

На правах рукописи



Соболев Константин Эдуардович

Медико-социологический мониторинг стратегического развития регионального здравоохранения (по материалам Московской области)

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

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) и государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Научный консультант:

академик РАН, доктор медицинских наук,
доктор социологических наук, профессор

Решетников Андрей Вениаминович

Официальные оппоненты:

Брынза Наталья Семеновна, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и здравоохранения Института общественного здоровья и цифровой медицины, заведующий кафедрой

Доника Алена Димитриевна, доктор социологических наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Института общественного здоровья им. Н.П. Григоренко, заведующий кафедрой

Бравве Юрий Иосифович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей, заведующий кафедрой

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Защита диссертации состоится «24» сентября 2024 г. в 15:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.35 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «__» _____ 2024 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета ДСУ 208.001.35
доктор медицинских наук, профессор



Манерова Ольга Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Развитие социального капитала, повышение удовлетворенности и качества жизни характерны для современного российского социума, что способствует возрастанию роли социальных институтов в оптимизации социальной сферы, в том числе и системы охраны здоровья граждан современной России. Более четверти века в стране принимаются Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи, но отсутствие гармонизации между социальными гарантиями и их ресурсным обеспечением становится одной из причин неудовлетворенности пациентов предоставляемой медицинской помощью.

Для лиц, принимающих решения, в настоящее время очевидно, что основные проблемы здравоохранения не решаются только за счет постоянного увеличения финансового обеспечения, а лимитированность финансовых средств, наоборот, становится одним из стимулов поиска новых эффективных форм и моделей планирования будущего развития отрасли. В настоящее время недостаточно обосновать принятие управленческих решений в рамках стратегического развития отрасли, а необходимо иметь соответствующий инструментарий для контроля за результатами их исполнения, степенью реализации потребностей пациентов по получению медицинской помощи оптимального качества, динамикой социальной эффективности стратегического развития здравоохранения. От территориального уровня управления общественным здоровьем сегодня принципиально зависит реализация государственной политики в области здравоохранения, полнота решения социальных проблем в этой отрасли, темпы развития системы здравоохранения.

В субъектах РФ уже внедрены новые формы и методы менеджмента, включая создание моделей управления на уровне медицинской организации, расположенной в административном образовании, региональной специализированной медицинской службы, областной медицинской организации и территориального здравоохранения в целом. Однако технологии взаимодействия между структурными составляющими регионального здравоохранения ещё недостаточно соответствуют реальным потребностям и ожиданиям пациентов по получению медицинских услуг надлежащего качества. Данное обстоятельство во многом снижает эффективность управленческих решений на всех уровнях территориального здравоохранения.

Необходимо констатировать, что при наличии сегодня в каждом субъекте РФ детально разработанных концептуальных программно-целевых подходов, программ стратегического управления здравоохранением эффективность их реализации остается по разным причинам не на должном уровне, вследствие этого, актуальным является разработка технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития отрасли и переориентации в большей степени стратегического планирования на удовлетворение потребностей и ожиданий пациентов при получении медицинской помощи оптимального качества.

Отсутствие научно обоснованной системы медико-социологического мониторинга стратегического развития здравоохранения территориального уровня и обусловило актуальность проведения настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования

Необходимость реализации долгосрочных задач социально-экономического развития Российской Федерации предполагает использование системы стратегического управления, к

которой относится стратегическое планирование как один из основных его элементов. Ведущие научные исследования (И. Ансофф, 1989; А.А. Томпсон, А.Дж. Стрикленд, 1998; Х. Виссема, 2000; Г. Минцберг, Б. Альстрэнд, Дж. Лэмпел, 2000; Н.Д. Кондратьев, 2002; М.Э. Портер, 2005; Д. Аакер, 2007; О.С. Виханский, А.И. Наумов, 2014; Р. Акофф, 1985; Е.Б. Ленчук, 2017-2021; С.Ю. Глазьев, 2013-2021), начиная с 60-х годов XX века, сформировали современную концепцию стратегического планирования. Общие теоретические и методологические основы стратегического планирования раскрываются в публикациях современных отечественных (А.Г. Атаева, 2019, 2023; К.В. Воденко, М.А. Комиссарова, С.А. Тихоновская, И.Р. Гасанова, 2019; С.Ю. Глазьев, 2021, 2023; Е.М. Бухвальд, 2016; О.О. Смирнова, И.В. Митрофанова, 2019; Т.Р. Евдокимова, 2019; А.М. Петров, 2021; Назаров В.П., 2022) и зарубежных исследователей (J. Austin, 2023; N. Baum, 2016; P. Esfahani, 2018; W.T. Mallon, 2019; C. Sutton, 2023; T.D. Welch, T.V. Smith, 2023).

В настоящее время обсуждение перспектив стратегического планирования в практике государственного управления проводится в контексте использования стратегического планирования в решении актуальных проблем социально-экономического развития регионов России (Д.А. Афиногенов, Е.Ю. Кочемасова, С.Н. Сильвестров С.Н., 2019, А.В. Решетников, К.Э. Соболев, Н.С. Голикова, 2023), отраслевых перспектив стратегического планирования, анализа российского и зарубежного опыта (С.М. Заверский, Е.С. Киселева, В.Ю. Кононова, Д.А. Плеханов, Н.М. Чуркина, 2016; С.А. Липина, Л.А. Беляевская-Плотник, Н.Ю. Сорокина, 2018; О.О. Смирнова, Л.К. Бочарова, Л.А. Беляевская-Плотник, Ю.Н. Богданова, 2019; Е.Б. Ленчук, Ф.Г. Войтоловский, Д.Б. Кувалин, 2020).

Анализу формирующихся в России на федеральном уровне подходов, обеспечивающих методологическое единство разрабатываемых документов и их согласование с государственной стратегией экономического и социального развития посвящены работы К.В. Будаевой, В.В. Климанова (2014). На необходимость использования инструментов стратегического планирования в системе регионального управления социально-экономическим развитием указывают многие исследователи (И.П. Довбий, С.А. Маковкина, В.А. Довбий, 2017; О.А. Ушакова, 2010; А.В. Бабкин, Е.М. Бухвальд, 2015; А.Г. Атаева, А.Г. Уляева, 2023; А.Ш. Ахмедуев, 2019; С.М. Заверский, Е.С. Киселева, В.Ю. Кононова, Д.А. Плеханов, Н.М. Чуркина, 2016; С.Ю. Глазьев, 2013-2023).

Вопросы стратегического планирования развития системы здравоохранения в контексте ее экономического обеспечения обсуждаются в значительном числе публикаций Р.А. Хальфина (1998), Т.А. Сибуриной (2003), А.Г. Атаевой (2019), М.А. Вахрушиной (2020). Важными для понимания контекста стратегического планирования в здравоохранении являются работы по проблемам прогнозирования распространения заболеваний (В.О. Щепин, А.А. Загоруйченко, О.Б. Карпова, 2022). Стратегическое планирование в здравоохранении как условие повышения эффективности и совершенствования управления здравоохранением анализируется в ряде ключевых публикаций (Е.И. Соломатина, 2017; Г.П. Сквирская, А.В. Волнухин, 2020; И.С. Дата, 2017; А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, И.Ф. Серегина, 2016; Л.А. Габуева, Н.Ф. Павлова, 2019; Т.А. Булгакова, М.В. Иванов, 2021). Известны исследования, рассматривающие перспективы стратегического планирования в здравоохранении (K. Lapping, E.A. Frongillo, P.H. Nguyen, J. Coates, P. Webb, P. Menon 2014; S. Merahn, 2015; A. Fry, N.N. Baum, 2016; E.N. Brockmann, K.J. Lacho, 2016; L. Bijlmakers, D. Mueller, R. Kahveci, Y. Chen, G.J. van der Wilt, 2017; A. Orton, 2022).

В научных публикациях (Ю.В. Михайлова, 2002; Н.А. Герасимова, А.Н. Калашник, 2010; М.Н. Наджафова, 2018; В.Ф. Семенкин, 2020) обсуждается необходимость пересмотра подходов к системе планирования в здравоохранении. Стратегическое развитие отрасли предусматривает, прежде всего, укрепление кадрового состава системы здравоохранения как меры, призванной обеспечить выполнение задачи по повышению качества медицинской помощи населению, что отражено в многочисленных научных исследованиях (И.Ю. Бычкова, В.В. Шереметьева, 2019; Р.А. Халтурин, 2019; И.О. Маринкин, Е.Г. Кондюрина, Е.А. Аксенова, Е.А. Пушкарева, С.В. Соколов, О.А. Латуха, 2020; Д.Е. Коробанов, Б.Т. Пономаренко, 2020; А.В. Решетников, 2010-2022) и выполнения задач стратегического развития системы здравоохранения в целом (Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова, Е.В. Лазарева, 2010; В.В. Уйба, Н.Ю. Стасевич, А.С. Оленев, А.К. Алиев, 2017). Процессы изменений в системе здравоохранения изучены в отдельных качественных исследованиях (I. Holloway, S. Wheeler, 2014; А.Р. Заляев, Е.Ю. Шаммазова, Л.М. Мухарямова, 2022).

В ряде работ современных исследователей подчеркивается принципиальную значимость и необходимость совершенствования подготовки управленческих кадров системы здравоохранения (О.А. Башмаков, 2015; М.В. Щавелева, Т.Н. Глинская, Э.А. Вальчук, 2017; О.А. Александрова, О.А. Комолова, 2018-2019, В.А. Решетников, В.Н. Трегубов, Н.А. Соколов, 2018). Необходимость изучения социального портрета потребителя медицинских услуг, а также лиц, принимающих решения раскрыта в трудах А.В. Решетникова, К.Э. Соболева, Е.Б. Марочкиной (2022).

Р.А. Хальфин, В.В. Мадынова, А.П. Столбов (2018) отмечают, что одной из ключевых составляющих современной модели организации медицинской помощи населению является пациентоориентированность. В публикациях последних лет подчеркивается необходимость совершенствования качества медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19, в том числе за счет расширения практик применения цифровых технологий (Е.И. Аксенова, 2022; В.А. Решетников, Н.Г. Коршевер, В.В. Роюк, С.А. Сидельников, 2022; Г.С. Лебедев, Н.Л. Шепетовская, В.А. Решетников, 2021; E.E. Thomas, H.M. Haydon, A. Mehrotra, et al., 2022; R.G. Malish, G. Meyers, C.D. Sondgeroth, et al., 2022; N. Groves-Kirkby, E. Wakeman, S. Patel, et al., 2023).

Совершенствование онкологической помощи населению как на федеральном, так и на региональном уровне – и является одной из ключевых целей государства и стратегическое планирование развития здравоохранения на перспективу ближайших лет предусматривает, прежде всего, необходимость оптимизации управления системой онкологической помощи населению (К.Р. Амлаев, М.Г. Гевандова, Е.Ю. Хорошилова, 2015; В.Г. Морева, Г.Н. Алексева, П.Ф. Кику, 2018; А.В. Шабунин, 2021; М.Ю. Рыков, Е.Н. Байбарина, О.В. Чумакова, В.Г. Поляков, 2016; С.В. Юдин, М.В. Жерновой, П.Ф. Кику, С.С. Юдин, 2015).

Совершенствование медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями находится в центре внимания отечественных (Д.А. Андреев, А.А. Завьялов, А.Ю. Кашурников, А.Ю. Добродеев, 2020; А.В. Важенин, С.В. Новикова, Ю.А. Тюков, 2020; М.В. Еругина, И.Л. Кром, А.Б. Шмеркевич и др., 2018, 2021; И.Ф. Мухановой, 2017; Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, М.А. Патрушев 2020; С.Ю. Ломаков, А.Е. Чернобровкина, 2020; А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.С. Алексева, П.Ю. Балашов, 2013; А.В. Кутергин, О.И. Зырянова, М.В. Чайковская и др., 2021) и зарубежных исследователей (D.M. Jackman, Y. Zhang, C. Dalby, et al, 2017; J.C. Kuo, D.M. Graham, A. Salvarrey, et al., 2020; A. Harki, K.M. Chiu, T.H.L. Yau, S.H.D. Lai, 2020; M. Waters, C.M. Kaplan,

I. Graetz et al. 2019; J.L. Weese, C.J. Shamah, F.A. Sanchez et al., 2019). Одним из важных для диссертационной работы направлений исследований являются публикации, посвященные изучению качества жизни представителей социальной группы пациентов с онкопатологией (M. Findlay, N.M. Rankin, T. Shaw, et al., 2020; E.M. Colligan, E. Ewald, S. Ruiz, et al., 2017; J.L. Steel, D.A. Geller, K.H. Kim et al., 2016; M. Karimi, C. Wang, B. Bahadini, et al., 2020; А.В. Решетников, К.Э. Соболев, Н.В. Присяжная, 2016, А. Reshetnikov, I. Frolova, O. Abaeva, et al., 2023).

В настоящее время в научном и медицинском сообществе активно обсуждаются возможности мониторинга качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями (Т.П. Никитина, А.А. Жернякова, Т.И. Ионова, 2020; Е.В. Барбашова, О.В. Лясковская, В.Г. Шуметов, 2021; Т.А. Бондарская, Е.Д. Толстенева, 2022; K. Absolom, A. Gibson, G. Velikova, 2019; A. Girgis, I. Durcinoska, A. Arnold, et al., 2019; C. Snyder, M. Brundage, Y.M. Rivera, 2019; N.E. Rothrock, D. Amtmann, K.F. Cook, 2020). В исследованиях также представлены возможности научного обоснования применения и адаптации инструментов стратегического планирования к особенностям системы здравоохранения (А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко, 2021). Анализ возможностей применения количественных и качественных методов в изучении вопросов, связанных со здоровьем, анализируются в значительном количестве работ (Н.К. Гришина, 2011; А.В. Решетников, 2010-2023; М.Ю. Сурмач, 2017; П.С. Селезнев, Е.Н. Домбровская, 2019; О.А. Харьковская, К.К. Холматова, В.Н. Кузнецов, А.М. Гржибовский, Д.А. Крупченко, 2016).

Эффективность применения методологии медико-социологического мониторинга в сфере здравоохранения раскрывается в научных трудах академика РАН А.В. Решетникова, 2000-2023; О.А. Ушаковой, 2010; Н.К. Гришиной, 2011; А.А. Головина, 2021; Т.Н. Русских, В.И. Тиняковой, С.П. Строева, 2017; Р.Т. Таировой, Е.А. Берсеневой, 2018.

Цель исследования

Научное обоснование концептуальной модели и апробирование технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения.

Задачи исследования

1. Провести анализ научно-методологической основы стратегического управления здравоохранением за рубежом, в стране и регионах Российской Федерации.
2. Разработать концептуальную модель и апробировать на территории субъекта РФ технологию многоуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения.
3. Разработать и апробировать медико-социологический инструментарий по проведению количественных и качественных исследований в системе территориального здравоохранения.
4. Изучить социально-экономические характеристики пациента (потребителя медицинских услуг) и его мнение о состоянии и проблемах регионального здравоохранения.
5. Изучить мнение пациентов об образе «идеального врача», способствующего реализации потребностей и оптимальному уровню ожиданий потребителей медицинских услуг при обращении в государственную систему здравоохранения на территории субъекта РФ, а также потенциал её ресурсного обеспечения.
6. Осуществить медико-социологическую оценку мнений пациентов об имиджевых характеристиках медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области.

7. Сформировать социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования – лица, принимающего решения по практической реализации государственных региональных программ среднесрочного стратегического развития отрасли.

8. Изучить существенные характеристики архетипа здравоохранения административного образования субъекта РФ с целью и возможностью использования их в области разработки программного обеспечения для стратегического развития отрасли, с учетом муниципальных особенностей.

9. С использованием социологического подхода, экспертных оценок оценить основные подпрограммы и мероприятия, способствующие оптимальному развитию системы территориального здравоохранения в период реализации текущих программ среднесрочного стратегического развития здравоохранения Подмосковья.

10. Выявить наиболее существенные для Московской области первоочередные направления по совершенствованию организации медицинской помощи для включения их в очередную среднесрочную стратегическую Программу развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг.

11. С использованием социологического подхода изучить мнение пациентов и врачей-экспертов о состоянии специализированной медицинской службы и их предложений по её совершенствованию (по материалам региональной онкологической службы).

12. Изучить и предложить структуру экономических и социальных индикаторов для расчета интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения региона, необходимого для изучения его динамики.

Научная новизна исследования

- впервые разработана концептуальная модель и апробирована технология 5-уровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения, включающего изучение: потребностей, ожиданий и удовлетворенности пациентов деятельностью системы здравоохранения; имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования; мнения лиц, принимающие решения по практической реализации стратегических планов; деятельности областной специализированной медицинской службы по выполнению стратегических задач (на примере онкологической службы); мнения областных экспертов о ходе реализации стратегических планов и перспективных стратегических направлениях развития отрасли в регионе;

- на основании результатов проведенного исследования разработан и апробирован медико-социологический инструментарий для изучения стратегического развития регионального здравоохранения, который может использоваться во всех регионах Российской Федерации для решения аналогичных задач;

- по результатам анализа полученных совокупных данных сформулированы социально-экономическая характеристика типичного потребителя медицинских услуг в Московской области и образ «идеального врача», способствующего конвергенции потребностей и ожиданий пациентов при обращении в государственную систему здравоохранения;

- изучено мнение потребителей медицинских услуг об имиджевых характеристиках медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, которые влияют на реализацию потребностей населения в получении медицинской помощи надлежащего качества и соответствуют ожиданиям пациентов от встречи с системой государственного здравоохранения;

- с использованием медико-социологического подхода сформирован социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, - лица, принимающего решения по практической реализации государственных областных программ среднесрочного стратегического развития здравоохранения;

- разработаны и предложены характеристики архетипа здравоохранения административных образований субъекта РФ: систематизированной её модели, представленной с помощью формализованных актуальных показателей, выявленных в ходе экспертной оценки, с возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического развития отрасли, с учетом муниципальных особенностей;

- по материалам диссертационного исследования с использованием социологического подхода, экспертных оценок и результатов изучения мнения пациентов и лиц, принимающих решения, дана оценка основных подпрограмм и мероприятий, способствующих оптимальному развитию системы территориального здравоохранения в период реализации текущих государственных программ среднесрочного развития здравоохранения Подмосковья;

- предложены наиболее существенные для Московской области первоочередные направления по совершенствованию организации медицинской помощи для включения их в очередную среднесрочную стратегическую Программу развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг.;

- по итогам выполнения количественных и качественных медико-социологических исследований проанализирована деятельность областной специализированной (онкологической) медицинской службы в рамках реализации государственной программы стратегического развития здравоохранения Подмосковья;

- на основании результатов диссертационного исследования, впервые систематизирована структура экономических и социальных индикаторов для расчета интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения региона, позволяющего оценить его динамику.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость работы определяется актуальностью научных задач и исследований автора, а также значимостью диссертации как фундаментального труда, в котором детально представлены механизмы и инструменты проведения медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения. С помощью технологии пятиуровневого медико-социологического мониторинга, разработанной и апробированной на территории Московской области, получены систематизированные данные о динамике среднесрочного стратегического развития регионального здравоохранения, включающих в том числе: оценку потребностей, ожиданий и удовлетворенности пациентов деятельностью системы здравоохранения; социально-экономическую характеристику потребителя медицинских услуг (пациента) и его мнение о состоянии и проблемах регионального здравоохранения и образ

«идеального» врача; существенные имиджевые характеристики медицинской организации, расположенной на территории административного образования, влияющие на реализацию потребностей населения в получении медицинской помощи надлежащего качества и соответствующие ожиданиям пациентов от встречи с системой государственного здравоохранения; социально-конструированный портрет лиц, принимающих решения по практической реализации стратегических планов; экспертные оценки о деятельности областной специализированной медицинской службы по выполнению стратегических задач; мнения областных экспертов о ходе реализации среднесрочных стратегических планов и первоочередных стратегических направлениях развития регионального здравоохранения в последующий период. Результаты исследования позволяют оптимизировать структуру и содержание образовательных программ медицинских вузов в части общественного здоровья, организации и социологии здравоохранения.

Разработанная в рамках диссертации концептуальная модель технологии пятиуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения выступает одним из инструментов стратегического планирования развития системы здравоохранения на федеральном и региональном уровнях, а также для организации социологических исследований с использованием арсенала количественного и качественного его видов, поскольку предложен разработанный типовой социологический инструментарий, четкие критерии к внесению данных, позволяющие оценить социально-экономическую эффективность деятельности регионального здравоохранения. Значимость результатов исследования имиджевой составляющей медицинских организаций и построенный автором социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации может быть востребовано руководством и кадровыми службами субъектов РФ.

Методология и методы исследования

В рамках комплексного диссертационного исследования были использованы методы библиографического и информационного поиска, исторический, статистический, социологический метод (анкетный опрос, формализованное экспертное интервью, фокус-групповое интервью, метод экспертных оценок), методы системного и математического анализа. Для массива количественных данных использовались методы дескриптивной (выделение средних значений ($M \pm m$), моды, медианы) и вариационной статистики с вычислением параметрических и непараметрических критериев различия и коэффициентов корреляции (по Спирмену и Пирсону), межгрупповые различия были проверены с использованием t-критерия Стьюдента при нормальном распределении данных, а также χ -квадрата и U-критерия Манна-Уитни – при непараметрическом (ненормальном) распределении данных. Статистический анализ данных был реализован в программах IBM SPSS Statistics 23 и Microsoft Excel 2019). В рамках формализованного интервью степень согласованности мнений экспертов рассчитывалась с использованием коэффициента конкордации Кендалла (коэффициента множественной ранговой корреляции W). Для оценки статистической значимости различий балльных оценок экспертов в рамках категорий одного вопроса применялся непараметрический критерий Фридмана для множественных сравнений связанных выборок (различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$). Основными методами анализа данных фокус-группового интервью выступили герменевтический, тематический и дискурсивный анализ, массив мнений был систематизирован (закодирован) при помощи функции Word Frequencies (программа Atlas.ti), что позволило визуализировать ключевые тренды мнений.

Личный вклад автора

Вклад автора был основополагающим на всех этапах работы, диссертант является инициатором и непосредственным исполнителем всех этапов и направлений выполненной диссертационной работы. Он самостоятельно определил тему, изучил теоретико-методологические основы и проблемное поле диссертационного исследования, сформировал его план, структуру и дизайн, обеспечил сбор, обработку и систематизацию теоретических и эмпирических данных, выполнил анализ и интерпретацию полученных результатов, их представление в формате научной работы и публикаций по теме. Он лично осуществил анализ научной и нормативно-правовой литературы по проблемам стратегического развития здравоохранения и социологического подхода в деле оценки его результатов. Диссертант выполнил разработку программной части компаративного эмпирического исследования, включающего современные качественные и количественные методы, разработал исследовательский инструментарий, осуществил рекрутинг респондентов в рамках реализации всех направлений диссертационного исследования. Диссертантом самостоятельно реализованы анкетные опросы выбранных целевых групп респондентов и изучено их мнение о состоянии и проблемах в отрасли (пациентов, врачей, экспертов различного уровня, лиц, принимающих решения в ходе реализации среднесрочных стратегических планов) в Московской области. Математическая и статистическая обработка, а также анализ количественных и качественных показателей исследований был реализован автором с использованием современных программных пакетов IBM SPSS Statistics 26, Microsoft Excel 2019, Atlas.ti, Mumeet.ai. Диссертант лично разработал сценарий и гайд фокус-группы, реализовал фокус-групповое интервью, обработку и анализ качественных медико-социологических данных, на основании которых предложил научные подходы к формированию концептуальной модели технологии пятиуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения, а также предложил практические рекомендации по её использованию в качестве дополнительного источника информации и инструмента в стратегическом управлении отраслью на территории субъекта РФ.

Положения, выносимые на защиту

1. В условиях развития гражданского общества в современной России, расширения гласности и активного участия социальных агентов в процессе принятия решений и контроля за ними во всех отраслях социальной сферы и особенно в таком важнейшем социальном институте, которым является система охраны здоровья граждан, крайне актуальной становится задача медико-социологического мониторинга стратегического развития отрасли.

2. Концептуальная модель, разработанная и апробированная технология пятиуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения представляет собой эффективный и информативный метод, который может применяться также и в других субъектах Российской Федерации.

3. Для реализации медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения необходимо разработать, апробировать и использовать совместно количественные и качественные методы исследований.

4. Для разработки технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения необходимо изучить социально-

экономические характеристики потребителей медицинских услуг (пациентов) и их мнение о состоянии и проблемах регионального здравоохранения, потенциале его ресурсного обеспечения, в том числе и в период пандемии новой коронавирусной инфекции, а также образ «идеального врача», соответствующего ожиданиям пациентов.

5. В настоящее время, когда пациент имеет право на свободный выбор медицинской организации и лечащего врача, когда предоставляется широкий спектр платных услуг, приносящий внебюджетный доход, поддержание положительного имиджа лечебного учреждения является приоритетной задачей, в котором принципиально важным является мнение пациентов. Удовлетворенность пациентов зависит не только от доступности и качества медицинской помощи, но и от состояния материально-технической базы, культуры общения медицинского персонала, наличия благоприятной атмосферы и других репутационных характеристик медицинской организации, расположенной на территории муниципального образования субъекта РФ. Для совершенствования восприятия населением основных имиджевых характеристик медицинской организации необходима системная целенаправленная работа.

6. Для социологического осмысления и понимания каким образом реализуются стратегические планы, начиная с медицинских организаций, расположенных на территории административных образований субъекта РФ, крайне важным становится формирование социально-конструированного портрета руководителя и изучение его мнения о деятельности этой организации, так как это лицо, принимающее решение, является основным социальным агентом в ходе реализации государственных региональных среднесрочных стратегических программ развития отрасли.

7. Для принятия управленческих решений при формировании очередного стратегического плана развития территориального здравоохранения необходимо изучение мнения экспертов о существенных характеристиках архетипа здравоохранения административных образований Московского региона, с целью и возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического развития отрасли с учетом муниципальных особенностей.

8. При подготовке очередных среднесрочных стратегических программ развития регионального здравоохранения особенно актуальной является медико-социологическая оценка экспертами районного и областного уровней основных мероприятий, способствующих оптимальному развитию отрасли в период реализации текущих программ среднесрочного развития здравоохранения Подмосковья.

9. В ходе медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения при оценке мнений экспертов, руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований – лиц, принимающих решения в практической деятельности; потребителей медицинских услуг в Московском регионе крайне важным становится выявление и ранжирование первоочередных направлений и мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи, которые необходимо включить в очередную среднесрочную стратегическую Программу развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг.

10. Совместное использование количественного и качественного методов социологического исследования по изучению мнения пациентов и врачей-экспертов о состоянии специализированной медицинской службы территориального здравоохранения позволит разработать более оптимальные предложения по её совершенствованию с учетом потребностей и ожиданий потребителей медицинских услуг (по материалам онкологической службы).

11. Стратегическое развитие территориального здравоохранения должно привести к социокультурным изменениям, в которых крайне актуальной является взаимосвязь между ними и социальными ожиданиями населения субъекта РФ, что может быть выявлено в ходе медико-социологического мониторинга. Для этого необходимо наряду с оценкой экономических индикаторов учитывать и оценку социальных индикаторов, при совокупности которых рассчитывается интегрированный индекс стратегического развития регионального здравоохранения, необходимый для оценки его социальной эффективности.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют пунктам 6, 11, 13, 14, 15, 17 паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Степень достоверности и апробация результатов

Результаты, полученные в ходе исследования, отвечают требованиям качества медико-социологической информации в части достоверности, устойчивости, репрезентативности и точности, что подтверждается значительным объемом аналитических материалов и использованием методик, соответствующих задачам исследования. Математическая обработка результатов количественных исследований основана на расчете репрезентативных выборочных совокупностей и применении современных статистических методов сбора, систематизации, обработки и анализа эмпирических данных. Выводы обоснованы, логичны, объективно и полноценно отражают результаты реализованных исследований, и не вызывают сомнений.

Материалы диссертации были использованы в рамках разработки программных документов и проведении научно-образовательных мероприятий Минздрава Московской области (2021-2023 гг.), обсуждались на заседании кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения факультета усовершенствования врачей МОНКИ им. М.Ф. Владимирского (2022, 2023 гг.) и кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (2019, 2020, 2023 гг.). Основные положения и результаты работы докладывались на Очередной III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социология медицины: векторы научного поиска» (Москва, 2015); совместном заседании ИК «Социология медицины» и ИК «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов по теме: «Общество и здоровье: зона социальной ответственности» (Москва, 2016 г.); заседании ИК РОС «Социология медицины» по теме: «Социология медицины и вызовы современности» (Москва, 2017); юбилейном заседании ИК РОС «Социология медицины» с международным участием «Цифровые технологии и личность: конвергенции, риски и будущее», приуроченного к 260-летию Сеченовского Университета (Москва, 2018); 2 ежегодном симпозиуме «Актуальные направления современных социально-экономических исследований» в рамках X Общероссийской конференции с международным участием «Неделя медицинского образования – 2019» (Москва, 2019); научно-практической конференции с международным участием «Социологическое осмысление интегрального понятия качества жизни и методология его оценки» (Москва, 2019); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социология болезни» (Москва, 2020); совместном заседании ИК «Социология медицины» и ИК

«Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов на тему: «Социальный институт медицины и здоровье россиян в условиях глобальной цифровизации социума» в рамках VI Всероссийского социологического конгресса «Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов» (Москва, 2021); международной научно-практической конференции «Исторические основы профессиональной культуры в здравоохранении» (Беларусь, Гродно, 2022); 19th Biennial European society for health and medical sociology conference (University of Bologna, Italy, 25th-27th august 2022).

Апробация диссертационной работы проведена на совместном заседании секции «Терапия» Ученого Совета, кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья Факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского» и кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), протокол № 17 от «17» ноября 2023 г.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты диссертационного исследования нашли применение в образовательном процессе медицинских вузов как столичного региона (Москвы и Московской области), так и за их пределами (Воронежский ГМУ имени Н.Н. Бурденко, Новосибирского ГМУ). Представленные в диссертации научные положения, результаты комплексного исследования, практические рекомендации внедрены в работу Минздрава и медицинских организаций Московской области, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, федеральных научно-медицинских центров Минздрава России. Руководство «Медико-социологический мониторинг» используется факультетами усовершенствования врачей и кафедрами медицинских вузов страны при изучении учебных дисциплин «Общественное здоровье и здравоохранение», «Социология медицины», «Экономика здравоохранения», а также медицинскими организациями при необходимости оценки результатов выполнения стратегических задач по методу «обратной связи».

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано 26 работ, в том числе 10 статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета / Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук, 2 статьи в изданиях, индексируемых Scopus; 9 иных публикаций по результатам исследования; изданы 1 монография, 1 руководство, 1 учебное пособие, 2 учебника.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа включает два тома: диссертация на 557 страницах текста, том Приложения на 163 страницах. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 808 наименований источников, из которых 245 – на английском языке. Работа иллюстрирована 82 рисунками и 55 таблицами (35 таблиц в диссертации и 20 таблиц в приложениях).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность темы исследования и степень ее научной разработанности, сформулированы цель и задачи исследования, показана его научная новизна, теоретическая и практическая значимость результатов исследования, изложены положения, выносимые на защиту, представлены данные об апробации и внедрении результатов исследования в практику.

Первая глава «Научно-методологическая основа стратегического планирования развития здравоохранения в регионах Российской Федерации (аналитический обзор литературы)» посвящена анализу отечественных и зарубежных научных источников по вопросам стратегического управления в системе здравоохранения. На основе анализа литературы показано, что сопряжение современных концепций и научных подходов к стратегическому планированию определяет повышение организационной эффективности отрасли.

В параграфе 1.1 «Система стратегического планирования на современном этапе развития российской государственности (общее и особенное в региональном сегменте)» на основе анализа научных источников показано, что в настоящее время обсуждение возможностей и перспектив стратегического управления в практике государственного администрирования проводится в контексте использования стратегического планирования в решении актуальных проблем социально-экономического развития России, в том числе его отраслевых перспектив. Одной из причин низкой эффективности стратегического управления в России, не позволяющей обеспечить скоординированную деятельность участников стратегического планирования, является отсутствие или низкая эффективность механизмов обратной связи в системе государственного управления, что требует разработки технологии многоуровневого социологического мониторинга в качестве дополнительного инструмента стратегического управления.

В параграфе 1.2 «Современные концепции и научные подходы к стратегическому планированию развития здравоохранения в международной практике (традиционные модели стратегического планирования и динамика их совершенствования)» показано, что реализации стратегического планирования в различных странах связана как с историческим контекстом развития государства, социальными и культурными особенностями сферы реализации стратегических планов, так и спецификой целей развития и методов управления в той или иной сфере. Вместе с тем, рядом исследователей было высказано мнение о том, что стратегическое планирование не всегда приводит к положительным организационным результатам, в связи с чем многими авторами анонсируется, что для устранения предполагаемых недостатков стратегического планирования в динамичной среде социума необходимо сформировать систему обратной связи для выяснения динамики в ходе реализации стратегии.

В параграфе 1.3 «Методологические проблемы стратегического планирования в системе здравоохранения Российской Федерации (федеральный, территориальный и

муниципальный уровни социально-экономической иерархии)» изложено, что стратегическое планирование становится все более востребованным в здравоохранении субъектов РФ, чему способствует наличие регламентирующей нормативно-правовой базы и опыт его практического применения. Одной из ведущих проблем в процессе стратегического планирования является отсутствие сквозной методологии разработки, реализации, контроля и медико-социологического мониторинга стратегического развития отрасли, что затрудняет своевременное реагирование на события внешней и внутренней среды. Одним из способов получения оперативной информации от правосубъектов стратегического управления могут быть социологические методы сбора данных, позволяющие выявить их влияние не только на достижение показателей, но и работу на социально-ориентированный результат. Вместе с тем, большинство авторов не указывает в своих работах, каким образом будет осуществляться контроль за реализацией разработанных стратегических планов, а также не описан механизм оценки лицами, принимающими решения, эффективности указанных планов в условиях недостаточного использования обратной связи с субъектами стратегического планирования даже в среднесрочной перспективе.

В параграфе 1.4 «Актуальность медико-социологических исследований и их роль в совершенствовании стратегического планирования развития системы здравоохранения в Российской Федерации» показано, что в здравоохранении накоплен значительный объем несистематизированной социологической информации, требующий научного осмысления. Обобщенный анализ направлений и тематики медико-социологических исследований за последнее десятилетие свидетельствует о том, что социологические исследования в системе здравоохранения осуществляются на всех уровнях социально-экономической иерархии и затрагивают практически все аспекты её жизнедеятельности, при этом их эффективность возрастает при переводе их в разряд мониторинговых. Вместе с тем отсутствуют данные, свидетельствующие о применении социологического подхода для системного анализа стратегического развития регионального здравоохранения и тем более разработанной технологии медико-социологического мониторинга с использованием количественных и качественных методов исследования, которая позволяла бы сравнить результаты различных исследований в разных регионах России и проведение метаанализа.

Во второй главе «Методология диссертационного исследования» описаны теоретико-методологические основы, программа, этапы комплексного медико-социологического исследования и методы анализа эмпирических данных. При разработке программы комплексного диссертационного исследования, были использованы современные методы исследования (библиографический, социологический, аналитический, статистический, экономический анализ, математический и организационное моделирование), которые позволили получить необходимый объем репрезентативных данных и решить поставленные задачи (Таблицы 1 и 2).

Таблица 1 – Программа и методика диссертационного исследования

Цель исследования	научное обоснование концептуальной модели и апробирование технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения			
Задачи исследования	Изучить социально-экономические характеристики пациента (потребителя медицинских услуг) и его мнение о состоянии и проблемах регионального здравоохранения.	Сформировать социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования – лица, принимающего решения по практической реализации государственных региональных программ среднесрочного стратегического развития отрасли.	Выявить наиболее существенные для Московской области первоочередные направления по совершенствованию организации медицинской помощи для включения их в очередную среднесрочную стратегическую Программу развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг.	
Провести анализ научно-методологической основы стратегического управления здравоохранением за рубежом, в стране и регионах РФ.	Изучить мнение пациентов об образе «идеального врача», способствующего реализации потребностей и оптимальному уровню ожиданий потребителей медицинских услуг при обращении в государственную систему здравоохранения на территории субъекта РФ, а также потенциал её ресурсного обеспечения.	Изучить существенные характеристики архетипа здравоохранения административного образования субъекта РФ с целью и возможностью использования их в области разработки программного обеспечения для стратегического развития отрасли с учетом муниципальных особенностей.	С использованием социологического подхода изучить мнение пациентов и врачей-экспертов о состоянии специализированной медицинской службы и их предложений по её совершенствованию (по материалам региональной онкологической службы).	
Разработать концептуальную модель и апробировать на территории субъекта РФ технологию многоуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения.	Осуществить медико-социологическую оценку мнений пациентов об имиджевых характеристиках медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области.	С использованием социологического подхода, экспертных оценок оценить подпрограммы и мероприятия, способствующие оптимальному развитию системы территориального здравоохранения в период реализации текущих программ среднесрочного стратегического развития здравоохранения Подмосковья.	Изучить и предложить структуру экономических и социальных индикаторов для расчета интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения региона, необходимого для изучения его динамики.	
Разработать и апробировать медико-социологический инструментарий по проведению количественных и качественных исследований в системе территориального				
Основные методы	Социологический	Математический	Статистический	Аналитический
Объект, предмет исследования	Объект исследования – потребители медицинских услуг (пациенты, проживающие на территории Московской области); руководители медицинских организаций, расположенных на территории административных образований региона; эксперты, работающие в учреждениях здравоохранения, расположенных на территории административных образований субъекта РФ; пациенты с онкологическими заболеваниями; группы врачей-онкологов с различным профессиональным стажем; врачи-эксперты (областного уровня).			
Предмет исследования – социологическое осмысление среднесрочного стратегического развития регионального здравоохранения Московской области	<p style="text-align: center;">Регистрационные документы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Авторские анкеты для опроса пациентов системы здравоохранения Московской области (n=531) 2. Авторские анкеты для опроса руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административного образования Московской области, и их заместителей по медицинским вопросам (n=231) 3. Авторские анкеты для опроса пациентов медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области (n=398) 4. Авторские анкеты для опроса пациентов, получающих специализированную (онкологическую) помощь в медицинских организациях Московской области (n=369) 5. Стенограммы фокус-группового интервью врачей-онкологов, работающих в системе онкологической помощи Московской области (n1=9, n2=10) 6. Бланки формализованного экспертного интервью с экспертами областного уровня – руководителями областных головных учреждений Московской области (n=119) 			
Основные источники информации	<p style="text-align: center;">Источники литературы (n = 808)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Научная литература: монографии, диссертации, научные статьи 2. Нормативно-правовые документы 3. Официальные электронные ресурсы 4. Данные официальной статистики: Росстат, Минздрав РФ, ВОЗ, ЕМИАС 5. Данные ВЦИОМ 			

Таблица 2 – Этапы, методы, объемы и сроки диссертационного исследования

Этапы	Методы исследования и анализа данных	Информационные носители	Объемы исследования	Сроки
1. Аналитический обзор научных источников по вопросам стратегического планирования развития здравоохранения в отечественной и международной практиках; по методологическим проблемам реализации стратегических программ на разных уровнях социально-экономической иерархии	Библиографический Аналитический	Нормативно-правовые акты Российской Федерации и субъектов Российской Федерации	58	2015-2022 гг.
		Научные источники (статьи, руководства, монографии, диссертации, статистические справочники, аналитические отчеты), в том числе 245 – на иностранном языке	714	
		Официальные издания, материалы, доклады и информация, размещенная на официальных электронных ресурсах государственных ведомств и служб	36	
2. Историко-экономический анализ основных векторов финансового обеспечения системы здравоохранения Московской области за период с 2010 по 2021 гг.	Аналитический Экономический анализ Статистический	Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению (Форма № 62, годовая) по Московской области 2011-2021 гг.	11	2017-2022 гг.
		Статистические сборники Московской области по социально-экономическому положению 2011-2021 гг.	11	
		Отчеты об исполнении Программы госгарантий по оказанию бесплатной МП населению Московской области за период 2011-2021 гг.	10	
3. Формирование гипотезы и концептуальной модели организации медико-социологического мониторинга результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (пять уровней)	Аналитический Статистический Организационное моделирование Качественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Государственная программа МО «Здравоохранение Подмосковья» на период 2014-2020 годов»	1	2018-2022 гг.
		Государственная программа Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»	1	
		Формы Федерального статистического наблюдения (№ 12, № 30) РФ и Московской области за период 2016-2021 гг.	6	
		Отчеты государственной статистики по Московской области 2016-2021 гг.	6	
		Официальные издания государственных докладов о состоянии здоровья населения, изданные Министерством здравоохранения Московской области 2016-2021 гг.	6	
		Сводные информационные сборники ЕМИАС Московской области за 2016-2021 гг.	6	
4. Разработка программы, методики и инструментария, расчеты репрезентативных выборок по направлениям диссертационного исследования	Аналитический Статистический Математический Социологический	Научные источники (статьи, руководства, монографии, диссертации, статистические справочники, терминологические словари, аналитические отчеты), в том числе 245 – на иностранном языке	714	2016-2020 гг.
		Издания, материалы, доклады и информация, размещенная на официальных электронных ресурсах государственных ведомств и служб	36	
		Официальные статистические данные (Росстат, Минздрав России, Минздрав Московской области)	12	
		Данные российских аналитических и исследовательских центров (ВЦИОМ, ФОМ)	9	
		Нормативно-правовые акты Российской Федерации и субъектов Российской Федерации	58	

Продолжение Таблицы 2

Этапы	Методы исследования и обработки данных	Информационные носители	Объемы исследования	Сроки
5. Изучение социально-экономических характеристик пациентов (потребителей медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области и их мнений о состоянии и проблемах территориального здравоохранения (1 уровень МСМ)	Количественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки авторских анкет (70 вопросов), заполненных пациентами системы здравоохранения Московской области	531	2021-2022 гг.
6.1. Формирование социально-конструированного портрета руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, в которой предоставляется значительная часть всей МП на территории субъекта РФ (2 уровень МСМ)	Количественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки авторских анкет (59 вопросов), заполненных руководителями медицинских организаций, расположенных на территории административного образования Московской области, и их заместителей по медицинским вопросам	231	2020-2022 гг.
6.2. Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области (2 уровень МСМ)		Бланки авторских анкет (48 вопросов, пилотный проект в 2015-2016 гг.), заполненных пациентами медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области	398	
7. Экспертная оценка проблем и перспектив развития здравоохранения на территории административного образования Московской области (3 уровень МСМ)	Качественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки авторских анкет (59 вопросов), заполненных руководителями медицинских организаций, расположенных на территории административного образования Московской области, и их заместителей по медицинским вопросам	231	2020-2022 гг.
8.1. Медико-социологический анализ мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее оптимизации (4 уровень МСМ)	Количественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки авторских анкет (57 вопросов, пилотный проект в 2015-2016 гг.), заполненных пациентами, получающими специализированную (онкологическую) помощь в медицинских организациях Московской области	369	2019-2022 гг.
8.2. Экспертная оценка врачами-онкологами состояния онкологической службы региона и предложения по ее совершенствованию (4 уровень МСМ)		Стенограммы фокус-групп с врачами-онкологами, работающими в системе онкологической помощи Московской области	19 (2 группы)	2019-2022 гг.

Продолжение Таблицы 2

Этапы	Методы исследования и обработки данных	Объемы исследования и информационные носители	Объемы исследования	Сроки
9. Изучение мнения экспертов областного уровня о проблемах и дальнейшем развитии здравоохранения Московской области (5 уровень МСМ)	Качественный социологический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Бланки формализованного (стандартизированного) экспертного интервью (54 вопроса), заполненные экспертами областного уровня – руководителями областных головных учреждений Московской области	119	2021-2022 г.г.
10. Формирование на основе медико-статистической, медико-социологической информации и экспертных оценок архетипа медицинской организации, расположенной на территории муниципального образования	Аналитический Социологический Математический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Формы Федерального статистического наблюдения (№12, №30) Российской Федерации и Московской области за 2016-2021 гг.	6	2016-2023 гг.
		Отчеты государственной статистики по Московской области за 2016-2021 гг.	6	
		Бланки авторских анкет (48 вопросов, пилотный проект в 2015-2016 гг.), заполненных пациентами медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области	398	
		Бланки формализованного экспертного интервью (54 вопроса), заполненные экспертами областного уровня – руководителями областных головных учреждений	119	
11. Формирование интегрированного Индекса результатов стратегического развития территориального здравоохранения по данным медико-социологического мониторинга	Аналитический Социологический Математический Статистический (программная обработка данных SPSS Statistic)	Государственная программа МО «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»	1	2016-2023 гг.
		Формы Федерального статистического наблюдения по РФ и по МО за период 2016-2021 гг. (форма № 62)	6	
		Отчеты государственной статистики по Московской области за 2016-2021 гг.	6	
		Официальные издания государственных докладов о состоянии здоровья населения, изданные Министерством здравоохранения МО за 2016-2021 гг.	6	
		Законы РФ об исполнении бюджета ФФОМС и ТФОМС за 2016-2021 гг.	6	
		Бланки авторских анкет (59 вопросов), заполненных руководителями медицинских организаций, расположенных на территории административного образования Московской области, их заместителям по медицинским вопросам	231	
		Бланки авторских анкет (70 вопросов), заполненных пациентами системы здравоохранения Московской области	531	
12. Разработка научно-обоснованных рекомендаций по применению медико-социологического мониторинга результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения	Аналитический	Статьи, монографии, руководства, учебно-методические пособия, учебники, опубликованные по собственным данным проведенных исследований и их анализа; акты о внедрении результатов диссертации в практическую деятельность		2022-2023 гг.

Третья глава «Современное состояние и социально-экономические особенности субъекта Российской Федерации как основа для стратегического планирования его развития» посвящена аналитическому описанию социально-экономических, административно-территориальных, демографических особенностей Московской области, характеристики системы регионального здравоохранения.

В параграфе 3.1 «Социально-экономические особенности Московской области» отражено, что при изучении региональных статистических показателей за период 2021-2023 гг. наблюдается положительная динамика развития экономики и социальной сферы Московской области, а дальнейшее восстановление отраслей экономики будет сопровождаться фактически складывающейся эпидемиологической ситуацией, влиянием геополитических факторов, инфляционными ожиданиями и структурной перестройкой экономической сферы, что потребует корректировки в территориальных стратегических планах развития для обеспечения выхода в среднесрочной перспективе экономики Московской области на траекторию дальнейшего устойчивого социально-экономического развития региона.

В параграфе 3.2 «Характеристика системы здравоохранения Московской области» представлена структура эффективной системы организации и финансирования медицинской помощи, которые позволили области войти в число 25 субъектов России, где финансирование региональной Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи осуществляется в полном объеме, для чего выделяются значительные бюджетные средства. Показано, что для дальнейшего развития современной системы охраны здоровья, управляемой в соответствии с мировыми стандартами разработана и утверждена государственная стратегическая среднесрочная программа Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.», в которой детально разработаны мероприятия по развитию системы обеспечения качества медицинской помощи, но не предусмотрена обратная связь с потребителем медицинских услуг, который является центральным звеном в системе здравоохранения. В условиях стратегической парадигмы дальнейшего развития здравоохранения, основанной на пациентоцентризме, оценка пациентами качества предоставленной медицинской помощи и других услуг, использование технологий медико-социологического мониторинга представляется крайне важной мерой, позволяющей оценить стратегическое развитие регионального здравоохранения.

Параграф 3.3 «Историко-экономический анализ основных векторов финансового обеспечения системы здравоохранения Московской области за период 2010–2021 гг.» посвящен аналитике кардинальных изменений в финансировании национального здравоохранения и их сопряжению с региональными особенностями: территориальное расположение; структура и управление лечебной сетью; региональные медико-экономические стандарты и способы оплаты медицинской помощи; виды медицинской помощи, оказываемые сверх базовой Программы ОМС. Отмечено, что при наличии в каждом субъекте РФ программ стратегического развития здравоохранения эффективность их реализации остается по разным причинам не на должном уровне, вследствие чего, актуальным является использование технологии медико-социологического мониторинга. Автором предложен организационный механизм структурно-функционального взаимодействия в ходе реализации стратегической Государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.» (Рисунок 1).

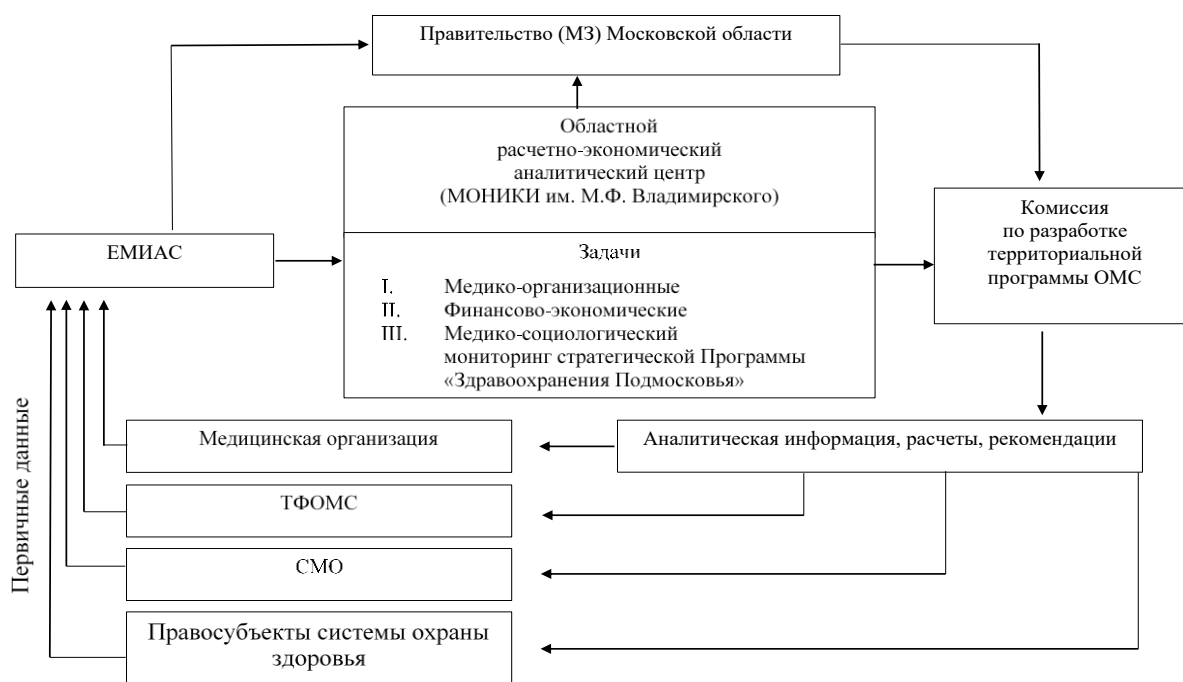


Рисунок 1 – Структурно-функциональное взаимодействие в ходе реализации стратегической Государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 годы

В четвертой главе «Анализ исполнения стратегической программы субъекта Российской Федерации в области здравоохранения и использование технологии медико-социологического мониторинга для её совершенствования» реализован детальный анализ составления среднесрочной стратегической программы развития регионального здравоохранения, её целей и задач, структурных составляющих (параграф 4.1 «Стратегическое планирование развития региональной системы здравоохранения в государственной программе Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов»), а также интерпретации результатов медико-социологического мониторинга соответствующих уровней.

В параграфе 4.2 «Социально-экономическая характеристика пациента (потребителя медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области» изложены результаты медико-социологического исследования (анкетного опроса пациентов, $n=531$), позволившие получить данные о ключевых социально-экономических характеристиках типичного потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области (Вывод № 10).

В параграфе 4.2.1 «Социально-конструируемый портрет потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области и восприятие пациентами состояния и проблем территориального здравоохранения» отмечено, что пациенты ($n=531$), как потребители медицинских услуг, оценили функционирование системы здравоохранения Московского региона достаточно высоко (описали его состояние как «хорошее» и «удовлетворительное» совокупно $63,3\pm 2,6\%$ респондентов), при этом $42,6\pm 2,1\%$ опрошенных пациентов считают «удовлетворительным» качество оказанной им медицинской помощи, а каждый третий уверен, что услуги медицинской организации были оказаны на высоком уровне и заслуживают оценки «хорошо» ($27,7\pm 1,9\%$) и «отлично» ($5,9\pm 1,0\%$).

В параграфе 4.2.2 «Мнение пациентов (потребителей медицинских услуг) о состоянии и проблемах территориального здравоохранения» отражены результаты опроса пациентов ($n=531$),

большинство которых ($59,2\pm 2,1\%$) считают, что медицинская помощь должна оказываться населению на бесплатной основе, и при предоставлении медицинской помощи за счет средств ОМС пациенты ожидают получить качество услуги, аналогичное платной. Основными факторами неудовлетворённости пациентов деятельностью медицинских учреждений остаются проблемы в организации приема пациентов ($38,8\pm 2,1\%$), отсутствие (нехватка) необходимого оборудования для диагностики и лечения ($33,7\pm 2,1\%$), невнимательное отношение со стороны медицинского персонала ($26,7\pm 1,9\%$), недостатки в организации работы медицинской организации в целом ($26,0\pm 1,9\%$), не оптимальное качество медицинского оборудования ($24,1\pm 1,9\%$) и, по их мнению, уровень квалификации врачей ($21,8\pm 1,8\%$). Согласно представлениям респондентов (**параграф 4.2.3 «Образ «идеального» врача»**, $n=531$), «идеальный врач» в Московском регионе – это женщина ($51,8\%$) среднего возраста (медиана – 43 года), отличающаяся высоким уровнем профессиональных компетенций ($48,6\%$), но не имеющая ученой степени ($78,3\%$), проявляющая эмпатию ($35,2\%$) и внимание к пациенту ($26,7\%$). Вероисповедание идеального врача для $86,3\%$ опрошенных не имеет значения.

В параграфе 4.3 «Мнение экспертов о деятельности и перспективах развития здравоохранения на территории административного образования Московской области» показано, что при получении обобщенных данных мониторинга региональная политика в области здравоохранения может быть скорректирована таким образом, чтобы различные социальные слои населения получили доступ в полном объеме к необходимой им помощи. Руководители ($n=231$) медицинских организаций, расположенных на территории административных образований региона, оценили уровень влияния реализуемых стратегических программ развития системы здравоохранения области выше удовлетворительного (среднее значение 3,2 балла). При этом распределение оценок смещено в сторону больших значений (совокупно $46,1\%$ составляет оценка 4 и 5 баллов), что служит основанием для вывода о скорее положительном влиянии стратегических среднесрочных программ на деятельность медицинских организаций Московского региона.

Более четверти участников опроса максимально положительно (5 баллов) оценили влияние на стратегическое развитие здравоохранения Московского региона внедрение современных медицинских технологий ($25,1\%$) и высокотехнологичной медицинской помощи ($23,2\%$), развитие детского здравоохранения ($21,1\%$) и борьбу с онкологическими заболеваниями ($19,8\%$). Для подготовки очередного среднесрочного стратегического плана развития здравоохранения Московской области на 2025-2030 гг. в современных социально-экономических условиях были оценены первоочередные мероприятия (по 5-балльной шкале, средний балл): развитие службы детства и родовспоможения (4,2 балла); совершенствование специализированной медпомощи, в том числе и больным с сосудистой патологией (4,1 балла); расширение медицинской реабилитации и паллиативной медпомощи (4,0 балла); оптимизация первичной медико-санитарной помощи (4,0 балла); укрепление материальных, финансовых и кадровых ресурсов (4,0 балла); увеличение объема услуг по профилактике заболеваний (4,0 балла); дальнейшая реорганизация службы скорой медицинской помощи (3,8 балла); оптимизация стационарной медпомощи (3,5 балла).

Три четверти руководителей медицинских организаций достаточно благоприятно оценили деятельность системы здравоохранения на территории административных образований Московской области в части качества оказания медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям (средний балл – 3,8); качество оказания специализированной медицинской помощи населению

(средний балл – 3,5); доступность оказания специализированной помощи населению (средний балл – 3,3), а также качество медицинской реабилитации (средний балл – 3,3), что объяснимо связано с дополнительным финансированием этих направлений в рамках реализации среднесрочных государственных стратегических программ Московской области.

Руководители медицинских организаций, расположенных на территории административных образований, оценивают текущее состояние системы здравоохранения Московской области, в целом, выше удовлетворительной оценки (3,1 балла), что указывает на наличие ряда устойчивых проблем, требующих тактического и стратегического решений. Прежде всего, это ограниченные возможности привлечения внебюджетных источников финансирования (2,9 балла) и проблемы финансового обеспечения (3,1 балла), состояние основных фондов (состояние зданий, изношенность медицинского оборудования) (3,1 балла), обеспеченность медицинскими кадрами (3,1 балла), качество оказания некоторых медицинских услуг (диапазон средних значений от 2,9 до 3,8 баллов). Учитывая, что указанные направления составляют фундаментальную основу организации предоставления медицинской помощи надлежащего качества, требуется привлечение к ним внимания при разработке очередной среднесрочной стратегической Программы развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг. с учетом особенностей муниципального уровня.

В параграфе 4.4 «Мнение экспертов областного уровня о проблемах и стратегическом развитии здравоохранения Московской области» изложен анализ мнений областных экспертов (n=119) о значимости существенных проблем системы здравоохранения Московской области, не нашедших окончательного решения в предыдущие годы, и который подтвердил, что несмотря на реализованные за последние годы меры, ряд проблем носят устойчивый характер – прежде всего, это: качество медицинской помощи детям и беременным женщинам (23,7%); подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом (22,8%); подготовка и обеспечение врачами (22,7%); доступность и состояние паллиативной медицинской помощи (21,1%); обеспеченность современным медицинским оборудованием (21,0%); доступность и качество оказания специализированной медицинской помощи населению (20,9%); совершенствование амбулаторно-поликлинического звена (20,5%); доступность и качество медицинской реабилитации (20,2%).

В ходе систематизации по степени актуальности основных направлений стратегического развития отрасли в регионе, в соответствии с мнением областных экспертов, в очередной среднесрочный стратегический план развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг. следует включить следующие первоочередные мероприятия: подготовка и обеспечение врачами (4,5 балла); подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом (4,4 балла); совершенствование системы оплаты медицинских услуг, обеспечение полноты и своевременности финансового обеспечения (4,4 балла); укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения с целью выполнения утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи (4,4 балла); создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской области (4,3 балла); развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи (4,3 балла); дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий (4,3 балла); обеспечение охвата всех

граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год (4,3 балла); развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей (4,3 балла); модернизация медицинского оборудования в соответствии с потребностями населения в медицинских услугах (4,2 балла); обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик (4,1 балла); развитие первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских поликлиник и детских поликлинических отделений; завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения (4,1 балла).

Для принятия управленческих решений при формировании стратегического плана развития территориального здравоохранения необходимо учитывать муниципальные особенности административных образований области. С этой целью предложено изучение архетипа (характеристик) здравоохранения административных образований субъекта РФ – то есть систематизированной его модели, представленной с помощью формализованных актуальных показателей, выявленных в ходе экспертной оценки, с возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического планирования развития отрасли с учетом муниципальных особенностей. Корреляционный анализ показал, что архетип здравоохранения административного образования Московского региона зависит в том числе: от количества проживающих в нем женщин фертильного возраста и, соответственно, удельного веса детского населения ($r=0,82$ при $p<0,05$), а также удельного веса лиц старшего возраста ($r=0,80$ при $p<0,05$). Указанные связи определяются необходимостью поддержки старшего поколения, семей с маленькими детьми и, возможно, указывают на сохранение устойчивых семейных межпоколенческих отношений в Московском регионе. Использование указанных особенностей социального пространства изучаемой территории для составления архетипа здравоохранения административного образования определяется также уровнем обращения указанных когорт населения за медицинской помощью и развитием соответствующей инфраструктуры здравоохранения. Это, в свою очередь, подтверждается данными о высокой силе связи показателя обеспеченности медицинских организаций врачами и обеспеченности стационарными койками ($r=0,85$ при $p<0,05$). Это также объясняет выявленную высокую силу связей между показателями плотности населения и количеством проживающих женщин фертильного возраста ($r\geq 0,72$ при $p<0,05$), общей заболеваемости населения с удельным весом групп детского населения и граждан пенсионного возраста ($r\geq 0,7$ при $p<0,05$), обеспеченности врачами и объемом коечного фонда в стационарах ($r\geq 0,85$ при $p<0,05$) и дневных стационарах ($r\geq 0,73$ при $p<0,05$), финансового обеспечения системы здравоохранения на территории административного образования Московского региона ($r\geq 0,76$ при $p<0,05$), а также мощности амбулаторно-поликлинического звена и показателей посещаемости пациентами АПУ ($r\geq 0,76$ при $p<0,05$).

Таким образом, областные эксперты оценили наиболее значимые параметры архетипа (характеристик) здравоохранения административного образования Московской области и уровень их актуальности, которые необходимы для принятия управленческих решений при стратегическом планировании развития здравоохранения на среднесрочный период, с учетом муниципальных особенностей: обеспеченность врачами (4,3 балла); обеспеченность стационарными койками (4,3 балла); общая заболеваемость населения административного образования (4,2 балла); финансовое

обеспечение здравоохранения административного образования в год (бюджет; ОМС; платные МУ – 4,2 балла); уровень госпитализации в стационары, расположенные на территории административного образования (4,1 балла); удельный вес детского населения (4,1 балла); посещаемость амбулаторно-поликлинических медорганизаций (4,1 балла); удельный вес лиц старше трудоспособного возраста (4,1 балла); мощность амбулаторно-поликлинического звена (количество посещений в смену – 4,1 балла); уровень госпитализации в стационары за пределами административного образования (4,1 балла); плотность населения административного образования Подмосковья (коэффициент расселения) (4,0 балла); подушевое финансирование на 1 жителя административного образования (4,0 балла); экспертная оценка здравоохранения административного образования (4,0 балла); обращаемость населения в областные МО (4,0 балла); койки в дневных стационарах (4,0 балла); удельный вес женщин фертильного возраста (4,0 балла).

В параграфе 4.5 «Формирование интегрированного Индекса стратегического развития регионального здравоохранения по данным медико-социологического мониторинга» изложено, что регионы России располагают разными социально-экономическими ресурсами, что требует разработки для каждого региона своей стратегии развития здравоохранения, учитывающей потребности разных социальных групп, соответственно, и методы оценки результатов реализации стратегических задач должны учитывать не только экономические изменения, но и социальные компоненты, которые актуализируют взаимосвязь процессов реализации стратегических планов с социальными ожиданиями и социальными практиками различных социальных групп населения.

При таком подходе будет исключена возможность не увидеть напряжение в социальном пространстве региона, когда реально получаемые потребителями услуги здравоохранения не совпадают с их социальными ожиданиями в случае снижения уровня удовлетворенности медицинской помощью. Вследствие этого, наряду с оценкой экономических затрат на реализацию региональных стратегических планов развития отрасли, весьма существенным представляется оценка динамики социальных индикаторов в субъекте РФ, по совокупности которых предложено рассчитывать интегрированный индекс стратегического развития территориального здравоохранения. Диссертантом представлена концептуальная основа формирования интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения в субъекте РФ (Таблица 3).

Таблица 3 – Концептуальная основа формирования интегрированного индекса стратегического развития здравоохранения в субъекте РФ

Социокультурные и экономические факторы (маркеры реализации стратегических планов в региональном здравоохранении)	Данные медико-социологического мониторинга и других источников	Социальные и экономические индикаторы (формализация факторов и мнений респондентов)
Состояние и обеспечение регионального здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> - Данные социально-экономической и медицинской статистики; - ЕМИАС Московской области. 	<ul style="list-style-type: none"> - Доля добавленной стоимости услуг здравоохранения в ВРП Московской области (в %); - Затраты на развитие МТО в расходах на здравоохранение; - Уровень госпитализации (на 100 чел. населения); - Средняя длительность лечения в стационаре.

Продолжение Таблицы 3

Социокультурные и экономические факторы (маркеры реализации стратегических планов в региональном здравоохранении)	Данные медико-социологического мониторинга и других источников	Социальные и экономические индикаторы (формализация факторов и мнений респондентов)
Социально-профессиональная структура системы здравоохранения	- Социально-конструированный портрет руководителя Московской области; - Данные МСМ и областной статистики.	- Доля занятых в здравоохранении в общей занятости (в %); - Число врачей на 10.000 чел. населения.
Социальное самочувствие и ценностные ориентации населения в сфере охраны здоровья (удовлетворенность услугами здравоохранения и доверие к его субъектам, ценность ЗОЖ и самосохранительное поведение)	- Социально-конструированный портрет потребителя медицинских услуг; - ЕМИАС Московской области.	- Ожидаемая продолжительность жизни; - Смертность населения в трудоспособном возрасте на 100.000 чел. населения.
Материальный уровень жизни и дифференциация потребителей МУ (уровень доходов, самооценка своего уровня жизни и качества МП)	- Социально-конструированный портрет потребителя медицинских услуг; - Данные социально-экономической статистики; - ЕМИАС Московской области.	- ВРП на душу населения; - Удовлетворенность МП; - Количество обоснованных жалоб.

Эмпирическим путем, а также в ходе контент-анализа релевантных научных источников, данных социально-экономической статистики по Российской Федерации и Московской области, после завершения комплекса количественных и качественных медико-социологических исследований, нами было предложено использовать в системном виде четыре экономических индикатора, характеризующих состояние системы здравоохранения: валовый региональный продукт (на душу населения) в тысячах рублей; показатель доли добавленной стоимости услуг системы здравоохранения в валовом региональном продукте (в %); доля занятых в здравоохранении в общей занятости населения в субъекте Российской Федерации (в %); затраты на развитие материально-технического обеспечения в общих расходах на здравоохранение (в млрд рублей). Аналогичные показатели для расчетов использовались и по Российской Федерации, что позволяет соотносить состояние экономической основы регионального здравоохранения с общероссийскими данными и использовать данную методику и в других субъектах страны. По этим экономическим индикаторам (субъект и аналогичные данные по Российской Федерации) высчитывался средний экономический индекс, начиная с 2016 года, по следующей формуле:

$$ИЕМ = \frac{I_{e1} + \dots + I_{en}}{n}, \text{ где } n - \text{ число экономических индикаторов.}$$

Также было предложено использовать семь социальных индикаторов, характеризующих, в том числе, отношение пациентов к системе здравоохранения в целом: число врачей на 10 000 человек населения; ожидаемая продолжительность жизни (лет); удовлетворенность пациентов медицинской помощью (% от числа опрошенных); смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 000 человек населения); количество обоснованных жалоб; средняя длительность лечения в стационаре (койко-дни); уровень госпитализации населения (на 100 человек). Аналогичные показатели собирались в целом по Российской Федерации, что позволяет соотносить состояние социальной

основы регионального здравоохранения с общероссийскими данными и использовать данную методику и в других регионах (субъектах) страны. По социальным индикаторам (субъект и аналогичные данные по Российской Федерации) высчитывался средний социальный индекс, начиная с 2016 года, по следующей формуле:

$$ISM = \frac{I_{s1} + \dots + I_{sn}}{n}, \text{ где } n - \text{число социальных индикаторов.}$$

После расчета средних экономического и социального индексов вычислялся интегрированный индекс по следующей формуле:

$$I_{int} [N\text{год}] = \frac{IEM + ISM}{2}$$

Медико-социологический мониторинг стратегического развития здравоохранения, осуществляемый на пяти уровнях, с последующим расчетом интегрированного индекса по итогам календарного года, а также за каждый среднесрочный период позволяет оценить эту динамику и выбрать векторы будущего развития отрасли. Предложена более чувствительная интерпретация стратегического развития отрасли, с учетом взаимосвязанных экономических и социальных индикаторов, с градацией получаемых данных по 5 уровням в следующих диапазонах: первый уровень – 0,9–1,0 «отличный»; второй уровень – 0,8–0,89 «очень хороший»; третий уровень – 0,7–0,79 «хороший»; четвертый уровень – 0,6–0,69 «удовлетворительный»; пятый уровень – менее 0,59 «неэффективный».

Пятая глава «Медико-социологическое обеспечение стратегического развития на уровне медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области» посвящена анализу работы типичной медицинской организации региона, в том числе и в период эпидемии новой коронавирусной инфекции, а также рассмотрению результатов медико-социологического мониторинга соответствующего уровня.

В параграфе 5.1 «Медико-организационные особенности деятельности медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области» показано, что несмотря на сложные санитарно-эпидемиологические условия, связанные с работой в условиях пандемии, деятельность медицинских организаций и их подразделений по реализации государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.» на территории административных образований региона продолжалась: создавались и распространялись новые модели медицинской организации проекта «Бережливая поликлиника»; активизировалась автоматизация основных задач в медицинской организации, внедрялись цифровые технологии. При этом необходимо подчеркнуть, что в 2019 году вообще не использовались телемедицинские технологии и их внедрение стало возможным вследствие реализации соответствующей стратегической программы. Пандемия, как фактор, влияющий на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации (с профилактической и иными целями) оказал значительное влияние на заболеваемость взрослого населения (взрослые 18 лет и более) и особенно в группе населения старше трудоспособного возраста, которая находилась на самоизоляции и карантине по месту жительства; увеличил финансовую нагрузку на бюджет медицинской организации (в части предоставления стационарной медпомощи).

В параграфе 5.2 «Социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской

области» (n=231) показано, что процесс реализации региональных стратегических программ развития здравоохранения начинается, прежде всего, в медицинских организациях административных образований региона, в которых предоставляется значительный объём медицинской помощи жителям Подмосковья и вследствие этого был изучен социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, **представленный в выводе № 16.**

В параграфе 5.3 «Медико-социологическая оценка имиджевых характеристик медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области» показано, что одной из главных составляющих имиджа медицинской организации является удовлетворенность пациентов медицинской помощью и поэтому, в настоящее время медицинские организации должны уделять особое внимание обеспечению доступности и качества медицинских услуг как основному индикатору эффективности их деятельности. Организация медико-социологического мониторинга мнений потребителей медицинских услуг по оценке имиджа медицинской организации, может рассматриваться в настоящее время как одно из условий повышения эффективности её деятельности. Большинство респондентов (n=398) согласились, что за последнее годы методы диагностики заболеваний стали более совершенными (78,5±2,2%), произошло внедрение в практику более современных лекарственных препаратов с комфортными схемами приема (65,9±2,5), улучшились взаимоотношения в связке «врач (медицинский персонал) – пациент» (69,6±2,4), а 62,3±2,6% отметили, что у них повысился уровень удовлетворенности результатами лечения.

Большинство респондентов, проходящих лечение в стационаре, удовлетворены: доступностью справочной информации по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации (74,7±2,6%), транспортной доступностью стационара (71,6±2,7%), режимом работы (73,3±2,7%), сроками ожидания госпитализации (62,2±2,9%), работой приемного отделения (58,1±3,0%), техническим состоянием, ремонтом помещений, площадью помещений (59,4±3,0%), комфортностью палаты (56,3±3,0%), количеством пациентов, размещаемых в палате (56,0±3,0%), комфортностью помещений (холл, коридор, туалет и др.) (58,5±3,0%), чистотой, санитарно-гигиеническими условиями (62,4±2,9%), питанием (55,7±2,9%), комплексом предоставляемых медицинских услуг (69,3±2,8%), использованием инновационных способов и методов лечения (66,8±2,9%), оснащённостью современным медицинским оборудованием (68,1±2,8%), обеспеченностью медикаментами и материалами медицинского назначения (64,8±2,9%), компетентными врачами (71,0±2,8%), средним (67,9±2,9%) и младшим медицинским персоналом (71,3±2,8%), частотой проведения врачебных обходов (71,3±2,8%), работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет) (72,4±2,8%), возможностью обращения к администрации медицинской организации с жалобами и предложениями (71,4±2,8%), результатами обследования, лечения, реабилитации и профилактики (75,3±2,7%).

Существенная часть респондентов также удовлетворены предоставленной амбулаторной помощью: доступностью справочной информации: по телефону, электронной почте, на сайте медицинской организации (72,3±3,3%), транспортной доступностью поликлиники (66,3±3,5%), режимом работы (69,3±3,4%), работой регистратуры (64,8±3,6%), организацией записи на прием к врачу (64,5±3,6%), техническим состоянием, ремонтом помещений, площадью помещений

(64,0±3,6%), чистотой и санитарно-гигиеническими условиями (67,2±3,5%), комфортностью помещений (холл, коридор, туалет и др.) (62,6±3,6%), комплексом предоставляемых диагностических, лабораторных и медицинских услуг (67,2±3,5%), временем ожидания приема врача перед кабинетом (61,1±3,6%), сроками ожидания приема врача с момента записи (60,1±3,6%), диагностических услуг с момента записи (УЗИ, КТ) (62,9±3,6%), лабораторных услуг с момента записи (66,7±3,5%), других медицинских услуг с момента записи (ЛФК, физиотерапия) (66,1±3,5%), использованием инновационных способов и методов лечения (65,2±3,5%), оснащенностью современным медицинским оборудованием (66,4±3,5%), обеспеченностью медикаментами и материалами медицинского назначения (66,1±3,5%), врачами-терапевтами (64,3±3,6%), врачами-специалистами (69,1±3,4%), средним медицинским персоналом (71,1±3,4%), возможностью обращения к администрации (жалобы и предложения) (65,5±3,5%), результатами обследования, лечения, реабилитации и профилактики (71,5±3,4%).

Шестая глава «Программно-целевое планирование развития онкологической службы в системе регионального здравоохранения и медико-социологический мониторинг его динамики» посвящена детальному анализу среднесрочного планирования развития на примере онкологической службы, предложенной экспертами, и результатов соответствующего уровня медико-социологического мониторинга.

В параграфе 6.1 «Этапы становления и стратегическое планирование развития онкологической службы в региональной государственной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями» на период 2019-2024 годов» показано, что, исходя из её миссии, цели и задач были структурированы программные мероприятия по их реализации, включающие в себя: комплекс мер по развитию первичной профилактики онкозаболеваний (базовая основа); комплекс мер по оптимизации вторичной профилактики; совершенствование первичной специализированной помощи; совершенствование стационарной специализированной помощи и внедрение ВМТ, развитие ГЧП; формирование цифрового контура и совершенствование организационно-методического обеспечения, развитие кадрового потенциала; третичная профилактика; развитие системы паллиативной помощи; медико-социологический мониторинг стратегического развития онкологической службы в регионе. Системные мероприятия по реализации программных задач стали основой для разработки социологического инструментария и апробации технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития онкологической службы, как составной части государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.».

В параграфе 6.2 «Медико-социологическая оценка мнений пациентов о состоянии онкологической службы региона и предложений по ее совершенствованию» отмечено, что пациенты с онкологическими заболеваниями, проходящие длительное лечение и медицинскую реабилитацию, являются группой респондентов, которые на основе эмпирического опыта многолетнего общения с системой регионального здравоохранения могут высказать свое обобщенное мнение об удовлетворенности онкологической помощью, предоставляемой в медицинских организациях Московской области. Вследствие этого формирование социального портрета пациента с онкологическим заболеванием, его поведенческих особенностей, может способствовать оптимизации мер, направленных на раннюю профилактику злокачественных

новообразований, повышению комплаентности пациентов в процессе лечения. По данным исследования сконструирован социальный портрет типичного пациента Московского региона, имеющего онкологическое заболевание (вывод № 23).

Детализация распределения мнений респондентов ($n=369$) по баллам отражает, преимущественно, высокий уровень удовлетворённости пациентов качеством онкологической помощи – на это указывает выбор респондентами варианта «4 балла» и «5 баллов» при оценивании. При этом наиболее высоко респонденты оценили качество стационарной онкологической помощи (средний балл - 4,4, медиана – 5 баллов), а наиболее низкий средний балл (3,9) по их субъективному мнению отмечен в разделе мер по профилактике онкологических заболеваний. Анализ предложений респондентов по совершенствованию онкологической помощи в Московской области, в рамках составления дальнейших планов стратегического развития этой службы, показал, что внимание пациентов сфокусировано, прежде всего, на оптимальную организацию лечебно-диагностического процесса: сокращение сроков диагностики и ожидания приема врача, улучшение маршрутизации и выработки единых алгоритмов ведения пациентов в разных медицинских организациях региона, своевременное эффективное лекарственное обеспечение, решение проблемы дефицита кадров онкологической службы, укрепление материально-технической базы онкологических клиник, расширение практики электронного документооборота для оптимизации сроков получения пациентами медицинской помощи. Кроме того, респонденты отметили, что и в будущем нуждаются в более внимательном и сочувственном отношении со стороны врачей и среднего медицинского персонала, что соответствует сформировавшемуся на современном этапе развития российского социума социальному запросу на укрепление гуманистической составляющей медицины. По мнению участников опроса, важной составляющей профилактической работы в системе здравоохранения региона, является повышение уровня информированности населения о ранних признаках онкологического заболевания, факторах риска их возникновения, мерах предотвращающих процесс малигнизации, что безусловно указывает на необходимость усиления этого направления работы с населением с использованием всех доступных на сегодняшний день средств, в том числе потенциала цифровых технологий и возможностей социальных сетей. Таким образом, в ходе исследования отмечен высокий уровень удовлетворенности пациентов деятельностью онкологической службы Московского региона в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019–2024 гг.».

В параграфе 6.3 «Результаты фокус-группового исследования состояния онкологической службы в условиях реализации региональной государственной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» изложены результаты фокус-группового исследования ($n_1=9$, $n_2=10$), которое показало, что уровень информированности врачей-онкологов о региональной Программе, направленной на борьбу с онкологическими заболеваниями, во многом определяется стажем работы и занимаемой должностью (что может быть связано также с особенностями административной работы): респонденты со стажем работы более 10 лет, в целом, были более информированы о действующей Программе, нежели врачи-онкологи со стажем работы менее пяти лет. Среди наиболее значимых результатов реализации стратегической региональной Программы по борьбе с онкопатологией респонденты выделили: оптимизацию структуры онкологической службы региона и выстраивание системы взаимодействия между всеми

уровнями оказания онкологической помощи населению; открытие референс-центров; укрепление технологического парка и обеспечение новым диагностическим оборудованием; реализация программ обучения медперсонала работе с новым оборудованием; повсеместный переход на электронный документооборот; информатизация и внедрение цифровых технологий, в том числе и телемедицины; оптимизация лекарственного обеспечения; внедрение современных методов диагностики. По мнению участников исследования вышеперечисленные аспекты способствовали формированию устойчивой тенденции по сокращению сроков диагностического обследования до постановки диагноза и начала лечения, а также повышения показателей выявляемости онкологических заболеваний на ранних стадиях, уменьшения одногодичной летальности и увеличения сроков выживаемости пациентов более пяти лет при некоторых нозологиях. Возможность обращения в референс-центры и получения «второго» мнения в сложных ситуациях для выработки оптимальных схем лечения, респонденты оценили как одно из направлений, способствующих оптимальному развитию онкологической помощи, и предложили включить расширение сети референс-центров в дальнейшее среднесрочное стратегическое планирование развития онкологической службы в регионе на 2025-2030 гг.

Герменевтический анализ массива мнений позволил выделить и детализировать ключевые проблемы онкологической службы региона, основными из которых стали недостаточная кадровая обеспеченность онкологической службы; стресс и профессиональное выгорание у врачей онкологической службы; недостаточный уровень правовой защиты врачей-онкологов; «лоскутная» цифровизация региональной системы онкологической помощи; низкий уровень информированности и медицинской грамотности населения по вопросам онкопатологии; слабая онкологическая настороженность и недостаточный уровень знаний врачей первичного звена о ранних симптомах онкологических заболеваний; недостаточно внимательное отношение специалистов первичного звена здравоохранения к пациентам группы онкологического риска; недостаток устойчивых алгоритмов маршрутизации пациентов на различных этапах лечебно-диагностического процесса; неравномерность распределения квот на диагностические обследования в системе онкологической помощи; аспекты доступности онкологической помощи для населения; влияние современных социально-экономических условий на лекарственное обеспечение и сложности закупки медикаментов для онкологической службы. По мнению экспертов фокус-групп в настоящее время существует ряд проблем в деятельности региональной онкослужбы, которые могут повлиять на реализацию мероприятий по стратегическому её развитию: дефицит кадров, связанный с оттоком специалистов в частную медицину, стресс и профессиональное выгорание врачей-онкологов, высокий уровень нагрузки и недостаточная правовая защищенность медицинского персонала.

Пандемия новой коронавирусной инфекции несмотря на свою отрицательную роль тем не менее, стала драйвером развития территориальной системы здравоохранения, в том числе и онкологической службы. Респонденты также отметили, что имеющийся кадровый дефицит в системе здравоохранения в условиях пандемии (с учетом резкого роста числа заболевших коронавирусной инфекцией, включая врачей) оказал значительное отрицательное влияние, при этом была отмечена тенденция ухода из профессии части медицинских работников. Вместе с тем, особые эпидемиологические условия, по мнению ряда врачей-онкологов, работающих по специальности более 10 лет, во многом способствовали переоценке жизненных ценностей, как у пациентов, так и у

медицинского персонала. Работа в экстремальных условиях «красной зоны» стала катализатором сплоченности в медицинском коллективе. Внедрение в повседневную практику дистанционных цифровых технологий обеспечило расширение возможностей обучения, обмена мнениями между профессионалами, участия врачей-онкологов в научно-практических конференциях, что стало одним из востребованных форматов непрерывного медицинского образования в современных условиях.

В заключении подводятся итоги исследования, которые позволили предложить апробированную на территории Московского региона концептуальную модель организации медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения (Рисунок 2), в качестве дополнительного инструмента управления с целью повышения социальной эффективности деятельности отрасли.

Медико-социологический мониторинг стратегического развития регионального здравоохранения – это:

- технология по обеспечению органов управления актуальными данными о социальных процессах в системе здравоохранения, происходящих в ходе реализации государственной стратегической программы развития здравоохранения Московской области;
- механизм определения причинно-следственных связей между мнениями потребителей медицинских услуг об удовлетворенности и качестве медицинской помощи, врачей-профессионалов, экспертов (муниципального и областного уровней), а также менеджеров и других правосубъектов системы здравоохранения на основе принципа обратной связи, осуществляемый на пяти уровнях.

Одним из ключевых концептуальных положений медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения является принцип отказа от глобальных преобразований базы медицинской статистики и финансово-экономических показателей, но с рекомендуемым её дополнением медико-социологическими данными, характеризующими социальную эффективность деятельности отрасли.

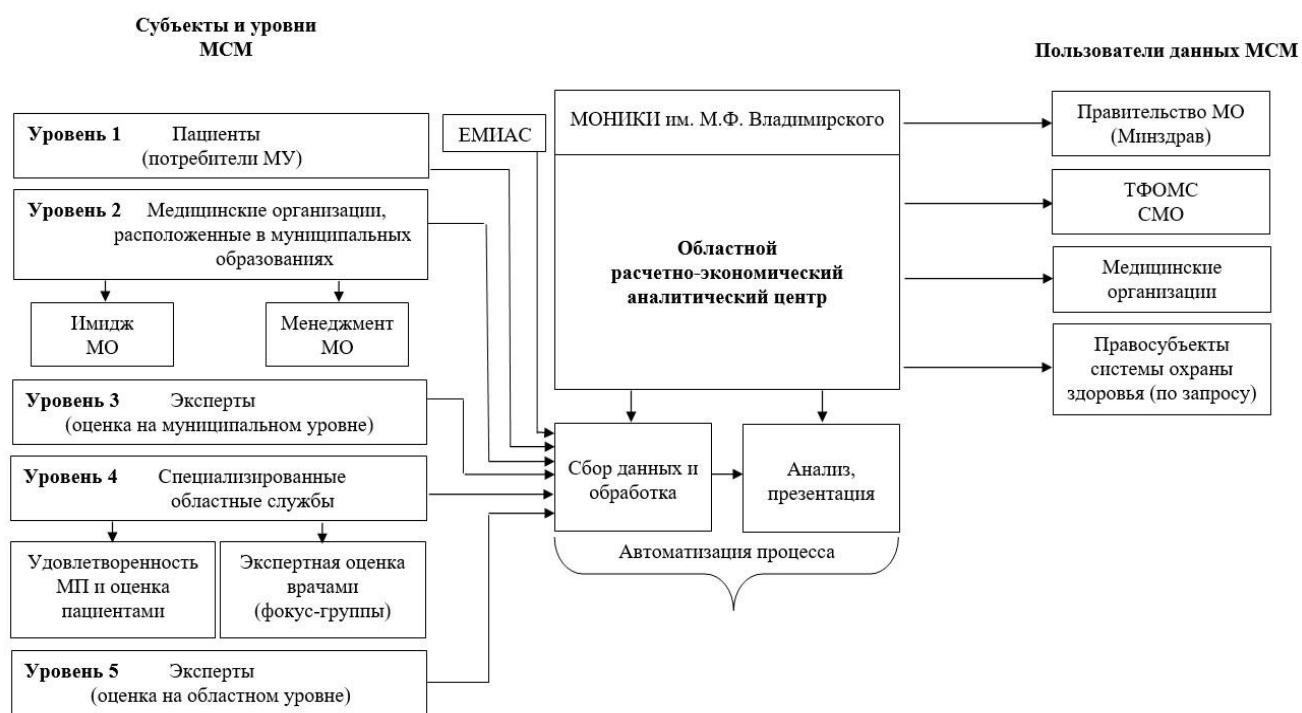


Рисунок 2 – Концептуальная модель организации медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения (5 уровней)

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на имеющиеся исторические предпосылки формирования научного подхода к стратегическому планированию социально-экономического развития страны (в том числе «пятилетки» советского периода), фактическое развитие система стратегического планирования в России получила в постперестроечном периоде, на этапе масштабных социально-экономических преобразований, с активным участием органов власти всех уровней, его широкого распространении на отрасли народного хозяйства (в частности, систему здравоохранения), с принятием Федерального закона Российской Федерации от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации», с использованием технологий цифровизации и алгоритмов искусственного интеллекта в определении направлений стратегического развития, а также аналитического осмысления данных его мониторинга.

2. В настоящее время в каждом субъекте РФ имеются детально разработанные программы стратегического развития здравоохранения, но эффективность их реализации остается по разным причинам не на оптимальном уровне, что требует разработки и апробации технологии многоуровневого медико-социологического мониторинга (МСМ) в качестве дополнительного инструмента стратегического управления и переориентации стратегического планирования в большей степени на удовлетворение потребностей и ожиданий пациентов при получении медицинской помощи оптимального качества. В связи с этим, для получения оперативной информации по вопросам стратегического управления необходимо обеспечить открытость деятельности органов государственной власти в сфере охраны здоровья путем создания экспертных и консультативных советов по основным направлениям развития.

3. Обобщенный анализ тематики медико-социологических исследований, осуществляемых российскими учеными на всех уровнях социально-экономической иерархии, свидетельствует о том, что основной исследовательский фокус направлен на обсуждение показателей, определяющих современное состояние и стратегии совершенствования системы здравоохранения регионов и деятельности медицинских организаций. В ответ на расширяющийся спектр медико-социологических исследований формируется и развивается новый исследовательский инструментарий, наблюдаются конвергентные процессы между различными отраслями научного знания, все шире используются технологии цифровизации и алгоритмы искусственного интеллекта, а научно обоснованные медико-социологические методы исследования все шире внедряются в практику здравоохранения, но при этом лишь в единичных работах используется качественная методология, хотя уже многими учеными признается, что совместное использование широкого арсенала количественных и качественных методик способствует оптимальному изучению социальных проблем системы здравоохранения в целом, что является базовым принципом медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения.

4. На основе проведенного анализа теоретико-методологической базы предложено авторское определение стратегического планирования – это процесс долгосрочного целеполагания, определяющий контуры и содержание организационной, кадровой и производственной деятельности на основе имеющихся ресурсов и с учетом тенденций изменений внутренней и внешней среды, а также результатов регулярного мониторинга.

5. В Московской области сформирована и действует эффективная система организации и финансирования медицинской помощи, осуществляемая с использованием программно-целевого метода в рамках Государственных стратегических программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья», который гарантирует оптимальное использование значительных средств из многих источников, в том числе бюджета Московской области и средств ОМС. Выполнение государственного задания на бесплатное оказание медицинской помощи населению Московской области осуществляется в полном объеме и только в соответствии с нормативами, утвержденными в Московской областной Программе государственных гарантий бесплатного предоставления населению медицинской помощи. При этом Московская область в силу имеющихся особенностей как субъекта (территориальная близость столичного региона, цифровой и инновационно-ориентированный характер развития региона, плотность населения, загруженность транспортной инфраструктуры, специфика социально-экономических и трудовых процессов в области, маятниковый трафик ежедневного перемещения трудозанятого населения, динамика эпидемиологической обстановки и наличие разветвленной сети лечебных учреждений и др.) отличается спецификой планирования стратегического развития как региона в целом, так и ключевых социальных систем – прежде всего, системы регионального здравоохранения.

6. Одной из наиболее значимых задач системы здравоохранения региона является обеспечение оптимального качества медицинской помощи населению, что, прежде всего, требует решения вопросов кадровой обеспеченности медицинских организаций области. Для выполнения указанной задачи в Московской области реализуется ряд мероприятий, направленных на ликвидацию кадрового дефицита в медицинских организациях и обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами, профессиональная деятельность которых будет соответствовать ожиданиям пациентов. Согласно результатам опроса пациентов региона, «идеальный врач» – это женщина (51,8%) среднего возраста (медиана – 43 года), отличающаяся высоким уровнем профессиональных компетенций (48,6%), но не имеющая ученой степени (78,3%), проявляющая эмпатию (35,2%) и внимание к пациенту (26,7%). Вероисповедание идеального врача для 86,3% опрошенных не имеет значения.

7. Анализ мнений пациентов региона о состоянии и проблемах территориального здравоохранения в условиях реализации государственных стратегических планов показал, что пациенты как потребители медицинских услуг оценили функционирование системы здравоохранения Московского региона достаточно высоко (описали его состояние как «хорошее» и «удовлетворительное» совокупно 63,3±2,6% респондентов), 42,6% опрошенных пациентов считают удовлетворительным качество оказанной им медицинской помощи, а каждый третий уверен, что услуги медицинской организации заслуживают хорошей (27,7%) и отличной оценки (5,9%). При этом большинство участников исследования (59,2±2,1%) считают, что медицинская помощь должна оказываться населению на бесплатной основе, и в ситуации предоставления медицинской помощи за счет средств ОМС пациенты ожидают получить качество услуги, аналогичное платной.

8. Сохраняется и высокий уровень приверженности пациентов патерналистской системе здравоохранения (наиболее выражен в старшей возрастной группе и когорте пациентов с низким уровнем дохода), что, с одной стороны, способствует формированию большего доверия к системе здравоохранения, а с другой – определяет стремление пациентов переложить ответственность за свое здоровье на врача и систему здравоохранения в целом. Большинство пациентов никогда не

использовали право на выбор медицинской организации ($42,9\pm 3,3\%$), либо были неинформированными ($23,1\pm 3,8\%$) о своих правах в этой сфере. При этом пациенты в большей части случаев ($55,4\pm 3,2\%$) также не пользуются своим правом выбора врача, полагаясь на устоявшуюся практику «участковой» организации и системы направлений к узким специалистам согласно распределению «по месту жительства». А каждый четвертый житель Московской области изучает отзывы о врачах в интернете, или расспрашивает знакомых об их опыте обращения к врачу.

9. Отношение пациентов к медицинскому персоналу медицинских организаций – преимущественно, положительное, и основано на доверии, высоких оценках профессиональной компетентности врачей и заинтересованности врачей в результатах лечения. При этом результаты анкетного опроса пациентов отражают высокий уровень социальной отзывчивости коллектива медицинской организации, расположенной на территории административного образования Московской области, работающего в условиях реализации государственной стратегической среднесрочной Программы «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.: большинство респондентов удовлетворены как амбулаторной (диапазон средних оценок по 5-балльной системе 4,4-4,6 балла), так и стационарной помощью (4,3-4,8 балла), а среди наиболее значимых изменений последних лет в организации работы медицинской организации отметили совершенствование методов диагностики заболеваний ($78,5\pm 2,2\%$), внедрение в практику более современных лекарственных препаратов с комфортными схемами их приема ($65,9\pm 2,5$), улучшение взаимоотношений между врачом (медицинским персоналом) и пациентом ($69,6\pm 2,4$), а $62,3\pm 2,6\%$ отметили, что у них повысился уровень удовлетворенности результатами лечения. Основные замечания со стороны пациентов связаны с проблемами в организации приема (отсутствие талонов, длительные сроки ожидания приема), нехваткой необходимого оборудования для диагностики и лечения и недостаточным вниманием со стороны медицинского персонала. В этой ситуации альтернативой для части пациентов представляется обращение в частные медицинские организации, факторами выбора которых выступают наличие внимания со стороны персонала и доступность медицинской помощи.

10. По результатам медико-социологического исследования (анкетного опроса пациентов) получены данные о ключевых социально-экономических характеристиках типичного потребителя медицинских услуг системы здравоохранения Московской области. Социально-конструируемый портрет пациента (потребителя медицинских услуг) системы здравоохранения Московской области включает следующие характеристики: это женщина ($61,2\pm 2,1\%$) среднего возраста ($59,5\pm 2,1\%$ находились в возрастной группе от 41 до 70 лет, средний и медианный возраст составил 50 лет) с высшим образованием ($52,9\pm 3,0\%$), состоящая в устойчивых семейных отношениях (замужем ($50,1\pm 2,2\%$) или совместно проживает с партнером ($4,9\pm 0,9\%$), у которой было двое совершеннолетних детей (у $71,2\pm 2,0\%$ респондентов есть дети, при этом у $57,7\pm 2,7\%$ – двое и более детей, в $41,0\pm 2,8\%$ случаях – старше 18 лет), постоянно проживающая в областном городе ($68,7\pm 2,4\%$) более 10 лет. Работает ($68,8\pm 3,7\%$) в бюджетной сфере ($29,9\pm 2,4\%$) или коммерческой компании ($19,2\pm 2,1\%$) более 15 лет ($71,4\pm 2,0\%$), получает заработную плату в диапазоне 20-40 тысяч рублей в месяц ($49,1\pm 3,1\%$), при этом за последний год ее материальное положение не изменилось ($40,3\pm 3,4\%$) или ухудшилось ($38,0\pm 3,4\%$). Не курит, редко употребляет алкогольные напитки ($70,9\pm 2,0\%$), при этом периодически соблюдает принципы ЗОЖ ($55,7\pm 2,9\%$), хотя не мотивирована на прохождение профилактического диспансерного обследования. Оценивает состояние своего

здоровья как «удовлетворительное» ($56,5 \pm 3,2\%$), а имеющиеся хронические заболевания ($66,7 \pm 2,0$) связывает с отсутствием регулярного отдыха ($28,8 \pm 3,7\%$), возрастными изменениями ($28,1 \pm 3,7\%$), рабочей нагрузкой ($27,7 \pm 3,7\%$) и недостаточно внимательного отношения к своему здоровью ($26,4 \pm 3,7\%$). В целях поддержания собственного здоровья совершает прогулки на свежем воздухе ($53,9 \pm 2,9\%$), старается правильно питаться ($36,9 \pm 3,4\%$), самостоятельно занимается физкультурой, гимнастикой, бегаем или катаемся на велосипеде ($31,8 \pm 3,6\%$), принимает витамины / БАД ($27,3 \pm 3,7\%$), регулярно посещает врачей с профилактической целью ($26,0 \pm 3,7\%$). Имеет «своего» врача ($47,9 \pm 3,0\%$), всегда выполняет его предписания ($49,5 \pm 2,2\%$) и оценивает взаимоотношения с ним как доверительные ($34,7 \pm 3,5\%$ испытывают полное взаимопонимание и $41,7 \pm 3,0\%$ частично доверяют врачу), никогда не вступала в конфликт с медицинским персоналом ($63,6 \pm 3,5\%$). Обращается в медицинские учреждения за амбулаторно-поликлинической помощью не реже одного раза в полугодие ($58,2 \pm 2,0\%$), и качество медицинской помощи, в целом, оценивает как удовлетворительное ($42,6 \pm 2,1\%$) и хорошее ($33,6 \pm 1,9\%$). Привержена ($73,3 \pm 2,2\%$) традиционному (медикаментозному) лечению, при этом при необходимости получает медицинскую информацию о заболеваниях, методах их лечения и лекарственных препаратах от медицинских специалистов ($59,5 \pm 2,7\%$), либо посредством поисковых запросов в сети Интернет $40,7 \pm 3,3\%$, обращения к знакомым и родственникам ($25,6 \pm 3,7\%$).

11. Организация медико-социологического мониторинга мнений потребителей медицинских услуг по оценке имиджа медицинской организации, расположенной на территории административного образования, может рассматриваться в настоящее время как одно из условий повышения эффективности её деятельности. При этом структура репутационных характеристик, формирующих имидж современной медицинской организации, расположенной на территории административного образования субъекта РФ, включает адресную доступность и качество персонифицированных медицинских услуг, компетентный и коммуникабельный персонал, а также внешний облик, наличие технологичного оборудования, соблюдение санитарно-гигиенических норм и сервисные услуги самой медицинской организации.

12. Для принятия управленческих решений при формировании стратегического плана развития регионального здравоохранения необходимо изучение характеристик архетипа здравоохранения административных образований субъекта РФ, который является систематизированной его моделью, представленной с помощью формализованных актуальных показателей, выявленных в ходе экспертной оценки, с возможностью использования в области разработки программного обеспечения для стратегического планирования развития отрасли, с учетом муниципальных особенностей.

13. Высокий уровень заинтересованности областных экспертов в стратегическом планировании и реализации мер по совершенствованию деятельности системы здравоохранения региона (через сбор данных о целевых показателях и формирование архетипа здравоохранения административного образования) позволил выявить наиболее значимые параметры (характеристики) здравоохранения административного образования Московской области и уровень их актуальности, которые необходимы для принятия управленческих решений при стратегическом планировании развития здравоохранения на среднесрочный период: обеспеченность врачами (4,3 балла); обеспеченность стационарными койками (4,3 балла); общая заболеваемость населения административного образования (4,2 балла); финансовое обеспечение здравоохранения

административного образования в год (бюджет; ОМС; платные МУ) – (4,2 балла); уровень госпитализации в стационары, расположенные на территории административного образования (4,1 балла); удельный вес детского населения (4,1 балла); посещаемость амбулаторно-поликлинических медорганизаций (4,1 балла); удельный вес лиц старше трудоспособного возраста (4,1 балла); мощность амбулаторно-поликлинического звена (количество посещений в смену – 4,1 балла); уровень госпитализации в стационары за пределами административного образования (4,1 балла); плотность населения административного образования Подмосковья (коэффициент расселения) (4,0 балла); подушевое финансирование на 1 жителя административного образования (4,0 балла); экспертная оценка здравоохранения административного образования (4,0 балла); обращаемость населения в областные МО (4,0 балла); койки в дневных стационарах (4,0 балла); удельный вес женщин фертильного возраста (4,0 балла).

14. При изучении мнения руководителей медицинских организаций, расположенных на территории административных образований Московского региона установлено, что в ходе реализации среднесрочных государственных стратегических Программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 гг.» и «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.», оптимальному развитию системы территориального здравоохранения способствовало внедрение организационных технологий по следующим направлениям: расширение высокотехнологичной медицинской помощи (3,6 балла); использование современных информационных технологий (3,6); борьба с сердечно-сосудистой патологией (3,5) и онкологическими заболеваниями (3,5); развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям (3,4). В наименьшей степени на развитие системы здравоохранения повлияло внедрение таких направлений как программа «бережливых» технологий (3,0) и развитие экспорта медицинских услуг (2,8).

15. Руководители медицинских организаций, принявшие участие в опросе, оценивают эффективность работы своей медицинской организации в целом выше среднего уровня (средний балл - 3,9). При этом, при детализации параметров оценки отмечено, что выше других оцениваются такие показатели, как трудовая и исполнительская дисциплина в коллективе (4,3 балла); морально-психологический климат (4,3 балла) и отношения между коллегами (4,2 балла); отношения врачей и среднего медицинского персонала к пациентам (4,2 балла), а также отношение персонала с администрацией медицинской организации (4,0 балла). При этом средние оценки выше 4 баллов отнесены к следующим особенностям профессионального пространства: режим работы (4,2 балла), квалификация персонала (4,1 балла), уровень трудовой нагрузки (средний балл 4,1 балла). Достаточно комфортно оцениваются респондентами показатели вневедомственного (4,0 балла) и внутриведомственного контроля (3,9 балла), а также и оснащённость рабочего места (4,0 балла), возможность профессионального роста (3,9 балла), возможность должностного продвижения (3,8 балла). При этом более низкие средние баллы у таких показателей, как материально-техническая составляющая (3,4), обеспеченность современными медикаментами (3,5), оснащённость современным медицинским оборудованием (3,8) и уровень оплаты труда (3,4).

16. Принимая во внимание ключевое значение управленческой компетентности руководителей медицинских организаций для выполнения задач по развитию системы здравоохранения Московской области, определенных положениями государственной стратегической программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на период 2019-2024 годов», был

изучен социально-конструированный портрет руководителя медицинской организации, расположенной на территории административных образований Московской области – преимущественно, это женщина ($58,0\pm 3,2\%$), в возрасте 40-49 лет ($35,6\pm 3,2\%$) или 50-59 лет ($32,0\pm 3,1\%$), работающая на руководящей должности более 5 лет (совокупно $69,7\pm 3,0\%$), чаще всего в должности заместителя главного врача ($65,8\pm 3,1\%$) стационарной медицинской организации ($52,4\pm 3,3\%$), с общим стажем по специальности от 16 до 25 лет ($35,8\pm 3,2\%$), имеющая высшую квалификационную категорию ($76,7\pm 3,0\%$), но, как правило, не имеющая ученой степени. Удовлетворена своей работой ($89,1\pm 2,1\%$), которая дает возможность реализовать свои профессиональные навыки ($57,1\pm 3,3\%$), обеспечить необходимый уровень дохода семьи ($53,2\pm 3,3\%$), усовершенствовать свои профессиональные навыки ($46,8\pm 3,3\%$) и считает (совокупно $49,3\pm 3,3\%$), что заработная плата полностью или скорее соответствует уровню ее квалификации, опыту работы и трудовым затратам. Нуждается в повышении уровня своей правовой компетентности ($79,1\pm 2,7\%$), а также в получении дополнительных знаний в области цифровых технологий ($66,8\pm 3,1\%$), организации здравоохранения ($65,2\pm 3,1\%$), экономики ($60,7\pm 3,2\%$), менеджмента ($60,3\pm 3,2\%$), социального маркетинга ($53,4\pm 3,3\%$), психологии ($51,7\pm 3,3\%$), социологии ($37,5\pm 3,1\%$). Не реже, чем 2-3 раза в месяц читают научные статьи по специальности (совокупно $76,8\pm 2,8\%$), ежеквартально посещает научные медицинские мероприятия (совокупно $64,5\pm 3,1\%$). Состоит в зарегистрированном браке ($72,4\pm 2,9\%$) и воспитывает одного или двух детей ($87,8\pm 2,2\%$). Не имеет вредных привычек ($76,4\pm 2,8\%$), свое здоровье оценивает как «удовлетворительное» ($58,1\pm 3,2\%$), соблюдает распорядок питания ($46,8\pm 3,3\%$), регулярно занимается физической культурой ($39,4\pm 3,2\%$), соблюдает распорядок дня ($34,2\pm 3,1\%$). Постоянно проживает в собственной квартире ($75,3\pm 2,8\%$), своим материальным положением удовлетворена ($72,3\pm 2,9\%$), считает, что «живет нормально, хотя иногда приходится экономить» ($59,4\pm 3,9\%$), при этом фактический уровень среднемесячного дохода на одного человека в семье составляет более 60 тысяч рублей в месяц ($46,1\pm 3,3\%$) и за последний год финансовое положение семьи не изменилась ($59,1\pm 3,2\%$).

17. Три четверти руководителей медицинских организаций достаточно благоприятно оценили деятельность системы здравоохранения на территории административных образований Московской области в части качества оказания медицинской помощи детям, беременным женщинам и матерям (средний балл – 3,8); качество оказания специализированной медицинской помощи населению (средний балл – 3,5); доступность оказания специализированной помощи населению (средний балл - 3,3), а также качество медицинской реабилитации (средний балл – 3,3), что объяснимо связано с дополнительным финансированием этих направлений в рамках реализации среднесрочных государственных стратегических программ Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 гг.» и «Здравоохранение Подмосковья» на 2019-2024 гг.».

18. Руководители медицинских организаций, расположенных на территории административных образований, оценивая текущее состояние системы здравоохранения Московской области как, в целом, удовлетворительное (3,1 балла), указывают на наличие ряда устойчивых проблем, требующих тактических и стратегических решений. Прежде всего, это ограниченные возможности привлечения внебюджетных источников финансирования (2,9 балла) и проблемы финансового обеспечения (3,1 балла), состояние основных фондов (состояние зданий, изношенность медицинского оборудования) (3,1 балла), обеспеченность медицинскими кадрами (3,1 балла), качество оказания некоторых медицинских услуг (диапазон средних значений от 2,9 до 3,8 баллов).

Учитывая, что указанные направления составляют фундаментальную основу организации предоставления медицинской помощи надлежащего качества, требуется привлечение к ним внимания при разработке очередной среднесрочной стратегической Программы развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг. с учетом особенностей муниципального уровня.

19. Мнения областных экспертов отражают высокую значимость реализуемых (и планируемых) мероприятий и наглядно характеризуют остроту стоящих проблем в области здравоохранения, а также необходимость среднесрочного стратегического планирования развития здравоохранения Московского региона. Первоочередными мероприятиями дальнейшего развития отрасли, которые необходимо учитывать в среднесрочном стратегическом плане развития здравоохранения Подмосковья на 2025-2030 гг., по мнению экспертов являются: подготовка и обеспечение врачами (4,5 балла); подготовка и обеспечение средним медицинским персоналом (4,4 балла); совершенствование системы оплаты медицинских услуг, обеспечение полноты и своевременности финансового обеспечения (4,4 балла); укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения с целью выполнения утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи (4,4 балла); создание условий для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Московской области (4,3 балла); развитие системы оказания специализированной (в том числе ВМП) медицинской помощи больным с сосудистой патологией, реабилитационной и паллиативной медицинской помощи (4,3 балла); дальнейшее развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения неонатальной хирургии, системы коррекции врожденных пороков у детей, вспомогательных репродуктивных технологий (4,3 балла); обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год (4,3 балла); развитие скрининговых программ ранней диагностики заболеваний у детей (4,3 балла); модернизация медицинского оборудования в соответствии с потребностями населения в медицинских услугах (4,2 балла); обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, развитие общеврачебных практик (4,1 балла); развитие первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее укрепление сети детских поликлиник и детских поликлинических отделений; завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения (4,1 балла). При этом руководители медицинских организаций, расположенных на территории административных образований, указывают, что дальнейшее развитие мощностей стационарной медицинской помощи не требует особых мер поддержки и не является приоритетом в стратегическом среднесрочном планировании на ближайшие годы, вследствие дальнейшей интенсификации использования больничных коек и внедрения стационарозамещающих технологий.

20. Региональная сеть медицинских организаций в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 была максимально переориентирована на оказание медицинской помощи пациентам. Сравнительные данные свидетельствуют о том, что пандемия новой коронавирусной инфекции, как фактор, влияющий на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации (с профилактической и иными целями) оказал значительное влияние на заболеваемость взрослого населения и особенно в группе населения старше

трудоспособного возраста, которая находилась на самоизоляции и карантине по месту жительства, показал дополнительную финансовую нагрузку на бюджет медицинской организации (в части предоставления стационарной медпомощи), расположенной на территории административного образования Московской области. При этом пандемия COVID-19 как фактор, влияющий на состояние здоровья детского населения и его обращение в медицинские организации (с профилактической и иными целями) не оказал существенного влияния на его изменение.

21. Структура онкологической помощи в Московской области представляет собой трёхуровневую систему с переносом значительного массива компетенций и процедур в приближенные к пациенту медицинские организации, при этом в регионе внедрены все виды лечения онкологических заболеваний, а коечный фонд стационарного звена государственных медицинских организаций усилен медицинскими организациями частной системы здравоохранения, работающими по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом деятельность онкологической службы Московской области, развивающейся в условиях реализации государственной региональной стратегической программы «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.», пациентами с онкологическими заболеваниями воспринимается, в целом, как эффективная, а изменения, произошедшие в ней за последние пять лет, по мнению большинства респондентов ($51,2 \pm 2,6\%$), носят положительный характер и оценивается ими на 4,4 балла (по 5-бальной шкале). В числе наиболее заметных положительных изменений в онкологической службе региона за последние пять лет пациенты отметили активное развитие подходов по раннему выявлению и диагностике онкологических заболеваний ($59,0 \pm 3,5\%$), внедрение в онкологическую практику более комфортных схем приема назначаемых препаратов ($48,4 \pm 4,1\%$), большой объем информации о стратегии и тактике лечения, реабилитации и профилактики онкологических заболеваний, предоставляемой врачами ($63,1 \pm 3,5\%$), более внимательное отношение врачей к пациентам ($62,7 \pm 3,5\%$).

22. Анкетный опрос пациентов показал, что при возникновении необходимости диагностики и лечения онкологического заболевания пациенты, скорее, ориентированы на получение гарантированного государством бесплатного оказания медицинской помощи (по программе ОМС и преимущественно в государственных медицинских организациях). Большинство респондентов ($93,1 \pm 1,4\%$) доверяют своим лечащим врачам-онкологам и их квалификации, что во многом способствует тому, что большинство пациентов ($82,5 \pm 2,2\%$) неукоснительно выполняют медицинские назначения. Анализ предложений респондентов по совершенствованию онкологической помощи в Московской области, в рамках составления дальнейших планов стратегического развития этой службы, отражает сфокусированность внимания пациентов, прежде всего, на оптимизации организации лечебно-диагностического процесса: сокращении сроков диагностики и ожидания приема врача, улучшении маршрутизации и выработки единых алгоритмов ведения пациентов в разных медицинских организациях региона, своевременном эффективном лекарственном обеспечении, необходимости решения проблемы дефицита кадров онкологической службы и укрепления материально-технической базы онкологических клиник.

23. Полученные в ходе исследования данные позволили сконструировать социальный портрет типичного пациента Московского региона, имеющего онкологическое заболевание: это чаще всего замужняя ($58,3 \pm 3,4\%$) женщина ($54,7 \pm 3,5\%$) пенсионного возраста (старше 60 лет $53,9 \pm 3,6\%$) с высшим образованием ($48,8 \pm 3,9\%$), имеющая двух детей ($52,4 \pm 4,2\%$). На момент лечения получает

пенсию ($51,8 \pm 3,8\%$), её длительная трудовая деятельность (более 25 лет – $59,2 \pm 3,5\%$), в основном, была связана с промышленностью ($24,3 \pm 4,8\%$) или сферой услуг ($20,6 \pm 5,0\%$). Проживает в собственной квартире ($67,2 \pm 3,1\%$), своим материальным положением не всегда удовлетворена ($54,7 \pm 3,7\%$), поскольку ежемесячный доход на одного члена ее семьи составляет менее 20 000 рублей ($40,7 \pm 4,3\%$), и при в целом удовлетворительной жизни, отмечает, что вынуждена экономить ($51,0 \pm 3,7\%$), а её материальное положение за последний год практически не изменилось ($45,5 \pm 4,1\%$), либо изменилось в худшую сторону ($45,2 \pm 4,1\%$). Удовлетворена своим здоровьем ($64,2 \pm 3,1\%$), никогда не имела вредных привычек ($68,0 \pm 3,1\%$) и старается всегда следовать медицинским рекомендациям в отношении лечения и соблюдения здорового образа жизни ($65,3 \pm 3,2\%$). Оказанными медицинскими услугами полностью удовлетворена ($74,0 \pm 7,2\%$) и отмечает, что в процессе лечения медицинский персонал относится к ней уважительно: врачи – внимательно ($76,7 \pm 2,3\%$) и вежливо ($56,6 \pm 2,6\%$), средний медицинский персонал – внимательно ($63,7 \pm 2,5\%$) и вежливо ($62,3 \pm 2,5\%$).

24. Согласно результатам фокус-групп с врачами-онкологами, диспансеризация является стратегически важным мероприятием для обеспечения раннего выявления онкологического заболевания, выступает основой профилактики рецидивов в группе пациентов, перенесших онкологическое заболевание, что будет способствовать совершенствованию системы онкологической помощи в регионе. Тем не менее, достижение целевых показателей, регламентированных региональной государственной программой «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» может замедлиться вследствие слабой онкологической настороженности и недостаточного уровня знаний у врачей первичного звена здравоохранения о ранней симптоматике онкопатологии, что в совокупности, с недостаточной информированностью населения по вопросам факторов риска возникновения онкологических заболеваний и наличии у части жителей региона некоторых сложностей с доступностью специализированной помощи, может привести к росту показателей несвоевременного обращения пациентов за онкологической помощью.

25. По мнению врачей-онкологов, одним из самых существенных последствий пандемии COVID-19 стало увеличение числа пациентов, несвоеременно обратившихся за медицинской помощью на поздней стадии развития онкологического заболевания вследствие длительной самоизоляции в условиях эпидемиологического риска. При этом онкологи отмечают, что вызовы пандемии обусловили необходимость интенсификации развития территориальной системы здравоохранения в целом, в том числе и онкологической службы, поиска эффективных методов лечения и актуализации знаний у медицинского персонала (прежде всего, по подходам к лечению коморбидных состояний, сочетанных с COVID-19), укрепления материально-технической базы медицинских организаций, а также повышения темпов цифровизации отрасли и широкого внедрения телемедицинских технологий.

26. Несмотря на существенные положительные изменения, связанные с реализацией среднесрочной стратегической региональной Программы по борьбе с онкопатологией, в ходе фокус-группового исследования врачами-онкологами было отмечено, что существуют устойчивые проблемы, требующие решения и учета при дальнейшем стратегическом планировании развития территориальной онкослужбы на очередной среднесрочный период 2025-2030 гг.: дефицит кадров в условиях роста количества обращений населения за онкологической помощью; необходимость систематического наращивания и постоянного обновления материально-технической и

технологической базы диагностического и лечебного оборудования; недостаточная преемственность между стационарными и амбулаторными уровнями в системе онкологической помощи; недостаток устойчивых алгоритмов маршрутизации пациентов на различных этапах лечебно-диагностического процесса; «лоскутная» цифровизация онкологической практики и необходимость расширения внедрения в регионе современных цифровых технологий, в том числе внедрение алгоритмов и технологий искусственного интеллекта; совершенствование системы информирования врачей-онкологов всех уровней предоставления медпомощи по вопросам стратегического планирования развития онкологической службы (целям, задачам, мероприятиям, целевым показателям, утвержденным в рамках действующей Программы, разработке и реализации эффективных программ профилактики онкологических заболеваний, охватывающих все население региона). Сформулированные проблемы, стратегические задачи развития онкологической службы и системные мероприятия по их реализации становятся основой для осуществления медико-социологического мониторинга стратегического развития онкологической службы, регламентированного в государственной региональной стратегической программе Московской области «Борьба с онкологическими заболеваниями на период 2019-2024 гг.» и в очередном среднесрочном периоде на 2025-2030 гг.

27. Исходя из принципов регионализации социального пространства в современных социально-экономических условиях, презентующих неравномерность развития российских регионов и различия между центром и отдаленными территориями, особенно актуальным становится решение задачи мониторинга происходящих изменений в рамках реализации государственных стратегических планов развития отрасли. Вследствие этого нами предложен расчетный интегрированный индекс стратегического развития здравоохранения Московской области на среднесрочный период, для формирования которого необходимо использовать экономические и социальные индикаторы, характеризующие социально-экономическую эффективность деятельности региональной системы здравоохранения.

28. Выделенные в рамках исследования стратегические преобразования в дальнейшем развитии здравоохранения Московской области стали основой концептуальной модели организации медико-социологического мониторинга результатов стратегического планирования развития регионального здравоохранения (5 уровней МСМ), с учетом пациентоориентированности, начиная с исследования социально-экономической характеристики пациента (потребителя медицинских услуг) и его мнения о состоянии и проблемах территориального здравоохранения в условиях реализации государственных стратегических планов. При наличии убедительных правовых оснований и учитывая, что стратегическое развитие территориального здравоохранения невозможно без его периодического мониторинга, существует настоятельная потребность в разработке такого доступного и достаточно удобного инструмента эмпирического измерения. Апробированная технология медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения, осуществляемая на пяти уровнях, с последующим расчетом интегрированного индекса стратегического развития территориального здравоохранения является дополнительным инструментом стратегического управления для лиц, принимающих решения, позволяет достаточно чувствительным способом оценить сложившуюся динамику и выбрать векторы перспективного развития отрасли.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

По результатам проведенного диссертационного исследования были сформированы практические рекомендации и предложения, реализация которых, по нашему мнению, должна способствовать оптимизации решения комплекса актуальных задач по оптимизации стратегического управления региональным здравоохранением и обеспечения его дальнейшего развития в современных социально-экономических условиях. В связи с вышеизложенным полагаем целесообразным предложить следующие рекомендации:

1. Федеральным органам законодательной и исполнительной власти:

- провести пилотную апробацию технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития региональной системы здравоохранения в субъектах РФ различных федеральных округов;

- подготовить и рассмотреть принятие нормативно-отраслевого акта по вопросам упорядочения методологии медико-социологических исследований в системе охраны здоровья в РФ;

- при формировании очередного среднесрочного стратегического плана развития здравоохранения в стране использовать материалы медико-социологического мониторинга стратегического развития отрасли в пилотных регионах РФ;

- использовать предложенную методологию расчета интегрированного индекса стратегического развития регионального здравоохранения для контроля за динамикой показателей при подведении итогов реализации среднесрочных стратегических программ в сфере здравоохранения;

- мотивировать органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к использованию в своей практической деятельности количественных и качественных социологических методов исследования с целью получения оперативной информации («обратной связи») от всех правосубъектов системы здравоохранения в ходе реализации стратегических программ её развития.

2. Территориальным органам законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

- организовать проведение ежегодного медико-социологического мониторинга стратегического развития здравоохранения и расчета его интегрированного индекса с целью изучения динамики совершенствования отрасли;

- использовать для стратегического управления отраслью характеристики архетипа здравоохранения административного образования региона РФ, выявленные на основе экспертных оценок с учетом муниципальных особенностей;

- внедрить методологию медико-социологических исследований (анализ количественных и качественных данных) для изучения: социально-экономической характеристики потребителей услуг системы регионального здравоохранения, уровня их удовлетворенности медицинской помощью, оценки их мнений об имиджевых характеристиках медицинских организаций, а также образе «идеального» врача», соответствующего ожиданиям пациентов при обращении в государственную систему здравоохранения; социально-конструированного портрета лиц,

принимающих решения – руководителей медицинских организаций; экспертной оценки деятельности областных специализированных медицинских служб по выполнению стратегических задач;

- использовать технологию медико-социологического мониторинга для оценки выполнения задач подпрограмм и основных мероприятий, способствующих оптимальному развитию системы территориального здравоохранения в период реализации текущих программ среднесрочного развития, а также для выявления первоочередных направлений по совершенствованию организации медицинской помощи, требующих включения в очередную среднесрочную стратегическую Программу развития регионального здравоохранения;

- ежегодно рассматривать результаты медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения на межведомственном координационном совете под руководством заместителя главы субъекта Российской Федерации по вопросам социальной политики с включением в него представителей всех правособъектов системы охраны здоровья граждан;

- при планировании информационной работы с использованием средств массовой коммуникации предусмотреть широкое освещение (СМИ, телевидение, радио, интернет-каналы) участия государственных органов власти и всех правособъектов системы охраны здоровья граждан в этапах реализации стратегических среднесрочных программ развития территориального здравоохранения;

- представляется целесообразным разработать и утвердить методические рекомендации по использованию апробированной технологии медико-социологического мониторинга стратегического развития региональной системы здравоохранения.

3. Территориальным фондам обязательного медицинского страхования:

- использовать в работе Комиссий по разработке территориальной программы ОМС результаты пятиуровневого медико-социологического мониторинга стратегического развития регионального здравоохранения, особенно в части оценок потребителями медицинских услуг и экспертами различного уровня, при расчете объемов медицинской помощи для включенных в реестр медицинских организаций регионального фонда ОМС.

4. Руководителям медицинских организаций:

- использовать в текущей деятельности результаты ежегодных оценок потребителями медицинских услуг имиджевых характеристик медицинской организации, которые влияют на реализацию потребностей населения в получении медицинской помощи надлежащего качества, соответствуют ожиданиям пациентов от системы государственного здравоохранения и влияют на повышение ее конкурентоспособности;

- рассмотреть механизмы дополнительного материального и нематериального стимулирования медицинских кадров за высокие показатели удовлетворенности пациентов предоставляемой им медицинской помощью;

- целесообразно использовать данные об образе «идеального» врача, сформированного на основании мнений пациентов, с целью оптимизации кадрового потенциала и повышения мотивации медицинского персонала по профессиональному развитию;

- систематически проводить оценку уровня удовлетворенности трудом сотрудников

медицинской организации для оптимального использования потенциала кадров в профессиональной деятельности с учетом индивидуальных возможностей, потребностей и интересов персонала;

- направлять медицинских работников на программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки для обеспечения своевременного обучения и актуализации цифровых навыков медицинского персонала, повышения уровня его цифровой грамотности.

5. Государственным образовательным организациям высшего медицинского и дополнительного профессионального образования:

- включить в образовательные программы по специальности «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» модули по методологии организации и проведения социологических исследований (с использованием количественной и качественной методологии) для оптимизации знаний, умений и навыков выпускников по вопросам организации многоуровневого медико-социологического мониторинга;

- рекомендуется использовать результаты данного исследования при подготовке студентов, врачей и руководителей органов управления и учреждений здравоохранения на сертификационных циклах тематического усовершенствования, а также на всех этапах дополнительного профессионального образования в рамках непрерывного медицинского образования и учете соответствующих зачетных единиц в индивидуальном плане обучения медицинских работников.

6. Научно-исследовательским организациям:

- рекомендуется включить в планы НИР изучение общих принципов и специфики технологии медико-социологического мониторинга социальных процессов и отношений, которые формируются в российской системе охраны здоровья граждан в условиях рыночной экономики и цифровизации отрасли;

- разработать для всех уровней системы отечественного здравоохранения научно-практические рекомендации по формированию условий для внедрения, системного применения и совершенствования технологии медико-социологического мониторинга в качестве дополнительного инструмента управления здравоохранением для лиц, принимающих решения по дальнейшему развитию отрасли.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Решетников А.В., Стадченко Н.Н., **Соболев К.Э.** Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // **Социология медицины.** – 2015. – № 1. – С. 19-25.
2. Решетников А. В., Стадченко Н.Н., **Соболев К.Э.**, Казакова А.А. Российские врачи об изменениях в системе отечественного здравоохранения и обязательного медицинского страхования // **Социология медицины.** – 2015. – № 2. – С. 3-9.
3. Решетников А.В., Присяжная Н.В., **Соболев К.Э.** Медико-социологическая оценка качества жизни онкологических больных, получающих терапию отечественными цитокинами // **Социология медицины.** – 2016. – № 1. – С. 52-57.
4. Кром И.Л., Жужлова Н.Ю., Сазанова Г.Ю., **Соболев К.Э.** Некоторые результаты исследования качества жизни, релевантного здоровью, больных с артериальной гипертензией // **Социология медицины.** – 2016. – № 2. – С. 122-128.
5. Пирогов М.В., **Соболев К.Э.** Инновационные подходы к оценке эффективности врачебной деятельности в медицинском стационаре // **Бухучет в здравоохранении.** – 2019. – № 11. – С. 50-57.
6. Пирогов М.В., **Соболев К.Э.** Современные инновационные решения по медико-экономической стандартизации медицинской помощи // **Бухучет в здравоохранении.** – 2019. – № 12. – С. 51-59.
7. **Соболев К.Э.**, Пирогов М.В. Новации 2020 года в правилах обязательного медицинского страхования // **Бухучет в здравоохранении.** – 2020. – № 9. – С. 70-80.
8. **Соболев К.Э.**, Пирогов М.В. Особенности финансирования первичной медико-санитарной помощи в 2020 году // **Бухучет в здравоохранении.** – 2020. – № 10. – С. 59-70.
9. **Соболев К.Э.**, Жукова А.Э., Пирогов М.В. Методические особенности расчета подушевого финансирования в здравоохранении России // **Бухучет в здравоохранении.** – 2020. – № 11. – С. 57-65.
10. Пирогов М.В., **Соболев К.Э.** Инновационные подходы к планированию медицинской помощи в многопрофильном стационаре // **Бухучет в здравоохранении.** – 2020. – № 12. – С. 67-71.
11. Пирогов М.В., **Соболев К.Э.** Методологические подходы и практические решения по организационно-экономическому планированию в здравоохранении современной России. – Москва: Изд-во «Медиком», 2021. – 912 с.
12. Орлов С.А., **Соболев К.Э.**, Александрова О.Ю. Подходы к планированию медицинской инфраструктуры и коечного фонда медицинских организаций в условиях развития и распространения коронавирусной инфекции COVID-19 // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2021. – № 1. – С. 25-31. [Scopus]
13. Кузнецов П.П., **Соболев К.Э.**, Какорина Е.П., Хизгияев В.И., Деминов М.М., Максимов И.Б., Синопальников В.И., Мелерзанов А.В. Цифровая трансформация медицины труда // **Национальное здравоохранение.** – 2021. – № 3. – С. 41-46.
14. Решетников А.В., **Соболев К.Э.** Концептуальная модель организации медико-социологического мониторинга результатов стратегического планирования развития

- регионального здравоохранения (по материалам Московской обл.) // **Социология медицины.** – 2022. – № 1. – С. 5-15.
15. Берестень Н.Ф., **Соболев К.Э.**, Какорина Е.П. О деятельности отделений и кабинетов функциональной диагностики // **Медицинский алфавит.** – 2022. – № 20. – С. 8-16.
16. Решетников А.В., **Соболев К.Э.** Медико-социологический мониторинг. – Москва: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 644 с.
17. Решетников А.В., Шамшурина Н.Г., Шамшурин В.И., **Соболев К.Э.** Экономика и управление в здравоохранении. - Учебник и практикум для профессионального образования под общей редакцией А.В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп.- Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 316 с.
18. Решетников А.В., Шамшурина Н.Г., Шамшурин В.И., **Соболев К.Э.** Экономика и управление в здравоохранении. - Учебник и практикум для высшего образования под общей редакцией А.В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп.- Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 314 с.
19. Решетников А.В., Шамшурина Н.Г., **Соболев К.Э.** Применение клинико-экономического анализа в медицине. – Учебное пособие под редакцией А.В. Решетникова. – 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 184 с.
20. **Соболев К.Э.** Основные векторы финансового обеспечения системы здравоохранения Московской области за период с 2010 по 2021 год: историко-экономический анализ // **Социология медицины.** – 2022. – № 1. – С. 25-36.
21. Решетников А.В., **Соболев К.Э.**, Марочкина Е.Б. Социальный портрет и особенности медицинского поведения потребителей медицинских услуг системы здравоохранения Московской области: медико-социологическое исследование // **Социология медицины.** – 2022. – № 2. – С. 131-145.
22. **Соболев К.Э.** Планирование стационарной помощи с применением критериев эффективности // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.** – 2022. – № 3-4. – С. 45-51.
23. **Соболев К.Э.** Подходы к территориальному планированию медицинской помощи на примере хирургической службы Московской области // **ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.** – 2022. – № 3. – С. 75-84.
24. **Соболев К.Э.** Планирование специализированной медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп заболеваний // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.** – 2022. – № 5-6. – С. 3-10.
25. Решетников А.В., **Соболев К.Э.**, Голикова Н.С. Проблемы и актуальные направления дальнейшего среднесрочного стратегического планирования развития системы здравоохранения Московской области: результаты экспертного опроса // **Социология медицины.** – 2023. – № 1. – С. 3-10.
26. Reshetnikov A., Frolova I., Abaeva O., Prisyazhnaya N., Romanova T., Romanov S. & **Sobolev K.** Accessibility and quality of medical care for patients with chronic noncommunicable diseases during COVID-19 pandemic // **Npj primary care respiratory medicine.** – 2023. – Vol. 33 (14). – P. 1-7. [Scopus]

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АРМ	– автоматизированное рабочее место
ВМП	– высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВРП	– валовой региональный продукт
ДМС	– добровольное медицинское страхование
ЕМИАС	– единая медицинская информационно-аналитическая система
ЗНО	– злокачественное новообразование
ЗОЖ	– здоровый образ жизни
ИНК	– индекс накопления контингентов
КСГ	– клинико-статистические группы
МЗ	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
МИАЦ МО	– ГБУ Московской области «Медицинский Информационно-аналитический центр Московской области»
МКБ-10	– международная классификация болезней десятого пересмотра
МО	– медицинская организация
МОНИКИ	– Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского
МП	– медицинская помощь
МРТ	– магнитно-резонансная томография
МСМ	– медико-социологический мониторинг
МТО	– материально-техническое обеспечение
Муно	– муниципальное образование
МЭС	– медико-экономические стандарты
ОКС	– острый коронарный синдром
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ОНМК	– острое нарушение мозгового кровообращения
ПОК	– первичный онкологический кабинет
Росстат	– Федеральная служба государственной статистики
СИЗ	– средства индивидуальной защиты
ТФОМС	– территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФФОМС	– федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ХНИЗ	– хронические неинфекционные заболевания
ЦАОП	– центр амбулаторной онкологической помощи
ЦСО	– центральное стерилизационное отделение
COVID	– COronaVIrus Disease