/или тромбоцитопении менее $150 \times 10^9/\text{л}$ и при наличии экстренных показаний для госпитализации	Пациент направляется в дежурный стационар терапевтического или хирургического профиля (в зависимости от преобладающего клинического синдрома: кровотечение, лихорадка и т.д.). Госпитализация в отделение гематологии производится только после консультации врача-гематолога
11.	Тромбоцитоз	Проводится амбулаторное дообследование: общий анализ крови с лейкоформулой и ретикулоцитами, кровь на сывороточное железо, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, с последующей консультацией врача-гематолога
12.	Лейкемоидные реакции	Проводится амбулаторное дообследование: рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, кровь на антитела к ВИЧ, с последующей (при необходимости) консультацией врача-гематолога

1	2	3
13.	Лимфаденопатии, гепатолиенальный синдром, лихорадка неясной этиологии, другие гематологические синдромы	В диагностически сложных случаях, с целью верификации диагноза пациенты направляются на консультацию врача-гематолога с учетом права выбора медицинской организации

С учетом роста объемов оказания первичной специализированной медицинской помощи по профилю «гематология» в 2017 году приказом министерства здравоохранения Самарской области от 18.12.2017 года № 1386 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения самарской области от 18.05.2015 г. № 746 «О совершенствовании оказания медицинской помощи по профилю «гематология» взрослому населению Самарской области» помимо маршрутизации пациентов с установленными им заболеваниями системы крови при оказании специализированной помощи (в условиях круглосуточного стационара), разработанной в 2015 году, была утверждена маршрутизация пациентов с заболеваниями системы крови при оказании первичной специализированной помощи (в амбулаторных условиях) (таблица 5.11).

Мониторинг деятельности гематологической службы – важный компонент организационной модели совершенствования гематологической помощи взрослому населению.

В рамках постоянного наблюдения за деятельности гематологической службы нами была разработана «Программа мониторинга деятельности гематологической службы взрослого населения Самарской области» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2019611775 от 04.02.2019 г.).

Таблица 5.11

Маршрутизация пациентов с заболеваниями системы крови при оказании первичной специализированной помощи

№ п/п	Медицинская организация	Территория ответственности
1.	ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Все районы г. Самара, кроме Куйбышевского, Кировского и Промышленного
2.	ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина»	Г. Нефтегорск, Алексеевский район, Пестравский район, Хворостянский район, Приволжский район, Кинельский район, Клявлинский район, Исаклинский район, Большеглушицкий район, Большечерниговский район, Волжский район (с. Черноречье, с. Воскресенка, с. Рождествено, п. Смышляевка, с. Курумоч, п. Петра-Дубрава), Елховский район, Кошкинский район, Красноярский район, Челно-Вершинский район, Шенталинский район, Сергиевский район, г. Сызрань, Сызранский район, г. Октябрьск, Шигонский район, Кировский и Промышленный районы г. Самара
3.	ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5»	Г. Тольятти, г. Жигулевск, Ставропольский район
4.	ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника № 3»	Куйбышевский район г. Самара, г. Новокуйбышевск, Красноармейский район, г. Чапаевск, Безенчукский район
5.	ГБУЗ СО «Отраденская городская больница»	Г. Похвистнево, Похвистневский район, Кинель-Черкасский район, г. Отрадный, Богатовский район, Борский район, Камышлинский район

Программа мониторинга предусматривает изучение показателей заболеваемости и смертности взрослого населения Самарской области от болезней системы крови (болезней крови III класса МКБ-10 и злокачественных

новообразований крови рубрик С81-С96 II класса МКБ-10) в разрезе административно-территориальных единиц, показателей кадрового обеспечения гематологической службы, изучение показателей деятельности гематологической помощи в медицинских организациях области с учетом условий ее оказания (амбулаторных, стационарных, дневного стационара).

В рамках организации мониторинга деятельности гематологической службы в областном гематологическом центре на базе Клиник НИИ гематологии, трансфузиологии и интенсивной терапии (ГТИТ) СамГМУ выделено 0,5 ставки среднего медицинского персонала (в штате отделения медицинской статистики Клиник) на два физических лица – медицинские сестры (по совместительству). Данные специалисты ведут мониторинг деятельности гематологической службы по специальной программе, получая необходимые данные в отделении медицинской статистики Клиник, а по другим медицинским организациям области – в Медицинском информационно-аналитическом центре (МИАЦ) Самарской области. Предварительно, специалисты прошли обучение на цикле по вопросам медицинской статистики в центре повышения квалификации специалистов здравоохранения и на базе МИАЦ.

Анализ получаемых в ходе мониторинга проводится специалистами НИИ ГТИН во главе с главным гематологом Самарской области (руководителем НИИ ГТИН) совместно с сотрудниками Управления скорой и специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Самарской области.

Мониторинг показателей заболеваемости взрослого населения Самарской области болезнями системы крови за 2015-2018 годы показывает в целом сохранение тенденций периода 2006-2015 годом, как для городского, так и для сельского населения.

Так, показатели суммарной общей заболеваемости взрослого населения Самарской области болезнями крови за 2015-2018 годы, на 100 тыс. жителей, выросли с 1312,3 до 1397,9 (на 6,5%), причем более интенсивные темпы

прироста (23,3%) характерны для злокачественных новообразований крови относительно болезней крови (4,6%), разность статистически значима ($p < 0,01$) (таблица 5.12).

Таблица 5.12

«Суммарная» общая и «суммарная» первичная заболеваемость гематологической патологией взрослого населения Самарской области в 2015-2018 годах, на 100 тыс. жителей

Заболевания	2015	2018	2015 год в % к 2006 году
«Суммарная» общая заболеваемость			
Болезни крови D50-D89	1179,5	1234,2	104,6
Злокачественные новообразования крови C81-C96	132,8	163,7	123,3
Итого	1312,3	1397,9	106,5
«Суммарная» первичная заболеваемость			
Болезни крови D50-D89	175,9	178,6	101,5
Злокачественные новообразования крови C81-C96	25,2	24,8	98,4
Итого	201,1	203,4	101,1

Существенной динамики «суммарной» первичной заболеваемости гематологической патологией за 2015-2018 годы отмечено не было.

Если в 2006-2015 годах смертность взрослого населения Самарской области от гематологической патологии выросла на 29,3%, причем исключительно за счет смертности от новообразований крови, то за последние три года нами отмечена противоположная динамика. За 2015-2018 годы смертность от всех болезней крови сократилась с 15,9 на 100 тыс. жителей до 12,4 (на 22,0%). Наибольшее сокращение смертности отмечалось от болезней крови (D50-D89) – на 33,3% (с 1,2 до 0,8 на 100 тыс. жителей), наименьшее – от злокачественных новообразований крови (C81-C96) – на 21,1% (с 14,7 до 11,6 на 100 тыс. жителей). В то же время, динамика смертности от злокачественных новообразований крови неравномерная: уровень смертности от злокачественных лимфом снизился на 24,7% (с 8,1 до 6,1 на 100 тыс. жителей), а от лейкозов снизился на 16,7% (с 6,6 до 5,5 на 100 тыс. жителей).

Проведение социологических опросов пациентов и врачей в рамках деятельности гематологической службы – важная составная часть организационной модели совершенствования гематологической помощи. Опросники для проведения социологических исследований в 2015 и 2018 годах нами разрабатывались при участии врачей-гематологов из числа профессорско-преподавательского состава кафедры госпитальной терапии и заведующих отделениями гематологии медицинских организаций Самарской области, а также специалистов лаборатории социально-психологических исследований (ЛСПИ) кафедры педагогики, психологии и психолингвистики СамГМУ. Анкеты утверждались главным гематологом Самарской области (приложение 1, 2).

Обработка результатов опросов проводилась нами с участием специалистов по мониторингу областного гематологического центра Клиник НИИ ГТИН СамГМУ.

В рамках мониторинга деятельности гематологической службы области предполагается дальнейшая разработка анкет и проведение опросов пациентов и медицинских работников. Проведение опросов предполагается осуществлять специально обученными в НИИ ГТИН медицинскими сестрами гематологических кабинетов и отделений медицинских организаций. Обработку результатов социологических исследований будет проводиться специалистами по мониторингу областного гематологического центра и специалистами лаборатории социально-психологических исследований (ЛСПИ) кафедры педагогики, психологии и психолингвистики СамГМУ. Финансирование данной деятельности предусматривается специально выделенными средствами НИИ ГТИН СамГМУ.

**5.4. Оценка результативности организационной модели
совершенствования оказания медицинской помощи взрослому
населению с заболеваниями крови**

Для оценки результативности организационной модели совершенствования оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области нами был проведен сравнительный анализ системы организации гематологической помощи до внедрения организационной модели (2015 год) и после (2018 год) (таблица 5.13).

Таблица 5.13

Некоторые показатели деятельности гематологической службы взрослому населению Самарской области в 2015 и 2018 годах

№	Показатели	2015	2018	2018 год в процентах к 2015 году (достоверность разности, р)
Кадровая характеристика				
1.	Штатных должностей врачей-гематологов	31,5	37,75	119,8
2.	Занятых должностей врачей-гематологов	25,0	31,25	125,0
3.	Физических лиц врачей-гематологов	25	28	112,0
Гематологическая помощь в амбулаторных условиях				
1.	Число медицинских организаций	6	8	133,0
2.	Число амбулаторных посещений на 100 тыс. населения	577,9	888,4	153,7 ($p < 0,001$)
3.	Число посещений на одного врача-гематолога в год	6111,6	4378,7	71,6 ($p < 0,001$)
Гематологическая помощь в условиях стационара дневного пребывания				
1.	Число койко-мест	15,0	25,0	166,0
2.	Уровень госпитализации на 100 тыс. жителей	25,0	33,0	132,0 ($p < 0,05$)
3.	Выписанных пациентов на одного врача в год	440	342	77,7 ($p < 0,001$)
Гематологическая помощь в условиях круглосуточного стационара				
1.	Число медицинских организаций	3	3	100,0
2.	Число коек	185	175	94,6
3.	Уровень госпитализации на 100 тыс. жителей	138,6	128,6	92,8 ($p > 0,05$)

В течение 2015-2018 годов отмечается рост числа штатных, занятых должностей и физических лиц врачей-гематологов, что повышает кадровую обеспеченность взрослого населения Самарской области врачами-гематологами с 0,95 гематологов на 100 тыс. жителей в 2015 году до 1,09 в 2018 году (на 14,7%).

Объемы внебольничной гематологической помощи взрослому населению области выросли за счет повышения числа амбулаторных посещений на 100 тыс. взрослого населения на 53,7% и уровня госпитализации в стационары дневного пребывания на 32,0%. Характерно, что при росте данных объемов отмечается снижение нагрузки врачей-гематологов как в поликлиниках, так и в стационарах дневного пребывания.

На фоне сокращения числа койко-дней на койках гематологического профиля круглосуточных стационаров области с 55121 в 2015 году до 50505 в 2018 году (на 8,4%) сократилась и средняя длительность ожидания госпитализации с 22,1 дней до 13,3 дней за рассматриваемый период (раздел 5.3).

Параллельно, объемы круглосуточной стационарной помощи за период 2015-2018 годов снизились: при сокращении числа коек до 175 (на 5,4%) уровень госпитализации пациентов уменьшился до 128,6 на 100 тыс. жителей, или на 7,2%.

Таким образом, в рамках реализации организационной модели можно сделать вывод о реструктуризации гематологической помощи в пользу внебольничного звена.

В ходе исследования были рассчитаны среднегодовые показатели результативности гематологической службы в 2015 и 2018 годах по трем основным позициям: лечащим врачам-гематологам, заведующим структурными подразделениями и гематологической службой в целом по разработанным моделям конечных результатов, что отражает интегральный подход к деятельности службы (раздел 5.2.).

В результате отмечается повышение уровня коэффициентов результативности по всем трем позициям в среднем с 0,80 до 0,90 (на 0,1), в том числе у врачей-гематологов с 0,80 до 0,90, у руководителей структурных подразделений с 0,81 до 0,92, по гематологической службе в целом с 0,80 до 0,89 (таблица 5.14).

Сравнительное социологическое исследование пациентов показывает достоверное повышение уровня удовлетворенности респондентов по вопросам оказания гематологической помощи.

Таблица 5.14

Среднегодовые показатели результативности деятельности медицинского персонала гематологической службы по модели конечных результатов в 2015 и 2018 годах

№	Медицинский персонал	2015	2018
1.	Врачи-гематологи	0,80	0,90
2.	Заведующие структурными подразделениями	0,81	0,92
3.	Гематологическая служба в целом	0,80	0,89
Средняя оценка		0,80	0,90

Так, доля пациентов гематологических подразделений медицинских организаций, оценивающих организацию оказания гематологической помощи, статистически значимо выросла с 61,0% в 2015 году до 83,4% в 2018 году ($p < 0,001$). При этом средняя оценка организации оказания гематологической помощи пациентами выросла с $3,71 \pm 0,11$ баллов до $4,00 \pm 0,13$ баллов ($p < 0,05$).

Значительный интерес вызывает оценка пациентами динамики перемен в организации гематологической помощи за последние три года. Если в 2015 году только 31,4% респондентов отметили улучшение организации оказания гематологической помощи за предшествующие три года (2013-2015 годы), то в 2018 году уже более половины опрошенных пациентов (50,9%) высказались за положительную динамику организационных мероприятий в гематологической службе взрослому населению Самарской области ($p < 0,001$).

По результатам опросов пациентов в 2015 и 2018 годах также статистически значимо вырос уровень удовлетворенности пациентов

организацией оказания гематологической помощи с 59,6% до 71,9% ($p < 0,001$) (таблица 5.15).

Результативность организационной модели совершенствования организации гематологической помощи взрослому населению демонстрирует сравнительное сплошное социологическое исследование врачей-гематологов.

За 2015-2018 годы доля врачей-гематологов, оценивающих организацию гематологической помощи на отлично и хорошо, повысилась с 64,0% до 82,1%, $p > 0,05$. Соответственно, средняя оценка организации оказания гематологической помощи врачами-гематологами выросла с $3,84 \pm 0,13$ баллов до $4,21 \pm 0,15$ баллов, $p < 0,05$.

Таблица 5.15

Мнения пациентов по некоторым вопросам организации гематологической помощи в 2015 и 2018 годах, в % на 100 опрошенных

№	Исследуемый признак /годы	2015	2018	Достоверность разности, р
	Число респондентов, человек	423	456	
1.	Средний возраст, лет	49,9	50,3	$>0,05$
2.	Доля пациентов, оценивающих организацию гематологической помощи на отлично и хорошо	61,0	83,4	$<0,001$
3.	Средняя оценка организации гематологической помощи, баллы	3,71	4,00	$<0,05$
4.	Доля пациентов, отметивших улучшение организации гематологической помощи за последние три года	31,4	50,9	$<0,001$
5.	Доля пациентов, удовлетворенных оказанием гематологической помощи	59,6	71,9	$<0,001$

Удельный вес врачей-гематологов, отметивших улучшение динамики организации гематологической помощи за предшествующие опросу три года, статистически значимо возрос с 32,0% в 2015 году до 57,1% в 2018 году, $p < 0,05$.

По результатам опросов врачей-гематологов в 2015 и 2018 годах также вырос удельный вес респондентов, высоко оценивающих качество

гематологической помощи с 64,0% до 78,6% ($p>0,05$). При этом средняя оценка качества гематологической помощи увеличилась с $3,80\pm 0,12$ баллов до $4,07\pm 0,14$ баллов ($p>0,05$) (таблица 5.16).

Таблица 5.16

Мнения врачей-гематологов по некоторым вопросам организации гематологической помощи в 2015 и 2018 годах, в % на 100 опрошенных

№	Исследуемый признак / годы	2015	2018	Достоверность разности, p
	Число респондентов, человек	25	28	
1.	Доля врачей, оценивающих организацию гематологической помощи на отлично и хорошо	64,0	82,1	$>0,05$
2.	Средняя оценка организации гематологической помощи, баллы	3,84	4,21	$<0,05$
3.	Доля врачей, отметивших улучшение организации гематологической помощи за последние три года	32,0	57,1	$<0,05$
4.	Доля врачей, оценивающих качество гематологической помощи на отлично и хорошо	64,0	78,6	$>0,05$
5.	Средняя оценка качества гематологической помощи, баллы	3,80	4,07	$>0,05$
6.	Доля врачей, удовлетворенных условиями труда	64,0	85,7	$<0,05$
7.	Доля врачей, удовлетворенных доходом в медицинской организации	36,0	64,3	$<0,05$

Кроме того, обращает на себя внимание рост доли врачей-гематологов, удовлетворенных условиями труда и доходом за период с 2015 по 2018 год, соответственно с 64,0 до 85,7% ($p<0,05$) и с 36,0% до 64,3% ($p<0,05$), что связано с реализацией мероприятий по повышению заработной платы медицинским работникам.

Резюме. Организованный на базе Клиник Самарского государственного медицинского университета областной гематологический центр НИИ ГТИН является важным элементом системы оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению Самарской области по профилю «гематология».

Разработанная и апробированная организационная модель совершенствования оказания гематологической помощи взрослому населению основана на развитии специализированной медицинской помощи по профилю «гематология» путем повышения объемов внебольничной помощи; маршрутизация пациентов; алгоритме действий медицинских работников; мониторинге и оценке результативности деятельности гематологической службы.

Оценка результативности организационной модели обеспечивается комплексом показателей здоровья населения, деятельности медицинских организаций, моделированием конечных результатов деятельности в гематологической службе, учетом мнений пациентов и врачей-гематологов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное состояние нормативно-правовой базы создает предпосылки для дальнейшего повышения эффективности работы специализированного звена медицинских организаций по оказанию медицинской помощи, в том числе медицинской помощи взрослому населению по профилю «гематология». До настоящего времени проводилось научное обоснование совершенствования медицинской помощи по профилю «гематология», не разработаны критерии оценки эффективности работы как врачей-гематологов, так и гематологической службы на уровне региональных систем здравоохранения.

Поиск научно-обоснованной, эффективной, соответствующей современным требованиям, системы оказания гематологической помощи путем создания организационной модели оказания гематологической помощи взрослому населению в рамках региональной системы здравоохранения определил цель настоящего исследования.

В процессе комплексного медико-социального исследования изучены медико-социальные аспекты организации медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями крови; уровень и структура заболеваемости и смертности взрослого населения от гематологических заболеваний; дана оценка организации специализированной медицинской помощи взрослому населению Самарской области по профилю «гематология»; разработана и апробирована организационная модель совершенствования оказания гематологической помощи взрослому населению на региональном уровне.

Исследование проводилось в Самарской области, базами исследования выбраны медицинские организации, имеющие в своем составе структурные подразделения, оказывающие специализированную гематологическую помощь взрослому населению. Основная база исследования – областной гематологический центр (ОГЦ) Клиник Самарского государственного медицинского университета.

Для решения поставленных задач использовались современные методы статистического анализа, социологический, метод экспертных оценок, аналитический, организационного моделирования, объединенные на основе системного подхода.

Болезни системы крови имеют все большую медико-социальную значимость с учетом значительной распространенности анемий, роста заболеваемости опухолевыми болезнями крови. В научной литературе имеется достаточное число работ, посвященных отдельным заболеваниям крови (анемии), группам заболеваний крови (гемобласты), преимущественно с учетом определенных групп населения (новорожденные, дети, беременные женщины), как правило, такие работы рассматривают клинические аспекты совершенствования гематологической помощи. В то же время, отмечается немного современных научно проработанных трудов, посвященных совершенствованию организации гематологической помощи в рамках региона, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Методические подходы к изучению организационно-управленческих проблем оказания гематологической помощи взрослому населению в региональной системе здравоохранения требуют учета показателей уровня и динамики заболеваемости и смертности взрослого населения от болезней системы крови, состояния системы организации гематологической помощи, что вызывает необходимость поиска широкого спектра адекватных методов исследования, включая аналитический, статистический, социологический, организационного моделирования и других. Данный подход обеспечивает проведение подобного исследования на базах других медицинских организаций и других региональных систем здравоохранения.

Численность населения Самарской области имеет тенденцию к сокращению с одновременным ростом числа взрослого населения, включая опережающую динамику роста лиц старше трудоспособного возраста.

Гематологическая патология в целом включает в себя класс болезней крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие

иммунный механизм (болезни крови) и подкласс злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (злокачественные новообразования крови).

За 2006-2018 годы общая заболеваемость взрослого населения Самарской области болезнями крови увеличивается, причем в большей степени за счет злокачественных новообразований крови. Значительно повышается также распространенность нарушений свертываемости крови. В городах уровень общей заболеваемости болезнями крови выше, чем в сельских районах, особенно в отношении злокачественных новообразований крови. В динамике структуры общей заболеваемости болезнями крови по группам заболеваний отмечается сокращение удельного веса анемий на фоне роста доли других заболеваний, особенно нарушений свертываемости крови.

Первичная заболеваемость гематологическими болезнями в целом снижается, преимущественно за счет анемий, в то же время первичная заболеваемость нарушениями свертываемости крови и злокачественными новообразованиями крови растет, особенно выражено в отношении злокачественных лимфом. В городах первичная заболеваемость взрослого населения болезнями крови близка к уровню сельских районов, а в отношении злокачественных новообразований крови - превышает уровень сельских районов. Динамика структуры первичной заболеваемости близка к динамике структуры общей заболеваемости болезнями крови.

Отмечается стабилизация показателя смертности взрослого населения Самарской области за период 2006-2018 годов, как городского, так и сельского, от гематологической патологии, в том числе в трудоспособном возрасте, причем наблюдается рост смертности за счет злокачественных новообразований крови при снижении уровня смертности от болезней крови. В структуре смертности взрослого населения от гематологических заболеваний на злокачественные новообразования крови приходится подавляющее большинство случаев. За 2006-2018 годы динамика структуры смертности по причинам меняется в сторону снижения доли болезней крови,

а также лейкозов (лейкемий) и роста удельного веса злокачественных лимфом, доля которых составляет половину от всех случаев смерти.

Оказание гематологической медицинской помощи взрослому населению (по профилю «гематология») включает в себя осуществление медицинской помощи больным с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей. Оказание такой помощи проводится в разных видах и условиях. На протяжении десяти лет (2006-2015 годы) на постоянной основе гематологическую специализированную помощь в амбулаторных условиях оказывали Клиники Самарского государственного медицинского университета и Самарская областная клиническая больница, остальные медицинские организации осуществляли данную помощь периодически, в зависимости от наличия в штате учреждения врача-гематолога.

Увеличение числа медицинских организаций, оказывающих гематологическую помощь в амбулаторных условиях привело к повышению количества посещений, сделанных населением Самарской области к врачам-гематологам с 6849 посещений в 2006 году до 15279 посещений в 2015 году (рост на 123,1%, или в более чем в 2,2 раза).

В амбулаторных условиях в 2006-2015 году не работал в качестве физического лица основного работника ни один врач-гематолог. Изучая функцию врачебной должности специалистов-гематологов, рассчитываемую как отношение числа посещений к занятым ставкам в амбулаторных условиях, следует обратить внимание на существенный ее рост с 3913,7 посещений на одну ставку в 2006 году до 6111,6 в 2015 году (рост на 56,2%), что свидетельствует о возрастании нагрузки врачей-гематологов и недостаточном их количестве в амбулаторном звене медицинских организаций области.

Специализированную стационарную гематологическую помощь взрослому населению Самарской области оказывали только три медицинские организации: Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина, Клиники Самарского государственного медицинского

университета и городская клиническая больница № 5 г. Тольятти. Число профильных гематологических коек увеличилось с 160 до 185 единиц, или на 15,6%, выросло также общее число койко-дней, проведенных пациентами в гематологических стационарах с 51022 до 55121, или на 8,0%. Наиболее высок уровень госпитализации взрослых пациентов на гематологические койки среди городского населения (в среднем за 2006-2015 годы $156,8 \pm 12,0$), что существенно и достоверно ($p < 0,01$) выше, чем среди сельского населения ($56,6 \pm 12,0$).

В структуре госпитализаций на первом месте находятся Клиники Самарского государственного медицинского университета, в которых было пролечено 45,3% пациентов, на втором месте – городская клиническая больница № 5 г. Тольятти (33,5% пациентов), на третьем месте – Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина (21,2%).

В стационарах отмечается недостаточная укомплектованность занятыми должностями врачей-гематологов (80,9% в 2015 году), которая практически не изменилась с 2006 года (80,2%). Из 25 физических лиц врачей-гематологов Самарской области более половины, 52,0% (13 врачей) работает в Клиниках СамГМУ, по 24,0% (по шесть человек) – в СОКБ и ГКБ № 5 г. Тольятти. С 2015 года на базе двух стационаров Самарской области были открыты 15 гематологических коек дневного пребывания для взрослых.

По мнению половины опрошенных врачей-гематологов (52,0%) за последние три года организация оказания гематологической помощи в медицинских организациях, где работают респонденты, осталась без изменений, треть опрошенных (32,0%) высказывается за улучшение организации, 16,0% - за ухудшение.

По результатам социологического исследования врачей-гематологов, основными недостатками в оказании медицинской помощи являются нехватка медикаментов и расходных материалов (68,0% опрошенных), недостаточное финансирование медицинских организаций (64,0% опрошенных), недостаточная материальная заинтересованность медицинских работников

(52,0% опрошенных).

Значительное число врачей-гематологов указывает на недостаток гематологов в амбулаторном звене (40,0%) и недостаточный объем бесплатной медицинской помощи (24,0% опрошенных).

На имеющиеся проблемы в оказании гематологической медицинской помощи указывают и пациенты, мнения которых в общем близки к мнению врачей-гематологов. При этом большинство опрошенных пациентов в целом удовлетворено оказанием гематологической помощи.

Таким образом, оценка организации специализированной гематологической помощи взрослому населению Самарской области формулирует целый ряд задач, требующих организационно-управленческих решений.

Организованный на базе Клиник Самарского государственного медицинского университета областной гематологический центр является важным элементом системы оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области.

Разработанная и апробированная организационная модель совершенствования оказания гематологической помощи взрослому населению основана на развитии гематологической помощи путем повышения объемов внебольничной помощи; маршрутизация пациентов; алгоритме действий медицинских работников; мониторинге и оценке результативности деятельности гематологической службы.

Оценка результативности организационной модели обеспечивается комплексом показателей здоровья населения, деятельности медицинских организаций, моделированием конечных результатов гематологической службы, учетом мнений пациентов и врачей-гематологов.

ВЫВОДЫ

1. Проблема совершенствования оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению по профилю «гематология» представляет собой важную задачу, включающую медико-социальные организационные территориальные подходы, комплексно реализуемые в медицинских организациях региональной системы здравоохранения. Одним из основных подходов является централизация и координация специализированной гематологической помощи на уровне регионального гематологического центра, что позволяет влиять на организацию медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови.

2. Общая заболеваемость взрослого населения Самарской области болезнями крови (класса D МКБ-10) в течение 2006-2018 годов характеризуется повышением уровня с 1096,8 на 100 тыс. жителей до 1234,2 (на 12,5%), при значительно больших темпах прироста контингентов населения со злокачественными новообразованиями крови (класса C МКБ-10) (на 70,0%). В структуре общей заболеваемости болезнями крови по группам заболеваний отмечается сокращение удельного веса анемий на фоне роста доли других заболеваний, особенно нарушений свертываемости крови. Отмечается стабилизация уровня смертности взрослого населения от болезней крови (12,3 на 100 тыс. жителей в 2006 году и 12,4 в 2018 году) при сокращении смертности от болезней крови (класса D МКБ-10) на 38,5% и повышении смертности от злокачественных болезней крови (класса C МКБ-10) на 5,5%).

3. Система организации специализированной медицинской помощи по профилю «гематология» взрослому населению Самарской области реализуется через гематологические подразделения медицинских организаций стационарной и внебольничной помощи под руководством главного внештатного специалиста – руководителя областного гематологического центра. В динамике за 2006-2018 годы отмечается повышение обеспеченности

взрослого населения врачами-гематологами на 22,7% (с 0,88 на 100 тыс. жителей до 1,08); увеличение более чем в три раза числа амбулаторных посещений врачей-гематологов (с 262,6 на 100 тыс. жителей до 888,4); повышение уровня госпитализации на гематологические койки круглосуточных стационаров на 17,2% (с 109,7 до 128,6 пролеченных пациентов на 100 тыс. жителей); повышение уровня госпитализации на гематологические койки стационаров дневного пребывания с 0 до 33,0 пролеченных пациентов на 100 тыс. жителей.

4. Создана организационная модель совершенствования оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области. Модель включает развитие гематологической службы на базе областного гематологического центра, маршрутизацию пациентов, алгоритм действий медицинских работников, мониторинг деятельности гематологической службы, что позволяет повышать результативность системы организации гематологической помощи. В рамках реализации организационной модели с 2015 по 2018 год происходит реструктуризация гематологической помощи в пользу внебольничного звена при росте числа амбулаторных медицинских организаций на 33,0% (до восьми), росте числа мест в стационарах дневного пребывания на 66,0% (до 25), снижении числа круглосуточных коек на 5,4% (до 175).

5. Результаты социологического исследования показывают положительную оценку пациентами и врачами-гематологами процессов организации гематологической службы: с 2015 по 2018 год повысилась доля пациентов, оценивающих организацию оказания гематологической помощи на отлично и хорошо с 61,0% до 83,4%, при росте средней оценки организации гематологической помощи с 3,75 до 4,00 баллов. Одновременно повышается удельный вес врачей-гематологов, отметивших улучшение организации гематологической помощи за последние три года с 32,0% до 57,1% при росте средней оценки организации гематологической помощи с 3,84 до 4,21 баллов.

6. В ходе реализации организационной модели совершенствования

оказания гематологической помощи взрослому населению Самарской области с 2015 по 2018 год повышается результативность гематологической службы, рассчитанная путем разработанной модели конечных результатов, включающей актуальные показатели деятельности (смертность взрослого населения от болезней крови, обеспеченность взрослого населения врачами-гематологами в амбулаторных условиях, среднегодовая занятость койки, больничная летальность, соблюдение порядков и стандартов медицинской помощи и др.). Результативность врачей-гематологов повысилась с 0,80 до 0,90 (на 12,5%), заведующих структурными подразделениями - с 0,81 до 0,92 (на 13,6%), гематологической службы в целом - с 0,80 до 0,89 (на 11,3%).

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Органам управления здравоохранением регионального уровня:

1. Рекомендовать для совершенствования деятельности медицинских организаций гематологического профиля учитывать особенности общей и первичной заболеваемости болезнями крови населения, социально-экономическую специфику развития территории, а также ресурсную базу региональной системы здравоохранения.

2. Сравнительное медико-социологическое исследование пациентов и врачей по вопросам организации медицинской помощи по профилю «гематология» на уровне здравоохранения региона может быть использовано в качестве дополнительного компонента изучения различных сторон деятельности медицинских организаций, включая разработку организационно-управленческих решений в области совершенствования оказания специализированной медицинской помощи других профилей.

3. Организационно-методическое сопровождение системы организации гематологической помощи взрослому населению в рамках областного гематологического центра может быть применено в других региональных системах здравоохранения.

Медицинским организациям:

4. Для улучшения принятия организационных решений по вопросам оказания специализированной медицинской помощи по профилю «гематология» медицинским организациям и гематологическим службам регионов рекомендуется шире внедрять программы мониторинга деятельности гематологической службы, включая показатели заболеваемости и смертности населения, ресурсы, оценку деятельности гематологических подразделений медицинских организаций.

5. Разработанные вопросы маршрутизации пациентов, алгоритм действий медицинских работников при оказании гематологической помощи, оценка результативности работы в рамках модели конечных результатов

применимы для использования в других медицинских организациях по профилю «гематология».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулкадыров, К.М. Апластическая анемия / К.М. Абдулкадыров, А.А. Бессмельцев. - СПб.: Наука, 1995. - С.117-126.
2. Абдулкадыров, К.М. Гематологической клинике Российского научно-исследовательского института гематологии и трансфузиологии ФМБА — 70 лет / К.М. Абдулкадыров // Клиническая онкогематология. – 2016. - № 9(2). - С. 123–129.
3. Абдулкадыров, К.М. Основные принципы амбулаторного лечения больных лейкозами / К.М. Абдулкадыров, В.Н. Шабалин // Гематология и трансфузиология. – 1983. – № 13. – С. 16-21.
4. Абдулкадыров, К.М. Клиническая гематология: Справочник. - СПб: Питер, 2006 - 448 с.
5. Агаширинова, А.А. Вопросы организации гематологической помощи населению / А.А. Агаширинова // Материалы XI международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2010. – С. 571.
6. Айсариева Б. К., Раймжанов А. Р., Айтбаев К. Апластическая анемия: современные представления о патогенезе и терапии / Б.К. Айсариева, А.Р. Раймжанов, К. Айтбаев // Молодой ученый. - 2011. - № 9. - С. 228-235.
7. Алексеев, Г.А. Перспективы развития гематологической службы СССР и актуальные задачи специалистов по гематологии и трансфузиологии / Г.А. Алексеев, И.Г. Савченко // Проблемы гематологии и переливания крови. – 1968. – № 11. – С. 3-7.
8. Андреев, Ю.Н. Многоликая гемофилия / Ю.Н. Андреев. – М.: Ньюдиамед. – 2006. – 232 с.
9. Андреичев, Н.А. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия / Н.А. Андреичев, Л.В. Балеева // Вестник современной клинической медицины. – 2009. – Том 2, Вып. 3. – С. 60-65.
10. Анемия – скрытая эпидемия / Под ред. В.М. Чернова. - М.: МегаПро, 2004. - 76 с.

11. Баркаган, З. С. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: Руководство по гематологии / Под ред. А. И. Воробьева. М.: Ньюдиамед, 2005. - Т. 3.- С. 90–107.
12. Бедорева, И.Ю. Создание эффективного механизма управления учреждением здравоохранения на основе системы менеджмента качества / И.Ю. Бедорева, М.А. Садовой, А.В. Старыгин // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – Т. 42, №5. – С. 26-32.
13. Богданов, А.Н. Гемолитические анемии / А.Н. Богданов, В.И. Мазуров // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования. – 2011. – Т. 3. - № 3. – С. 107-114.
14. Богданов, А.Н. Железодефицитные анемии в XXI веке / А.Н. Богданов, В.И. Мазуров // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2016. – Т. 8. - № 4. – С. 106-112..
15. Введенская, Е.С. Концептуальная структурно-организационная модель системы паллиативной медицинской помощи взрослому населению / Е.С. Введенская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. - № 2. – С. 25-30.
16. Волкова, М.А. Хронический миелолейкоз: вчера, сегодня, завтра. К 165-летию первого описания / М.А. Волкова // Клиническая онкогематология. – 2010. – Т.3, № 4. – С. 317-325.
17. Воробьев, П.А. Актуальный гемостаз / П.А. Воробьев. – М., 2004. – 140 с.
18. Воробьев, П.А. Качество медицинской помощи: проблемы оценки, контроля и управления / П. А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 10. – С. 6-14.
19. Вялков, А.И. Логистические исследования в управлении здравоохранением. Принципы построения и реализации дорожных карт / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская // Менеджер здравоохранения. – 2015. - № 2. – С. 13-19.

20. Вялков, А.И. Проектирование системы менеджмента качества научной медицинской деятельности: единая технология улучшения процессов / А.И. Вялков, Е.А. Глухова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 3. – С.3-6.
21. Вялков, А.И. Финансово-экономические механизмы повышения эффективности системы здравоохранения / А.И. Вялков // Главврач. – 2005. - № 2. – С. 16-20.
22. Гайдаров, Г.М. Современные подходы к экономическому анализу эффективности деятельности многопрофильного лечебно-профилактического учреждения / Г.М. Гайдаров, Н.Ю. Алексеева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2010. - № 5. - С. 34-38.
23. Гематология: национальное руководство / под ред. О.А. Рукавицына. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 784 с.
24. Голухов, Г.Н. Модернизация здравоохранения Российской Федерации как новый этап развития и доступности оказания медицинской помощи / Г.Н. Голухов // Вестник медицинского стоматологического института. - 2011. - № 1. - С. 41-44.
25. Горбунова, И.Б. Концептуальная основа стратегии развития здравоохранения Российской Федерации / И.Б. Горбунова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2010. - № 3. - С. 52-63.
26. Давыдкин, И.Л. Вся история становления Самарской гематологической школы неразрывно связана с судьбой нашего университета и региона в целом. 2014. URL: https://umedp.ru/articles/professor_il_davydkin_vsya_istoriya_stanovleniya_samarskoy_gematologicheskoy_shkoly_nerazryvno_svyaz.html (дата обращения 16.04.2017 г.).
27. Давыдова, И.И. Современные методы диагностики гемофилии и анализ распространенности данного заболевания в Республике Северная Осетия — Алания // Молодой ученый. - 2017. - № 26. - С. 50-52.

28. Дагбашян, С.С. Мониторинг минимальной остаточной болезни в гематологической клинике / С.С. Дагбашян, Л.С. Саакян, А.Г. Захарян // Медицинская наука Армении НАН РА. – 2013. – Т.53, № 4. – С. 44-50.
29. Данилова, Н.В. Проблемы организации специализированной (реабилитационной) помощи в медицинских организациях / Н.В. Данилова // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 10. – С. 33-39.
30. Данцигер, Д.Г. Интеграция инновационных технологий организации специализированной медицинской помощи: автореф. дис. ...докт. мед. наук / Д.Г. Данцигер. – Кемерово, 2006. – 48 с.
31. Демина, Е.А. Лимфома Ходжкина: от Томаса Ходжкина до наших дней / Е.А. Демина // Клиническая онкогематология. – 2008. – Т. 1, № 2. – С.114-118.
32. Дроздов, А.А. Заболевания крови. Полный справочник / А.А. Дроздов, М.В. Дроздова. - М.: Эксмо, 2015. - 608 с.
33. Дуткевич, И.Г. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром) в хирургической практике / И.Г. Дуткевич // Вестник хирургии. – 2013. – 67-73.
34. Еругина, М.В. Институализация здравоохранения в России: современные тенденции / М.В. Еругина, И.Л. Кром / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. - №. 3 - С. 137-140.
35. Жигулева, Л.Ю., Абдулкадыров К.М. Первичная заболеваемость населения Санкт-Петербурга опухолями кроветворной и лимфоидной тканей в 1990–2011 гг. и прогноз до 2021 г. / Л.Ю. Жигулева, К.М. Абдулкадыров // Клиническая онкогематология. - 2015. - № 8(4). – С. 362–367.
36. Жигулева, Л.Ю. Организация работы и структурв трудозатрат врача гематолога в стационаре по данным хронометража / Л.Ю. Жигулева // www. medline.ru. Гематология. - 2013. - Том 14. – С. 983-992.
37. Жигулева, Л.Ю. Система менеджмента качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, оказывающих онкогематологическую помощь. Основные принципы функционирования,

этапы внедрения и оценка эффективности / Л.Ю. Жигулева // Менеджер здравоохранения. – 2018. - № 6. – С. 25-38.

38. Жигулева, Л.Ю. Современная структура, организация и оценка эффективности специализированной амбулаторной медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови в условиях мегаполиса / Л.Ю. Жигулева // Казанский медицинский журнал. 2014. – Т. 95, № 2. С. 261-267.

39. Заридзе, Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей / Д.Г. Заридзе. - М.: ИМА ПРЕСС, 2009. - 224 с.

40. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. - М., 2017. – 170 с.

41. Злокачественные новообразования в России в 2003 году / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: ФГБУ «МНИО им. П.А. Герцена», 2005. - 256 с.

42. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал «НМИЦ радиологии» Минздрава России. - 2018. – 250 с.

43. Зудин, А.Б. Проблемы кадрового обеспечения как современная тенденция в развитии национальных систем здравоохранения / А.Б. Зудин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Том 25, № 3. – С. 172-174.

44. Зудин, А.Б. Различные аспекты изменений российского здравоохранения / А.Б. Зудин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Том 25, № 2. – С. 68-72.

45. Идельсон, Л.И. Приобретенные гемолитические анемии. Руководство по гематологии / Под ред. А.И. Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2005. – С.261–274.

46. История гематологии 2019. URL: http://meduniver.com/Medical/gematologia/istoria_izuchenia_anemii/html MedUniver (дата обращения 21.01.2019 г.).

47. История развития гематологической службы г. Новосибирска / Т.И. Поспелова, Л.А. Шпагина, И.Н. Нечунаева, И.Б. Ковынев // Бюллетень СО РАМН. - 2013. - № 33 (1). – С. 90–98.
48. История ФГБУ РосНИИГТ ФМБА России. 2019. URL: <http://www.bloodscience.ru/institute/history/> (дата обращения 12.01.2019 г.).
49. История Центра гематологии. 2019. URL: <https://www.blood.ru/about/istoriya.html> (дата обращения 23.01.2019 г.).
50. Клинико-статистические данные и оценка различных методов терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры / Л.Г. Ковалева, Т.И. Сафонова, Е.Н. Колосова, Е.И. Пустовая, А.А. Рядненко // Терапевтический архив. – 2011. - № 4. – С. 60-65.
51. Клинико-эпидемиологическая характеристика острых миелоидных лейкозов у взрослых по данным муниципальных отделений гематологии Москвы / С.В. Семочкин, Т.Н. Толстых, Н.В. Архипова, В.Л. Иванова и др. // Терапевтический архив. – 2015. – Т. 87, № 7. – С. 26-32.
52. Ковалевский, М.А. Правовое значение профессиональных стандартов медицинской помощи при возложении гражданско-правовой ответственности за причинение вреда жизни и здоровью пациента / М.А. Ковалевский // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2006. – № 9. – С. 3-14.
53. Ковынев, И.Б. Проблема оценки качества оказания медицинской помощи в области гематологии и онкогематологии / И.Б. Ковынев, И.Н. Нечунаева, Л.М. Маслова // Сибирский медицинский журнал. – 2017. - Том 32, № 2. – С. 76-80.
54. Козловская, Л. В., Патогенез и клиническое значение анемии хронических заболеваний / Л.В. Козловская, В.В. Рамеев, И.А. Саркисова // Анемия. - 2005. - № 4. - С. 4–10.
55. Комаров, Г.А. Управление медицинской организацией: десять шагов вперед: курс избранных лекций / Г.А. Комаров. – СПб: ИПК «Береста», 2018. – 420 с.

56. Кораблев, В.Н. Стандарты и порядки медицинской помощи в практике медицинской организации / В.Н. Кораблев // Дальневосточный медицинский журнал. 2014. - № 4. – С. 90-94.

57. Красильникова, М. В. Железодефицитные состояния у подростков: частотные характеристики, структура и вторичная профилактика / М.В. Красильникова: диссертация ... канд. мед. наук. – М., 2006. - 92 с.

58. Кривова, С.П. Оптимизация диагностики и лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры в крупном промышленном регионе / С.П. Кривова: дис. ... канд. мед. наук / С.П. Кривова. – Самара, 2006. – 137 с.

59. Куртов, И.В. Оценка эффективности методов лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (клинико-гемостазиологическое и иммунологическое исследование) / И.В. Куртов: дмс. ... канд. мед. наук. – Самара, 2000. – 103 с.

60. Кучеренко, В.З. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики / В.З. Кучеренко, Н.В. Эккерт // Вестник РАМН. – 2012. - № 3. – С. 4-9.

61. Кучеренко, В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс / В.З. Кучеренко // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. - № 4 (23). – С. 5-10.

62. Лебедев, В.В. Становление службы детской гематологии-онкологии в Краснодарском крае и ее деятельность в настоящее время / В.В. Лебедев, Е.И. Клещенко // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2019. – Т. 2 (6). – С. 90-95.

63. Лебедев, В.Н. Опыт работы межрайонного гематологического кабинета в г. Сочи / В.Н. Лебедев // Проблемы гематологии и переливания крови. – 1962. – № 12. – С. 55-56.

64. Левина, А.А. Клинические, биохимические и социальные аспекты железодефицитной анемии / А.А. Левина, Н.В. Цветаева, Т.Н. Колошейнова // Гематология и трансфузиология. - 2001. - № 3. - С. 51-55.

65. Левченко, О.К. Результаты экспертной оценки организации противоболевой помощи пациентам с заболеваниями системы крови / О.К. Левченко, Е.А. Берсенева // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12, вып. 2. – С.72–76.

66. Линденбрaten, А.Л. Менеджмент качества медицинской помощи: мировой опыт / А.Л. Линденбрaten, М.В. Авксентьева, С.М. Головина // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 3. – С.118-126.

67. Линденбрaten, А.Л. Стандартизация и управление качеством медицинской помощи / А.Л. Линденбрaten, Г.Э. Улумбекова // Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова, О.П. Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 451-467.

68. Логинский, В.Е. Гемолитические анемии / В.Е. Логинский, Я.И. Выговская, А. Ф. Романова // Клиническая гематология. Киев: Медицина, 2006. - Гл. 6. - С. 89–124.

69. Медик, В.А. Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне / В.А. Медик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - № 2. - С. 3-7.

70. Медико-экономические стандарты и реальная клиническая практика при оказании специализированной медицинской помощи больным гемобластозами на амбулаторном этапе / Л.Ю. Жигулева, Н.Г. Петрова, К.М. Абдулкадыров, Г.И. Пупышева // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2015. - № 1. – С. 138-145.

71. Мерабишвили, В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. Часть I. / В.М. Мерабишвили – СПб: «Коста», 2011. – 252 с.

72. Мерабишвили, В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. Часть II. / Мерабишвили В.М. – СПб: «Коста», 2011. – 247 с.

73. Мерков, А.М. Санитарная статистика / А.М. Мерков, Л.Е. Поляков. – Л., 1974. – 384 с.

74. Михайлова, Ю.В. Реформирование системы здравоохранения России в условиях глобализации / Ю.В. Михайлова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины - 2009. - № 3. - С. 18-21.

75. Модель функционирования гематологической службы г. Новосибирска / Т.И. Поспелова, Л.А. Шпагина, И.Н. Нечунаева, Л.М. Маслова и др. // Сибирский медицинский журнал. – 2017. Т. 32, № 2. – С. 70-75.

76. Морозов, В.Н. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (обзор литературы) / В.Н. Морозов, Р.Г. Гладких, К.А. Хадарцева // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. - № 1. - Публикация 8-4. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-1/8-4.pdf> (дата обращения: 25.03.2016). DOI: 10.12737/18605.

77. Муртазин, З.Я. Организация центров специализированной медицинской помощи в субъекте Федерации / З.Я. Муртазин // Под ред. А.Б. Блохина. - Уфа, 2002. - 166 с.

78. Научно-педагогические школы СамГМУ. 2018. URL: http://www.samsmu.ru/files/smu/schools_details.pdf (дата обращения: 23.12.2018 г.).

79. Никифоров, С.А. Влияние ресурсов специализированных служб муниципального здравоохранения на здоровье населения / С.А. Никифоров, Д.В. Вторушин // Проблемы управления здравоохранением. - 2009. - № 2 (45). - С. 6-9.

80. НМИЦ гематологии — новые задачи и новые направления деятельности. 2019. URL: <https://www.blood.ru/> (дата обращения 12.03.2019 г.).

81. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный Закон № 323-ФЗ. – М.: Проспект, 2012. – 80 с.

82. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: приказ Минздрава России № 520н от 15.07.2016 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru> (дата обращения 01.12.2017).

83. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гематология": приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 930н. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/orders/1433> (дата обращения 15.12.2017).

84. Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению: приказ МЗ РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9139-prikaz-ministerst-> (дата обращения 18.12.2017 г.).

85. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова, О.П. Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с.

86. О введении в действие отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных. Общие требования»: приказ Минздрава РФ от 03.08.1999 № 303. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc539.html> (дата обращения 06.11.2017 г.).

87. О мерах по дальнейшему совершенствованию качества медицинской помощи больным с заболеваниями системы крови: приказ МЗ СССР № 824 от 16 ноября 1988 года. – М., 1988. – 34 с.

88. О мерах по улучшению медицинской помощи больным с заболеваниями крови: приказ МЗ СССР от 20 июня 1967 № 490. – М., 1967. – 17 с.

89. О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента: Постановление Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403 // СЗ РФ. – 2012. – № 19. – Ст. 2428.

90. Оптимизация системы обработки статистической отчетности «МЕДСТАТ» в современных условиях /Е.П. Какорина Е.П., А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко // Врач и информационные технологии. – 2016. - № 1. - С.44-53.

91. Организация гематологической помощи: состояние, проблемы и перспективы. 2018. URL: <http://meddaily.info/?cat=article&id=1235> (дата обращения 12.11.2018 г.).

92. Организация специализированной противоболевой помощи пациентам с заболеваниями системы крови. Систематический обзор / О.К. Левченко, Е.А. Берсенева, Н.В. Косолапова, Г.М. Галстян, В.Г. Савченко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. - № 6 (58). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/929/30/lang,ru/> (дата обращения 03.04.2018 г.).

93. Основы клинической гемостазиологии и гемореологии: монография / под ред. И.Л. Давыдкина, А.П. Момота, Н.И. Зозули, Е.В. Ройтмана. – Самара: ООО ИПК «Самарская губерния», 2017. – 484 с.

94. Плетнева, Л.В. Этиологические факторы возникновения злокачественных лимфом. Обзор литературы / Л.В. Плетнева, А.Ф. Лазарев // Российский биотерапевтический журнал. - 2010. - Т.9, № 3. - С. 69-76.

95. Поликлиническое обслуживание гематологических больных. Анализ работы научно-поликлинического отделения центрального института гематологии и переливания крови за 1958-1967 гг.) / Г.В. Осеченская, Н.В. Николаева, Л.С. Бюр и др. // Проблемы гематологии и переливания крови. – 1969. – № 4 . – С.9-14.

96. Подгорных, Л.К. Пути развития специализированной гематологической помощи / Л.К. Подгорных, Л.Л. Еременко, Т.М. Максимова. – М., Тверь, 2001. – 179 с.

97. Подходы к формированию специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи / О.В. Обухова, А.С. Брутова,

А.В. Дергачев, И.Н. Базарова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2018. – № 2 (32). – С. 42-47.

98. Пospelова, Т.И. Этапы оказания специализированной гематологической помощи жителям г. Новосибирска / Т.И. Пospelова, М.И. Лосева, И.Н. Нечунаева // Сибирское медицинское обозрение. - 2010. - № 5 (65). - С. 80-85.

99. Регистры. Виды регистров. Регистры больных гемофилией (обзор) / Е.Е. Башлакова, Д.А. Андреев, Н.В. Хачанова, М.В. Давыдовская // Врач и информационные технологии. – 2018. - № 1. – С. 33-42.

100. Решетников, А.В. Методология исследования в социологии медицины / А.В. Решетников. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2000. – 240 с.

101. Рыбальченко, И.Е. Роль и место стандартов в обеспечении качества высокотехнологичных медицинских услуг / И.Е. Рыбальченко // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 4. – С. 16-24.

102. Самарский статистический ежегодник. 2016: Стат. сб. / Самарстат, 2016. - 352 с.

103. Сборник алгоритмов диагностики и протоколов лечения заболеваний системы крови / под ред. проф., д-ра мед наук, чл. корр. РАМН В.Г. Савченко. – М., 2012. – 1052 с.

104. Сборник протоколов и алгоритмов химиотерапии и сопроводительного лечения лейкозов, миелодисплазий и аплазий кроветворения / под ред. проф., д-ра мед наук, чл. корр. РАМН В.Г. Савченко. – М., 2008. – 484 с.

105. Сепетлиев, Д.А. Статистические методы в научных медицинских исследованиях / Д.А. Сепетлиев // Пер. с болгарского под редакцией А.М. Меркова. – М., 1968. – 419 с.

106. Силин, А.П. Актуальные проблемы гематологической службы Иркутской области / А.П. Силин // Сибирский медицинский журнал. – 2004.- № 7. – С. 71-72.

107. Силин, А.П. Редкие формы наследственной апластической анемии у взрослых / А.П. Силин, Л.М. Петрова, В.А. Лыскова // Сибирский медицинский журнал. – 2011. - № 5. – С. 129-131.
108. Смирнова, О.В. Анализ заболеваемости лимфомами в Республике Хакасия за 2014 год и ее эпидемиологические особенности / О.В. Смирнова, О.В. Штыгашева, В.С. Каблуков // В мире научных открытий – 2016. - № 4(76). – С. 98-111.
109. Совершенствование специализированной гематологической помощи населению Московской области на основе концепции медицинского округа / А.К. Галенков, Е.В. Катаева, Г.А. Дудина, А.В. Кильдюшевский // Альманах клинической медицины, 2005. - № 8-1. – С.27-30.
110. Современная модель организации специализированной гематологической помощи / Т.И. Пospelова, М.И. Лосева, И.Н. Нечунаева, Л.А. Шпагина и др. // Бюллетень СО РАМН. – 2014. –Том 34, № 6. – С. 5-12.
111. Современное состояние проблемы травматизма / Р.У. Хабриев, С.Н. Черкасов, К.А. Егиазарян, Л.Ж. Атгаева / Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2017. - № 1. - С.4-7.
112. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, А.Ш. Сененко и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Том 25, № 4. – С. 216-220.
113. Стародубов, В.И. Вопросы использования стандартов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / В.И Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2015. - № 5. – С. 60-74.
114. Стародубов, В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М., 2007. – 264 с.

115. Стародубов, В.И. Управление качеством медицинской помощи - теория и практика / В. И. Стародубов, Г. И. Галанова. – М.: Менеджер здравоохранения, 2015. - 321 с.
116. Стратегия развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации: от истории до эффективной системы / Г.А. Новиков, О.В. Зеленова, С.В. Рудой, С.И. Абрамов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2018. - № 2. – С. 167-180.
117. Струтынский, А.В. Диагностика и лечение железодефицитных анемий / А.В. Струтынский // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 22. - №. 11. – С. 839-843.
118. Стуклов, Н.И. Современная профилактика и лечение железодефицитной анемии в различных клинических группах в зависимости от тяжести анемии, возраста и пола / Н.И. Стуклов // Поликлиника. – 2014. - № 5. – С. 49-54.
119. Суслин, С.А. Организация гематологической помощи взрослому населению Самарской области / С.А. Суслин, И.Л. Давыдкин, Р.А. Шешунова // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 6.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25538> (дата обращения 18.12.2016 г.).
120. Суслин, С.А. Современные подходы к определению качества медицинской помощи / С.А. Суслин // Здравоохранение. - 2010. - №. 9. - С. 25-32.
121. Суслин, С.А. Современные подходы к организации медицинской помощи населению в условиях городской многопрофильной больницы / С.А. Суслин, В.В. Павлов, С.В. Шешунова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. - № 4. - С.29-33.
122. Тарасов, И.С. Новые направления в диагностике, лечении и профилактике железодефицитных состояний / И.С. Тарасов, В.М. Чернов // Гинекология и эндокринология. – 2006. – Т.8. - № 1. - С. 98-105.

123. Таюпова, И.М. Медико-социальные аспекты железодефицитной анемии во время беременности / И.М. Таюпова // Вестник Башкирского университета. - 2015. – Т. 20. - № 3. – С. 1100-1103.
124. Тельнова, Е.А. Особенности менеджмента как современной концепции управления / Е.А. Тельнова // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 1. – С.61-74.
125. Том, И. Информационные технологии в анализе медицинских данных / И. Том // Наука и инновации. – 2016. – Т. 3, № 157. – С. 28-31.
126. Угляница, К.Н. Злокачественные лимфомы / К.Н. Угляница // Журнал ГГМУ. – 2003. - № 2. – С. 3-10.
127. Учебник по гематологии / Н.И. Стуклов, Г.И. Козинец, Н.Г. Тюрина. — М.: Практическая медицина, 2018. - 336 с.
128. ФГБУ РосНИИГТ ФМБА России. 2019. URL: <http://www.bloodscience.ru/> (дата обращения 15.03.2019 г.).
129. Формирование новой модели здравоохранения: концептуальный подход и пилотная реализация / О.И. Аполихин, М.И. Катибов, О.В. Золотухин, С.В. Шишкин и др. // Менеджер здравоохранения. – 2018. - №. 1. – С. 9-19.
130. Цветкова, О.А. Медико-социальные аспекты железодефицитной анемии / О.А. Цветкова // РМЖ. – 2009. - № 5. – С. 387-390.
131. Цыба, Н.Н. Клинические, организационные и экономические аспекты оказания специализированной помощи при патологии системы крови в условиях гематологического дневного стационара: автореф. дис. ...докт. мед. наук / Н.Н. Цыба. – М., 2012. – 44 с.
132. Цыба, Н.Н. Экономическая эффективность работы гематологического дневного стационара / Н.Н. Цыба // Гематология и трансфузиология. – 2012. – Т. 57, № 3. – С. 144.
133. Шалыгина, Л.С. Формирование системы устойчивого развития медицинской организации на основе менеджмента качества / Л.С. Шалыгина, И.Ю. Бедорева, Я.А. Гецман // Бюллетень Национального научно-

исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С.365-368.

134. Шевский, В.И. Методологические подходы к перспективной оценке потребности населения в медицинских кадрах / В.И. Шевский, И.М. Шейман // *Здравоохранение*. – 2015. - № 4. – С. 58-70.

135. Шейман, И.М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения / И.М. Шейман // *Здравоохранение*. - 2011. - № 9.-С.28-33.

136. Шехтман, М.М. Железодефицитная анемия и беременность / М.М. Шехтман // *Гинекология*. – 2000. № 6. - С. 164-172.

137. Шешунова, С.В. Новые формы организации работы в многопрофильной больнице городского типа: Автореф. дис. ...канд. мед. наук / С В. Шешунова. – Оренбург, 2013. - 24 с.

138. Шипова, В.М. Анализ заболеваемости, инвалидности и смертности населения при социально значимых заболеваниях как основа планирования в здравоохранении/ В.М. Шипова, Т.Н. Воронцов // *Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития*. - 2012. - Т. 12, № 2. - С 19-22.

139. Шостка, Г.Д. Дефицит железа: принципы диагностики и лечения. / Г.Д. Шостка // *Анемия*. - 2004. - № 1. - С. 11-18.

140. Щепин, В.О. Современные подходы к развитию первичной специализированной медицинской помощи / В.О. Щепин, А.С. Дьячкова // *РАМН. Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья*. – 2013. - № 1. – С. 379-382.

141. Щепин, В.О. Структурно-функциональный анализ коечного фонда лечебно-профилактических организаций государственной системы здравоохранения Российской Федерации / В.О. Щепин // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2014. – № 1. – С. 15-18.

142. Щепин, В.О. Структурные преобразования в здравоохранении / В.О. Щепин. – М., 1997. – 221 с.

143. Щепин, В.О. Оценка результативности деятельности муниципальной системы здравоохранения / В.О. Щепин, Л.А. Габуева, О.Б. Карпова // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. – 2006. – № 3. – С. 10-12.
144. Щепин, О.П. Влияние здравоохранения на состояние здоровья населения / О.П. Щепин // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. – 2006. - №,4. - С. 11- 19.
145. Щепин, О. П. О развитии здравоохранения Российской Федерации / О. П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 3-7.
146. Эпидемиологическое исследование острых лейкозов в пяти регионах Российской Федерации / З.Х. Ахмерзаева, Е.Н. Паровичникова, М.А. Русинов, Е.Н. Зотина и др. // Гематология и трансфузиология. – 2017. - № 62 (1). – С. 46-51.
147. Якунина, Н.А. Латентный дефицит железа у беременных (этиология, патогенез, пути профилактики) / Н.А. Якунина, З.С. Зайдиева // Медицинский совет. - 2013. - №2. - С. 90–97.
148. Andrews, N. C. Anemia of inflammation: the cytokine-hepcidin link / N.C. Andrews // J. Clin. Invest. – 2004. - N 113. – P. 1251–1253.
149. A systematic review of prognostic factors at the end of life for people with a hematological malignancy / E. Batton, R.J. Chan, S. Chambers, J. Butler, P. Yates / BMC Cancer. – 2017. – N 17 (1). – P. 213.
150. Baker, W.F. Iron deficiency in pregnancy, obstetrics, and gynecology / W.F. Baker // Hematol. Oncol. Clin. North Am. – 2000. N 14(5). – P. 1061-1077.
151. Vacigalupo A. Treatment of acquired severe aplastic anemia: bone marrow transplantation compared with immunosuppressive therapy: the European Group for Blood and Marrow Transplantation experience / Vacigalupo A., Brand R., Oneto R. // Sem. Hematol. - 2000. - N. 37. - P. 69-80.

152. Bakchoul, T. An update on heparin-induced thrombocytopenia: diagnosis and management / T. Bakchoul // *Expert Opin. Drug. Saf.* – 2016. - № 7. – P. 1-11.
153. Bencaiova, G. Anemia – prevalence and risk factors in pregnancy/ G. Bencaiova, T. Burkhardt, C. Breymann // *Eur. J. Intern. Med.* - 2012. - Vol. 23 (6). - P. 529–533.
154. Bowen, D.J. Hemophilia A and hemophilia B: molecular insights / D.J. Bowen // *Mol. Pathol.* – 2002. - № 55 (2). – P. 127-144.
155. Cancer incidence in Five Continents. Vol. X. / D. Forman, F. Bray, D.H. Brewster, M.C. Gombe et al. // IARC. - Sci. publ. N 164. - Lion. - 2007. – 1365 p.
156. Cartwright, R.A. Epidemiology of Hodgkin's disease: a review / R.A. Cartwright, G. Watkins // *Hematol. Oncol.* - 2004. -Vol. 22, N 1. - P. 11-26.
157. Cassels, A. Health Sector Reform: Key Issues in Les Developed Countries / A. Cassels. – Geneve: World Health Organization, 1995.
158. Delaunay, J. Abnormalities of the red cell membrane / J. Delaunay // *Blood and bone marrow pathology.* - 2nd ed. / Ed. by A. Porwit, J. McCullough, W. N. Erber. - Elsevier, 2011. - Chap. 7. - P. 114-120.
159. DeMaeyer, E, Adiels-Tegman, M. The prevalence of anaemia in the world / E. DeMaeyer, M. Adiels-Tegman // *World Health Statistics Quarterly.* – 1985. № 38. – P. 302–316.
160. Ethical and clinical aspects of intensive care unit admission in patients with hematological malignancies: guidelines of the ethics commission of the French society of hematology / S. Malak, J/J/ Sotto, J. Cecaldi, P. Colombat et all. // *Adv. Hematol.* – 2014. Doi 10/1155/2014/704318.
161. Gasche, C., Kulnigg, S. Intravenous Iron in Inflammatory Bowel Disease / C. Gasche, S. Kulnigg // *Seminars in Hematology.* – 2006. - Vol. 43. - № 4. – Suppl. 6. - S. 18-22.
162. Goede, V. Multidisciplinary care in the hematology clinic: implementation of geriatric oncology / V. Goede, R. Stauber // *J. Geriatr. Oncol.* – 2018. – Vol 10, N 3. – P. 497-503.

163. Heath, A.L., Fairweather-Tait, S.J. Clinical implications of changes in the modern diet: iron intake, absorption and status / A.L. Heath, S.J. Fairweather-Tait // *Best Practical and Research Clin. Haem.* – 2002. - V. 15. - № 2. - P.225-241.
164. Hematological cancers: improving outcomes. A summary of updated nice service guidance in relation to Specialist Integrated Hematological Malignancy Diagnostic Services (SIHMDS) / J.A. Snowden, S. O Connell, J. Hawkins. C. Dalley et all. // *J. Clin. Pathol.* – 2017. – N 70 (6). – P. 461-468.
165. Hematological profile of patients with mixed-phenotype acute leukaemia from a tertiary care centre of north India / M. Sharma, M.U.S. Sachdeva, P.Bose, N. Varma et all. // *Indian J. Med. Res.* – 2017. - N 145 (2). – P. 215-221.
166. Hoffman, M. Remodeling the blood coagulation cascade / M. Hoffman // *J. Thromb. Thrombolysis.* – 2003. - Vol. 16. - № 1-2. – P.17-20.
167. Hospital end-of-life care in hematological malignancies / Y. Beaussant. E. Daguindau, A. Chauchet, P. Rochigneux et all. / *BMJ Support Palliat. Care.* – 2018. – N 8 (3). – P. 314-324.
168. Incidence of factor VIII inhibitors throughout life in severe hemophilia A in the United Kingdom / C.R. Hay, B. Palmer, E. Chalmers // *Blood.* – 2011. - № 117. – P. 6367-6370.
169. Iron deficiency anemia assessment, prevention and control. A guid for programme managers – Geneva: World Health Organization, 2001 (WHO/NHD/01.3).
170. Issaragrisil, S. Incidence of aplastic anemia in Bangkok / S. Issaragrisil, C. Sriratanasatavom, A. Piankijagum // *Blood.* – 1991. - № 77. - P. 2166-2168.
171. Guidelines for the management of hemophilia / A. Srivastava, A.K. Brewer, E.P. Mauser-Bunschoten, N.S. Key et all. // *Haemophilia.* – 2013. - № 19. – P/ 1-41.
172. Kojima, S. Aplastic anemia / S. Kojima, N. Frickhofen, H.J. Deeg // *Int. J. Hematol.* – 2005. №. 82. P. 408-411.
173. Lethagen, S. Hemostasis and bleeding disorders. Sweden, 2002. - 82 p.

174. Makani, J. Hematology in Africa / J. Makani, D.J. Roberts // Hematol. Oncol. Clin. North Am. – 2016. – N. 30 (2). P. 457-475.
175. Maqsood, S. Characteristics and outcomes of patients with hematological malignancies admitted for intensive care – a single centre experience / S. Maqsood, f. Badar, A. Hameed // Asian Pac. J. Cancer Prev. – 2017. – N 18 (7). – P. 1833-1837.
176. Maury, S. Unrelated stem cell transplantation for severe acquired aplastic anemia: improved outcome in the era of high-resolution HLA matching between donor and recipient / S. Maury, M.L. Balere-Appert, Z. Chir // Haematologica. 2007. - N. 92. - P. 589-596.
177. Palliative home care for patients with advanced hematological malignancies – a multicenter survey / F. Kaiser, L.V. Rudloff, U. Vehling-Kaiser. W. Hollburg et all. // Ann. Hematol. – 2017. – N 96 (9). – P. 1557-1562.
178. Petz, L.D. Immune hemolytic anemias / L.D. Petz, G. Garratty // 2-rd Edition, Philadelphia: Churchil Livingstone, 2004. - 458 p.
179. Prognostic factors in critically patients with hematological malignancy admitted to the general intensive care unit: a single-center experience in Japan / H. Irie. T. Otake, K. Kawai, M. Hino et all. // J. Anesth. – 2017. – N 31 (5). – P. 736-743.
180. Quintana-Molina, M. Surgery in hemophilic patients with inhibitor 20 years of experience / M. Quintana-Molina, F. Martinez-Bahamonde, E. Gonzales-Garcia // Heamophilia. – 2004. – Vol. 10. – S. 2. – P. 30-40.
181. Saltman, R.B. EJPH policy forum: risk adjustment strategies in three social health insurance countries / R.B. Saltman // Eur. J. of public health. – 2001. - № 11. – P. 121.
182. Short- and long-term outcomes in onco-haemotological patients admitted to the intensive care unit with classic factors of poor prognosis / E. Faucher, M. Cour, V. Jahandiez, A. Grateau et all. // Oncotarget. – 2016. - N 7 (16). – P. 22427-22438.

183. Siegel, R. Cancer statistics 2013 / R. Siegel, D. Naishadham, A. Jemal. // *Cancer J. Clin.* - 2013. - Vol. 63, № 1. - P. 11-30.
184. Sinclair, L.M., Hinton, P.S. Prevalence of iron deficiency with and without anemia in recreationally active men and women / L.M. Sinclair, P.S. Hinton // *J. Am. Diet. Assoc.* - 2005. - Vol. 105. - № 6. - P. 975-978.
185. Smith, S.A. The cell-based model of coagulation / S.A. Smith // *J. Vet. Emerg. Crit. Care.* – 2009. – Vol. 19. - № 1. – P. 3-10.
186. Symptom burden of hematological malignancies as death approaches in a community palliative care service: a retrospective cohort study of a consecutive case series / T.W. LeBlanc, J.M. Smith, D/C. Currow // *Lancet Haematol.* - 2015. – Vol. 2, N 8. – P. 334-338.
187. Strai, S.K.S. Iron transport across cell membranes: molecular understanding of duodenal and placental iron uptake / S.K.S. Strai, A. Bomford, H.I. McArdle // *Best Practise and Research Clin. Haem.* 2002. - Vol. 15. - № 2. - P. 243-259.
188. Tefferi, A. Anemia in adults: A contemporary approach to diagnosis / A. Tefferi // *Mayo Clin. Proc.* 2003. - Vol. 78. - P. 1274-1280.
189. The 2008 revision of the World Health Organization (WHO) classification of myeloid neoplasms and acute leukemia: rationale and important changes / J.W. Vardiman, J. Thiele, D.A. Arber et al. // *Blood.* - 2009. - Vol. 114, N 5. – P. 937-951.
190. The management of critically ill patients with hematological malignancies / N. Kusadasi, M.C.A. Muller, D.J. van Westerloo, A.E.C. Broers et al. // *Neth J. Med.* – 2017. – N 75 (7). – P. 265-271.
191. Unmet supportive care needs of hematological cancer survivors: rural versus urban residents / F. Tzelepis, C.L. Paul, R.W. Sanson-Fisher, H.S. Campbell, K. Bradstock et al. // *Ann. Hematol.* – 2018. – V. 97, N 7. - P. 1283-1292.
192. Validation of 2 prognostic models in hospitalized patients with advanced haematological malignancies in Japan / E. Ohno, M. Abe, E. Sasaki, K. Okuhiro // *Am. J. Hosp, Palliat. Care.* – 2017. – Vol. 34, N 3. – P. 258-262.

193. Venkataswamy, C. Clinico-hematological profile of hereditary hemolytic anemias in a tertiary health care hospital in south India / C. Venkataswamy, A.S. Devi // J. Clin. Diagn. Res. – 2017. N 11 (6). – H. 17-21.

194. World Health Organization (WHO) classification of tumors of haematopoietic and lymphatic tissues. 4th edition, Vol. 2 / S.H. Werdlow, E. Campo, N.L. Harris, E.S. Jaffe, S.A. Pileri, H Stein, J. Thiele. - Lyon, France: IARC Press, 2017. – 586 p.

195. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005 / de Benoist B. et al. // WHO Global Database on Anaemia. Geneva, World Health Organization. – 2008. – 51 p.

196. Wright, B. Haematologists perceptions of palliative care and specialist palliative care referral: a qualitative study / B. Wright, K. Forbes // BMJ Support Palliat. Care. – 2017. – N 7 (1). - P. 39-45.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1

Утверждаю
Главный внештатный специалист
министерства здравоохранения
Самарской области
_____ И.Л. Давыдкин

Анкета

для изучения мнения врачей-гематологов Самарской области (имеющих сертификат (свидетельство об аккредитации) специалиста по гематологии) и оказывающих помощь взрослому населению по вопросам организации оказания медицинской помощи по профилю «гематология»

1. Ваш возраст:

1) до 29 лет; 2) 30-45 лет; 3) 46-59 лет; 4) 60 лет и старше

2. Ваш пол: 1) мужской; 2) женский

3. Ваш стаж работы по специальности гематология:

1) до пяти лет; 2) 6-10 лет; 3) 11-15 лет; 4) свыше 15 лет

4. Вы работаете врачом-гематологом:

- 1) только по основному месту работы;
- 2) по основному месту работы и по совместительству;
- 3) только по совместительству

5. В какой медицинской организации Вы работаете врачом-гематологом по основному месту работы?

- 1) в амбулаторно-поликлинической;
- 2) в стационаре;
- 3) в другом месте (укажите каком) _____

6. Если работаете врачом-гематологом совместителем, укажите, в какой медицинской организации работаете?

- 1) в амбулаторно-поликлинической;
- 2) в стационаре;
- 3) в другом месте (укажите каком) _____

7. Если работаете врачом-гематологом совместителем, укажите:

- 1) совмещаете работу в той же медицинской организации, где работаете на основную ставку (по основному месту работы);
- 2) совмещаете работу в другой медицинской организации (не по основному месту работы)

8. Если работаете врачом-гематологом совместителем, укажите, основную причину:

- 1) повышение уровня дохода;
- 2) отсутствие свободных ставок по основному месту работы;
- 3) близость к месту жительства;
- 4) желание оказать дополнительную медицинскую помощь пациентам;
- 5) другая причина (укажите) _____

9. Ваша занимаемая должность:

- 1) руководитель (в т. ч. структурного подразделения);
- 2) лечащий врач;
- 3) врач-консультант;
- 4) другое (укажите) _____

10. Имеете ли Вы сертификат (свидетельство об аккредитации) специалиста по другой врачебной специальности, кроме гематологии?

- 1) Да;
- 2) Нет

11. Если Да, укажите по какой (каким) _____**12. Ваше материальное положение:**

- 1) хорошее;
- 2) удовлетворительное;
- 3) неудовлетворительное

13. Как Вы оцениваете свое здоровье:

- 1) отличное;
- 2) хорошее;
- 3) удовлетворительное
- 4) плохое;
- 5) очень плохое

14. Ваша оценка организации оказания медицинской помощи по профилю «гематология» в Самарской области в целом:

- 1) отлично;
- 2) хорошо;
- 3) удовлетворительно;
- 4) неудовлетворительно

15. Ваша оценка организации оказания медицинской помощи по профилю «гематология» в медицинской организации, где Вы работаете:

- 1) отлично;
- 2) хорошо;
- 3) удовлетворительно;
- 4) неудовлетворительно

16. По Вашему мнению, за последние три года организация оказания медицинской помощи в медицинской организации, где Вы работаете:

- 1) улучшилась;
- 2) осталась без изменений;
- 3) ухудшилась

17. Если считаете, что ухудшилась, укажите причины: _____

18. Каковы, по Вашему мнению, основные недостатки в оказании медицинской помощи по профилю «гематология» (выберите не более четырех наиболее важных)?

- 1) недостаточный объем бесплатной медицинской помощи;
- 2) нехватка медикаментов и расходных материалов;
- 3) низкое качество медицинской помощи;
- 4) недостаток врачей-гематологов в стационарах;
- 5) недостаток врачей-гематологов, работающих в амбулаторных условиях;
- 6) неэффективная система управления;
- 7) недостаточная моральная заинтересованность медицинских работников в оказании медицинской помощи;
- 8) недостаточная материальная заинтересованность медицинских работников в оказании медицинской помощи;
- 9) в целом недостаточное финансирование медицинских организаций;
- 10) другое (укажите) _____

19. Как Вы оцениваете качество медицинской помощи по профилю «гематология»?

- 1) отличное;
- 2) хорошее;
- 3) удовлетворительное;
- 4) неудовлетворительное

20. Если качество медицинской помощи Вас не удовлетворяет, укажите основные причины (не более четырех):

- 1) недостаточная квалификация персонала;
- 2) невнимательное отношение медицинских работников к пациентам;
- 3) недостаточное материально-техническое оснащение медицинской организации;
- 4) необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи пациентами;

5) ограничение направлений на медицинскую помощь со стороны других медицинских организаций;

6) слабая система управления качеством медицинской помощи в медицинской организации;

7) другое (укажите) _____

21. Как, по Вашему мнению, следует изменить коечный фонд по профилю «гематология» в стационарах Самарской области?

1) сократить койки, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс;

2) сохранить имеющийся коечный фонд;

3) увеличить число коек;

4) другое (укажите) _____

22. Как, по Вашему мнению, следует изменить оказание медицинской помощи по профилю «гематология» в амбулаторных условиях на территории Самарской области?

1) оказывать амбулаторную гематологическую помощь участковыми терапевтами и врачами общей практики, пациентов направлять в специализированные медицинские организации;

2) ввести должности врачей-гематологов в крупные амбулаторно-поликлинические организации;

3) ввести должности врачей-гематологов во все амбулаторно-поликлинические организации;

4) другое (укажите) _____

23. Удовлетворены ли Вы условиями труда в медицинской организации в целом?

1) да;

2) нет

24. Если нет, укажите причины _____

25. Удовлетворяет ли Вас уровень дохода в медицинской организации?

1) да;

2) нет

26. Ваши предложения для улучшения организации медицинской помощи по профилю «гематология»: _____

Приложение № 2

Утверждаю
Главный внештатный специалист
министерства здравоохранения
Самарской области
_____ И.Л. Давыдкин

Анкета

**для изучения мнения взрослых пациентов Самарской области по
вопросам организации оказания медицинской помощи по профилю
«гематология»**

1. Укажите Ваш возраст:

- 1) 18-29 лет; 2) 30-59 лет; 3) 60 лет и старше

2. Ваш пол:

- 1) мужской; 2) женский

3. Ваше образование:

- 1) высшее и неоконченное высшее;
2) среднее (общее, профессиональное, специальное);
3) неполное среднее

4. Укажите Ваше семейное положение:

- 1) женат (замужем), в том числе в незарегистрированном браке;
2) вдовец (вдова)
3) в разводе, в том числе не оформленном;
4) никогда не был (а) женат (замужем)

5. Укажите Ваше материальное положение:

- 1) хорошее; 2) удовлетворительное; 3) неудовлетворительное

6. Ваш социальный статус:

- 1) работающий (ая)
2) учащийся (студент);
3) безработный (ая);
4) временно неработающий (ая);
5) пенсионер

**7. Ваша оценка организации оказания медицинской помощи по
профилю «гематология» в Самарской области в целом:**

- 1) отлично; 3) удовлетворительно;
2) хорошо; 4) неудовлетворительно

8. По Вашему мнению, за последние три года организация оказания медицинской помощи по профилю «гематология»:

- 1) улучшилась; 2) осталась без изменений; 3) ухудшилась

9. Если считаете, что ухудшилась, укажите причины: _____

10. Каковы, по Вашему мнению, основные недостатки в оказании медицинской помощи по профилю «гематология» (выберите не более четырех наиболее важных)?

- 1) недостаточный объем бесплатной медицинской помощи;
- 2) нехватка медикаментов и расходных материалов;
- 3) низкое качество медицинской помощи;
- 4) недостаток врачей-гематологов в стационарах;
- 5) недостаток врачей-гематологов, работающих в амбулаторных условиях;
- 6) неэффективная система управления;
- 7) недостаточная моральная заинтересованность медицинских работников в оказании медицинской помощи;
- 8) недостаточная материальная заинтересованность медицинских работников в оказании медицинской помощи;
- 9) в целом недостаточное финансирование медицинских организаций;
- 10) другое (укажите) _____

11. Удовлетворены ли Вы оказанием медицинской помощи по профилю «гематология»?

- 1) Да, полностью;
- 2) Скорее да, чем нет;
- 3) Скорее нет, чем да;
- 4) Нет;
- 5) Затрудняюсь ответить

12. Если не полностью удовлетворены, почему (укажите основные причины, не более четырех):

- 1) недостаточная квалификация персонала;
- 2) невнимательное отношение медицинских работников к пациентам;
- 3) недостаточное материально-техническое оснащение медицинской организации;
- 4) необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи пациентами;
- 5) ограничение направлений на медицинскую помощь со стороны других медицинских организаций;
- 6) слабая система управления качеством медицинской помощи в медицинской организации;
- 7) другое (укажите) _____

13. Как, по Вашему мнению, следует изменить коечный фонд по профилю «гематология» в стационарах Самарской области?

- 1) сократить койки, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс;
- 2) сохранить имеющийся коечный фонд;
- 3) увеличить число коек;
- 4) другое (укажите) _____

14. Как, по Вашему мнению, следует изменить оказание медицинской помощи по профилю «гематология» в амбулаторных условиях на территории Самарской области?

- 1) оказывать амбулаторную гематологическую помощь участковыми терапевтами и врачами общей практики, пациентов направлять в специализированные медицинские организации;
- 2) ввести должности врачей-гематологов в крупные амбулаторно-поликлинические организации;
- 3) ввести должности врачей-гематологов во все амбулаторно-поликлинические организации;
- 4) другое (укажите) _____

15. Каковы, на Ваш взгляд, основные способы совершенствования организации гематологической медицинской помощи?

- 1) Повышение материальной заинтересованности медицинских работников в собственном труде;
- 2) Установление взаимосвязи между заработком и результатами труда;
- 3) Повышение эффективности управления здравоохранением;
- 4) Усиление контроля за медицинским персоналом;
- 5) Внедрение стандартов и протоколов оказания медицинской помощи
- 6) Другой вариант (укажите) _____

16. Ваши предложения для улучшения организации медицинской помощи по профилю «гематология»: _____

Программа ЭВМ

В рамках постоянного наблюдения за деятельности гематологической службы нами была разработана «Программа мониторинга деятельности гематологической службы взрослого населения Самарской области» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2019611775 от 04.02.2019 г.).

Программа мониторинга предусматривает изучение показателей заболеваемости и смертности взрослого населения Самарской области от болезней системы крови (болезней крови III класса МКБ-10 и злокачественных новообразований крови рубрик С81-С96 II класса МКБ-10) в разрезе:

- административно-территориальных единиц Самарской области (городов, сельских муниципальных районов и Самарской области в целом),

- показателей кадрового обеспечения гематологической службы (по медицинским организациям и по области в целом),

изучение показателей деятельности гематологической помощи в медицинских организациях области с учетом условий ее оказания (амбулаторных, стационарных, дневного стационара).

Модель конечных результатов гематологической службы

В основу модели конечных результатов закладываются обобщенные качественные показатели, характеризующие результаты деятельности. Для получения объективной оценки деятельности необходим соответствующий набор показателей результативности оцениваемого объекта, а также специально разработанные нормативные (целевые) показатели. Выполнение нормативного показателя в медицинской организации должно способствовать созданию условий для максимального использования ограниченных ресурсов при постоянном улучшении качества медицинской помощи.

Для каждого оцениваемого объекта (врача, подразделения, службы в целом) показатели результативности отражают степень достижения стоящих перед ним задач путем определения соответствия реально достигнутых и нормативных показателей. Оценка достигнутого результата производится по отклонению от нормативных значений. После выбора показателей результативности экспертным путем определяется их значимость (от 1 до 10).

Для подсчета фактических баллов, характеризующих уровень выполнения функций, рассчитываются оценочные коэффициенты, позволяющие вычислить значимость единицы дефекта. Для каждого показателя результативности с этой целью устанавливается цена единицы отклонения.

В результате расчетов при оценке деятельности врачей-гематологов, структурных подразделений областного гематологического центра и гематологической службы в целом с применением модели конечных результатов вычисляется интегральный показатель качества работы (ИПК), который представляет собой десятичную дробь (в доля от единицы).

Начисление дополнительного размера оплаты труда в части стимулирующих выплат (премии) производится по итогам оценки результатов труда за квартал и год. Премии не начисляются в случае наложения на работника дисциплинарного взыскания в отчетном периоде. Сумма денежных

средств к распределению на премии работникам за отчетный период рассчитывается по формуле:

$CP = ПСР * НРВ * ЗС * ИПД$, где

CP – сумма денежных средств к распределению на выплаты Премии работнику за отчетный период;

ПСР – плановый (максимально возможный) размер средств на выплаты работникам, определенный планово-финансовым управлением и управлением бюджетного учета и финансового контроля за отчетный период;

НРВ – отработанная норма рабочего времени за отчетный период (коэффициент от 0 до 1);

ЗС – занятость ставки;

ИПД – интегральный показатель деятельности за отчетный период.

Для расчета показателей в модели конечных результатов как правило используется четырехуровневая система оценки:

Система оценки показателей в модели конечных результатов

№	Оценка выполнения критерия	Значение оценки, в долях целого
1.	Критерий выполняется полностью. Нет никаких нарушений и отступлений	1
2.	Имеются однократные незначительные отступления или нарушения	0,8
3.	Нарушения незначительны, но повторяются в течение периода	0,5
4.	Имеются существенные нарушения или отступления	0

Для критериев, не допускающих дифференциации оценки на четыре уровня, применяется двухуровневая система оценки (1 - критерий соблюдается, 0 - не соблюдается). Кроме того, при наличии нормативного (целевого показателя) и конкретного значения по выполнению данного показателя значение оценки выполнения критерия (показателя) может быть подсчитано путем отношения фактического показателя и целевого показателя в долях от единицы (от 0 до 1).

«УТВЕРЖДАЮ»
 Первый заместитель министра -
 руководитель департамента реализации
 законодательства в сфере здравоохранения
 С.А. Вдовенко
 _____ 2019г.



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов кандидатской диссертации *Шешуновой Регины Андреевны* на тему:
 «Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями
 крови на региональном уровне» по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и
 здравоохранение в работу министерства здравоохранения Самарской области

Комиссия в составе руководителя управления организации первичной медико-санитарной помощи и профилактики заболеваний Михальченко С.В., руководителя управления организации социально значимой и высокотехнологичной медицинской помощи Сиротко И.И., руководителя управления организации и реализации программ развития отрасли здравоохранения Гомжиной А.В. подтверждает использование результатов, полученных Шешуновой Региной Андреевной в ходе работы над кандидатской диссертацией «Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови на региональном уровне», при подготовке приказа министерства здравоохранения Самарской области от 18.05.2015 № 746 «О совершенствовании оказания медицинской помощи по профилю «гематология» взрослому населению на территории Самарской области», приказа министерства здравоохранения Самарской области от 18.12.2017 № 1386 «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Самарской области от 18.05.2015 №746 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи по профилю «гематология» взрослому населению Самарской области».

*Руководитель управления организации
 социально значимой и высокотехнологичной
 медицинской помощи*



И.И. Сиротко

*Руководитель управления организации
 первичной медико-санитарной помощи
 и профилактики заболеваний*



С.В. Михальченко

*Руководитель управления организации
 и реализации программ развития
 отрасли здравоохранения*



А.В. Гомжина

443020 г.о. Самара, ул. Ленинская, д.73

445039, Самарская область,
г. Тольятти,
бул. Здоровья, 25

«Утверждаю»
Главный врач
ГБУЗ СО «ТГКБ №5»

Минздрава России
Ренц Н.А.



2019г.

Акт внедрения

в практику результатов научной работы заочного аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения Шешуновой Р.А.

Комиссия в составе председателя – заместителя главного врача по медицинской части, Козлова В.В., членов комиссии: заместителя главного врача по организационно-методической работе, Бульхиной Г.Р., заместителя главного врача по клинической и экспертной работе Колесникова В.В. подтверждает, что в Тольяттинской городской клинической больнице №5 используются результаты ее научной работы «Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови на региональном уровне», такие как программы для ЭВМ «Программа моделирования конечных результатов деятельности гематологической службы Самарской области» и «Программа мониторинга деятельности гематологической службы взрослого населения Самарской области».

Председатель комиссии:

Заместитель главного врача
по медицинской части,

В.В. Козлов

Члены комиссии:

Заместитель главного врача по
организационно-методической работе,

Г.Р. Бульхина

Заместитель главного врача по
клинической и экспертной работе,

В.В. Колесников

443079 г.Самара,
пр-т Карла Маркса, 165 литер Б

«Утверждаю»

Главный врач Клиник

ФГБОУ ВО СамГМУ

Минздрава России

Сонис А.Г.

« 09 »

2019г.

Акт внедрения

в практику результатов научной работы заочного аспиранта кафедры
общественного здоровья и здравоохранения Шешуновой Р.А.

Комиссия в составе председателя – заместителя главного врача по
медицинской части, к.м.н., доцента Светловой Г.Н., членов комиссии:
заместителя главного врача по инновационной и организационно-
методической работе, к.м.н. Чуприлина М.П., заведующей СКДЦ
Кондратьевой Л.А. подтверждает, что в Специализированном
консультативно-диагностическом Центре Клиник СамГМУ используются
результаты ее научной работы « Совершенствование организации
медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови на региональном
уровне», что позволило за период деятельности областного
гематологического центра повысить его объемные и финансовые показатели,
что позволяет рассматривать центр как ключевое звено организации
гематологической помощи взрослому населению.

Председатель комиссии:

Заместитель главного врача
по медицинской части,
к.м.н., доцент



Г.Н. Светлова

Члены комиссии:

Заместитель главного врача по инновационной
и организационно-методической работе, к.м.н.



М.П. Чуприлин

Заведующая СКДЦ Клиник СамГМУ



Л.А. Кондратьева

443095, г. Самара,
ул. Ташкентская 159

«Утверждаю»
Главный врач ГБУЗ
«Самарская областная
клиническая больница
им. В. Д. Середавина»
Минздрава России
Бенян А.С.



« 04 » 2019г.

Акт внедрения

в практику результатов научной работы заочного аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения Шешуновой Р.А.

Комиссия в составе председателя – заместителя главного врача по медицинской части Войцовой Е.А., членов комиссии: заведующего гематологическим отделением, к.м.н. Россиева В.А., заведующей консультативной поликлиникой главного корпуса Генераловой М.М., подтверждает, что в гематологическом отделении и консультативной поликлинике главного корпуса используются результаты ее научной работы «Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови на региональном уровне», такие как программы для ЭВМ «Программа моделирования конечных результатов деятельности гематологической службы Самарской области» и «Программа мониторинга деятельности гематологической службы взрослого населения Самарской области».

Председатель комиссии:

Заместитель главного врача
по медицинской части

Войцева Е.А.

Члены комиссии:

Заведующий гематологическим
отделением, к.м.н

Россиев В.А.

Заведующая консультативной
поликлиникой главного корпуса

Генералова М.М.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2019611775

Программа мониторинга деятельности гематологической
службы взрослого населения Самарской области

Правообладатели: *Шешунова Регина Андреевна (RU), Суслин Сергей
Александрович (RU)*

Авторы: *Шешунова Регина Андреевна (RU),
Суслин Сергей Александрович (RU)*

Заявка № 2019610630

Дата поступления 22 января 2019 г.

Дата государственной регистрации
в Реестре программ для ЭВМ 04 февраля 2019 г.

Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Г.П. Ивлиев Г.П. Ивлиев

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2019616623

Программа моделирования конечных результатов
деятельности гематологической службы Самарской области

Правообладатели: *Шешунова Регина Андреевна (RU), Суслин Сергей
Александрович (RU), Шешунов Константин Сергеевич (RU)*

Авторы: *Шешунова Регина Андреевна (RU), Суслин Сергей
Александрович (RU), Шешунов Константин Сергеевич (RU)*

Заявка № 2019615645

Дата поступления 13 мая 2019 г.

Дата государственной регистрации

в Реестре программ для ЭВМ 27 мая 2019 г.



Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Г.П. Ивлиев