



СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ И РОССИЙСКАЯ ПРАКТИКА

Доклад НИУ ВШЭ



ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

При участии Всемирного банка
Москва, 2019

К XX Апрельской
международной
научной конференции
по проблемам развития
экономики и общества

9–12 апреля 2019 г.
Москва

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ПРИ УЧАСТИИ ВСЕМИРНОГО БАНКА

СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ И РОССИЙСКАЯ ПРАКТИКА

Доклад НИУ ВШЭ



Издательский дом
Высшей школы экономики
Москва, 2019

УДК 614.2
ББК 51.1+65.495
С75

Доклад подготовлен на основе данных исследовательского проекта,
выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований
НИУ ВШЭ

Авторский коллектив:

И.М. Шейман, С.В. Шишкин (руководители авторского коллектива),
В.О. Кусакина, В.О. Моисеева, С.В. Сажина, Е.А. Тарасенко, А.Е. Чирикова

Сроки ожидания медицинской помощи: зарубежный опыт и российская практика [Текст] : докл. к XX Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 9–12 апр. 2019 г. / рук. авт. кол. И. М. Шейман, С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2019. — 87, [1] с. — 250 экз. — ISBN 978-5-7598-1975-2 (в обл.). — ISBN 978-5-7598-1899-1 (e-book).

В докладе представлены результаты сравнительного анализа применяемых за рубежом и в России практик регулирования и мониторинга сроков ожидания медицинской помощи. В большинстве развитых западных стран сроки ожидания медицинской помощи контролируются, и проводится государственная политика их сокращения. Системы регулирования и мониторинга сроков ожидания в отдельных странах различаются, но в каждой стране действует единый порядок учета данного показателя. В России установлены предельные сроки ожидания отдельных видов медицинской помощи. Согласно официальным документам, эти гарантии соблюдаются. Но опросы населения и публикации в СМИ свидетельствуют о расхождении оценок государственных органов и граждан. Причины состоят в отсутствии единых правила учета фактических сроков ожидания и в управляемой врачами фиксации нужных сроков. В докладе предложены детальные рекомендации по созданию эффективной системы ведения очереди на плановую медицинскую помощь и формированию системы мониторинга сроков ожидания.

УДК 614.2
ББК 51.1+65.495

Опубликовано Издательским домом Высшей школы экономики
<<http://id.hse.ru>>

ISBN 978-5-7598-1975-2 (в обл.)
ISBN 978-5-7598-1899-1 (e-book)

© Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2019

Содержание

Перечень сокращений и обозначений	5
Введение	6
1. Зарубежный опыт разработки и ведения листов ожидания плановой медицинской помощи	8
1.1. Государственные гарантии предельных сроков ожидания.....	8
1.2. Организация мониторинга сроков ожидания	15
1.3. Измерение срока ожидания плановой медицинской помощи.....	18
1.3.1. Понятия и показатели ожидания	18
1.3.2. Используемые усредненные показатели времени ожидания	19
1.3.3. Точка отсчета срока ожидания	22
1.4. Международные сравнения времени ожидания в странах — членах ОЭСР	25
2. Практики управления очередью на плановую медицинскую помощь в российском здравоохранении	32
2.1. Значение проблемы сроков ожидания медицинской помощи в российском здравоохранении	32
2.2. Нормативно-правовая база по вопросам ожидания медицинской помощи.....	34
2.3. Официальные оценки сроков ожидания	40
2.4. Лучшие практики мониторинга сроков ожидания в регионах	42
2.5. Контроль сроков оказания медицинской помощи страховыми медицинскими организациями	53
2.6. Сроки ожидания медицинской помощи в оценках пациентов	56

2.7. Врачебные практики управления очередью на плановую медицинскую помощь.....	62
2.7.1. Практики выполнения врачами стационаров требований к срокам ожидания плановой госпитализации.....	62
2.7.2. Отношение врачей поликлиник к установлению сроков ожидания госпитализации	65
2.7.3. Причины несоблюдения предельных сроков госпитализации	67
2.7.4. Очередь и качество врачебной помощи: парадоксы врачебных оценок	69
2.8. Основные выводы	72
3. Рекомендации по созданию системы управления очередью на плановую медицинскую помощь и формированию системы мониторинга сроков ожидания.....	78
Использованные источники.....	83

Перечень сокращений и обозначений

ВМП	— высокотехнологичная медицинская помощь
ВТЭК	— врачебно-трудовая экспертная комиссия
КДО	— клиничко-диагностическое отделение
КТ	— компьютерная томография
МИАЦ	— медицинский информационно-аналитический центр
МРТ	— магнитно-резонансная томография
ОМС	— обязательное медицинское страхование
ОЭСР	— Организация экономического сотрудничества и развития
ПГГ	— программа государственных гарантий
ПМСП	— первичная медико-санитарная помощь
СМО	— страховая медицинская организация
ТФОМС	— территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ФФОМС	— Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЦРБ	— центральная районная больница

Введение

Ресурсы любой системы здравоохранения ограничены, и в каждой из них имеет место регулирование доступа пациентов к тем или иным видам медицинской помощи. Везде приоритет отдается пациентам, которым необходима экстренная медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни, или при острых болевых ощущениях. В других случаях, когда оказание необходимой медицинской помощи может быть отсрочено, устанавливаются явные или неявные правила ожидания пациентами необходимых им консультаций, обследований, операций и т.д. В большинстве западных стран с развитым общественным здравоохранением сроки ожидания медицинской помощи контролируются, и проводится государственная политика их снижения.

В России в явном виде такая политика не проводится, но действуют государственные гарантии предельных сроков ожидания по отдельным видам медицинской помощи, существует нормативная база по ведению листов ожидания медицинской помощи, в ряде регионов сформированы системы мониторинга сроков ожидания. Согласно официальным документам, эти гарантии соблюдаются. Но в то же время опросы населения и публикации в средствах массовой информации свидетельствуют о том, что фактические сроки ожидания отдельных видов медицинской помощи, в частности дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи (далее — ВМП), являются острой социальной проблемой. В чем причины такого расхождения оценок государственных органов и граждан? Что нужно сделать для решения этой проблемы и снижения градуса социального напряжения в этой сфере?

Практики учета сроков ожидания, контроля выполнения гарантий предельных сроков ожидания, формирования очередей, ведения листов ожидания в нашей стране пока не были предметом специального изучения.

В данном докладе представлены результаты исследования сроков ожидания медицинской помощи, выполненного Центром политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2018 г.

Рамки исследования ограничены той медицинской помощью, оказание которой может быть отложено во времени в тех случаях, когда состояние пациента не критично и не требует срочного

вмешательства. Эту помощь пациенты ждут определенное время. В нашей стране она называется плановой медицинской помощью. За рубежом используется термин *elective medical care*. В дальнейшем мы будем использовать один термин «плановая медицинская помощь» при анализе сроков ожидания и в России, и в зарубежных странах. Сроки ожидания скорой, неотложной, экстренной и иной медицинской помощи здесь не рассматриваются.

Цель исследования состоит в выявлении и сравнении применяемых в странах с развитой экономикой и в России практик регулирования и управления сроками ожидания плановой медицинской помощи и разработке рекомендаций по созданию эффективной системы мониторинга реальных сроков ее ожидания.

Первый раздел доклада посвящен анализу зарубежного опыта, включая систему государственных гарантий сроков ожидания, организацию очереди и порядок ее прохождения, мониторинг сроков ожидания, фактические показатели ожидания по отдельным видам медицинской помощи.

Во втором разделе рассматриваются вопросы регулирования и мониторинга сроков ожидания плановой медицинской помощи в российском здравоохранении. Критически оценивается сложившийся порядок ведения листов ожидания, анализируется передовой опыт мониторинга этого показателя в ряде регионов. Дается оценка остроты проблемы ожидания для населения и системы здравоохранения.

В завершающем, третьем разделе представлены рекомендации по созданию системы управления очередью на плановую медицинскую помощь и формированию системы мониторинга сроков ожидания медицинской помощи и управления очередью.

1. Зарубежный опыт разработки и ведения листов ожидания плановой медицинской помощи

1.1. Государственные гарантии предельных сроков ожидания

В большинстве развитых стран действуют доступные системы первичной медицинской помощи, представленные прежде всего врачами общей практики. Это — врачи первого контакта. Обычно получение первичной медицинской помощи не представляет собой особой проблемы: пациенты обращаются к врачу либо в день возникновения потребности, либо в ближайшие 2–3 дня. Проблема возникает с услугами врачей-специалистов, диагностическими услугами и стационарной помощью. Эти виды помощи обычно приходится ждать определенное время.

Для упорядочения процесса ожидания используется запись на медицинскую помощь и установление листа ожидания — очереди на получение соответствующей услуги. Прохождение очереди с момента получения направления лечащего врача, оказывающего медицинскую помощь на определенном уровне (например, в общей врачебной практике), до момента фактического получения услуги измеряется сроком ожидания. Параметры ожидания являются предметом государственного регулирования. Государство устанавливает порядок записи к врачу и движения очереди, а в ряде стран устанавливает государственные гарантии в отношении предельных сроков ожидания плановой медицинской помощи.

Количественные значения этих гарантий заметно различаются по отдельным развитым странам. Из 23 стран, охваченных исследованием Организации экономического сотрудничества и развития (далее — ОЭСР), в 15 странах отмечены высокие сроки ожидания плановой стационарной помощи (во всех Скандинавских странах, Англии, Шотландии, Уэльсе, Северной Ирландии, Португалии, Испании, Канаде, Новой Зеландии и Австралии) [1]. В этих странах действуют национальные стратегии сокращения сроков ожидания. В 7 странах (Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Греция, Италия, Люксембург) стратегия сокращения сроков ожидания отсутствует. Статистический обзор здравоохранения стран — членов ОЭСР добавляет к этому списку США, Южную Корею, Японию,

Швейцарию [1]. Заметим, что в этих странах действуют страховые системы финансирования здравоохранения с формой оплаты медицинской помощи за каждую оказанную услугу (гонорарный метод оплаты). Этот метод стимулирует наращивание объемов медицинской помощи. Отсюда и относительно меньшие сроки ожидания и меньшая острота проблемы временной доступности плановой медицинской помощи по сравнению со странами с бюджетными системами финансирования здравоохранения. Но это не означает, что проблемы длительного времени ожидания в страховых системах не существует. Например, во Франции, Италии и Австрии зафиксированы значительные межрегиональные различия в сроках ожидания плановой стационарной помощи [2, p. 57]. В Германии активно обсуждается проблема более высокой доступности стационарной помощи для застрахованных по ДМС — есть свидетельства того, что они быстрее попадают в больницы. В этой стране больницы обязаны представлять в правительство данные о сроках ожидания, но при этом отсутствует государственный мониторинг их соблюдения [3].

Значительные сроки ожидания медицинской помощи повышают вероятность ухудшения состояния больных людей. Обзор международных данных о медицинских последствиях длительных сроков ожидания, подготовленный группой канадских исследователей, показал, что из-за задержек предоставления плановых медицинских вмешательств растут частота осложнений заболеваний, объемы экстренной помощи и уровень летальности. Для ортопедических и ряда других заболеваний долгое ожидание отражается на качестве жизни пациентов и их трудоспособности. Экономическое измерение проблемы состоит в росте затрат на оказание медицинской помощи пациентам, чье состояние ухудшается. Возникает потребность в дополнительном финансировании здравоохранения. Авторы делают вывод, что в Канаде высокие сроки ожидания «выходят далеко за рамки того, что можно считать безопасным с медицинской точки зрения» [4, p. 61].

Острота проблемы ожидания различается по видам медицинской помощи. Как следует из табл. 1.1, пациенты дольше всего ждут плановую хирургическую помощь и специализированную амбулаторную помощь — консультации специалистов и наиболее сложные диагностические исследования. Относительно менее острая проблема — ожидание долговременной помощи, оказываемой в домах сестринского ухода, реабилитационных учреждениях. Сроки ожидания приема врачей общей практики обычно не явля-

Таблица 1.1 Наличие проблем ожидания отдельных видов плановой медицинской помощи и национальной стратегии сокращения сроков ожидания в странах — членах ОЭСР

Страна	Первичная помощь (врачи общей практики)	Специализированная амбулаторная помощь	Онкологическая помощь	Плановые хирургические операции	Долговременная помощь	Наличие национальной стратегии сокращения сроков ожидания
Австралия	!	!	!	!	!	Да
Австрия						Да
Англия	!	!	!	!	!	Да
Германия	!	!	!			Нет
Дания		!	!	!		Да
Израиль	!	!	!	!		Нет
Ирландия		!	!	!	!	Да
Исландия	!	!			!	Нет
Испания				!		Да
Канада	!	!	!	!	!	Да
Нидерланды		!			!	Нет
Новая Зеландия		!	!	!		Да
Норвегия	!	!	!		!	Нет
Польша		!	!		!	Нет
Португалия	!	!	!	!	!	Да
Словакия						Да
Словения		!	!		!	Да
Турция	!	!	!	!	!	Да
Финляндия	!	!	!		!	Да
Чешская Республика			!		!	Нет
Швеция	!	!	!	!		Да
Шотландия	!	!	!	!		Да

Примечание. ! — высокая острота проблемы.

Источник: [6].

ются большими, поэтому внимание к ним слабее. Но в ряде стран (Канаде, Англии, Дании, Израиле, Новой Зеландии, Швеции, Испании, Турции) эта проблема существует.

Если сроки ожидания медицинской помощи являются в стране довольно острой проблемой, то это обычно побуждает государство к их регулированию. Отмечается общая тенденция к установлению государственных гарантий в отношении предельных сроков ожидания: объявляется, что пациенты не должны ждать больше установленного срока. Такие гарантии есть во всех странах, где отмечается острота данной проблемы: в 16 из 24 анализируемых стран — членов ОЭСР.

В мировой литературе по вопросам организации медицинской помощи не существует общепринятого представления о приемлемых сроках ожидания определенных медицинских вмешательств. Эксперты ОЭСР Л. Сицилиани и Дж. Хёрст в своем исследовании сроков ожидания в 12 западных странах отмечают, что «некоторые страны в последние годы считают приемлемым срок ожидания 3–6 месяцев для определенных плановых состояний» [5, р. 10].

Сроки устанавливаются исходя из оценки возможностей системы здравоохранения — текущих и перспективных. Очевидно, что слишком большие сроки неприемлемы для населения. Но и нереалистично малые сроки, установленные без учета ресурсных ограничений, также не способствуют повышению доступности плановой медицинской помощи. Более того, в этом случае возникает ряд негативных эффектов для системы здравоохранения в целом. В исследовании М. Ханнинг отмечается, что при необоснованных гарантиях возникает угроза оперативному оказанию экстренной помощи, которая всегда является приоритетом государственной политики [7, р. 31]. Возникает опасность того, что медицинские организации будут вынуждены «дотягивать» плановых пациентов до предельных сроков ожидания плановой помощи, тем самым ограничивая возможности оказания экстренной помощи. Кроме того, необоснованные гарантии порождают оппортунистическое поведение поставщиков медицинских услуг, в частности усложнение процедуры постановки на лист ожидания, манипулирование структурой случаев лечения — выполнение сроков ожидания по одним хирургическим вмешательствам за счет других категорий плановых пациентов, не охваченных государственными гарантиями. Поэтому в западных странах утверждается точка зрения, что определение гарантий в отношении предельных сроков ожидания — это не политическая декларация о намерениях, а трезвый

расчет возможностей системы здравоохранения. Об этом свидетельствует опыт установления гарантий в отдельных странах.

Первые попытки установить предельные сроки ожидания были предприняты в начале 1990-х годов в Англии, Норвегии, Финляндии, Канаде, Швеции. Но все эти попытки были неудачными. Особенно показателен пример Швеции. В этой стране в 1992 г. были впервые введены гарантии в отношении 10 видов хирургических операций: аортокоронарного шунтирования, удаления катаракты, замены тазобедренного сустава и проч. Был установлен предельный срок ожидания — 3 месяца. Для реализации гарантий были выделены дополнительные средства из центрального бюджета — 500 млн шведских крон в год. Решение об установлении гарантий во многом определялось политическими причинами. Правящая партия, готовясь к парламентским выборам, поставила задачу существенного сокращения сроков ожидания медицинской помощи. Поначалу новая политика была успешной. Число ожидавших хирургические операции в 1993 г. сократилось по сравнению с предыдущим годом с 35 тыс. до 23 тыс., но уже в следующем году стало снова расти. В большинстве ленов (губерний) страны возникли серьезные проблемы с обеспечением этих гарантий. В итоге гарантии просуществовали только 5 лет и в 1997 г. были отменены. Неудача проекта объяснялась следующими причинами:

- затраты на обеспечение гарантий оказались более значительными по сравнению с планируемыми;

- новая политика совпала во времени с сокращением коечного фонда, проводимым в рамках общей политики сдерживания затрат. При этом возможности увеличения объемов помощи за счет повышения эффективности использования коечного фонда к этому моменту были исчерпаны. Предельные сроки ожидания стали невыполнимыми;

- больницы не несли ответственности за несоблюдение гарантий, поэтому предельные сроки ожидания часто нарушались [7].

Правительство Швеции вынуждено было признать декларативность действующих гарантий и отказаться от них, предоставив возможность ленам самим определять предельные сроки ожидания. В результате длительных и политически «заряженных» обсуждений 13 из 21 лена ввели собственные гарантии — уже более реалистичные. И только в 2005 г. Швеция вновь ввела общенациональные гарантии предельных сроков ожидания.

Другие страны, установившие гарантии, также сталкивались с аналогичными проблемами несоблюдения гарантий в силу слож-

ности их обеспечения. Поэтому везде эти гарантии вводились постепенно и очень адресно — применительно к определенным видам медицинских вмешательств с наиболее высокими сроками ожидания. Пик установления гарантий пришелся на нулевое десятилетие [8].

Таким образом, установление гарантий предельных сроков ожидания само по себе не решает проблемы повышения доступности плановой медицинской помощи. При их введении следует учитывать широкий набор факторов, отражающих спрос и предложение на медицинские услуги.

Можно выделить следующие факторы формирования гарантий сроков ожидания, которые связаны со спросом на медицинские услуги.

- *Отношение населения к длительному ожиданию плановой помощи:* в какой мере люди привыкли получать медицинскую помощь оперативно, какова доминирующая позиция в отношении дилеммы «доступность — качество». Чем терпимее пациенты относятся к очереди, тем проще установить реалистичные сроки ожидания и реализовать гарантии. Параметры этой терпимости различаются по странам. Так, в Великобритании опрос населения в 2001—2002 гг. показал, что среди тех пациентов, кто ждал медицинскую помощь менее месяца, 93% считали время ожидания приемлемым; среди тех, кто ждал от 1 до 3 месяцев, — 78%, 4—6 месяцев — 53%, более 6 месяцев — 22% [7]. Иначе говоря, озабоченность временем ожидания относительно невелика при сроке ожидания менее 3 месяцев, потом она растет. В Швеции в 2003 г. большинство оперированных по поводу замены тазобедренного сустава, перенесших операции на позвоночнике и менисках, считали сроки ожидания приемлемыми, и лишь треть считала их слишком высокими. При этом средние сроки для первой группы составляли соответственно 4,8, 1,6 и 1,5 месяца, а для второй — 7,2, 6,6 и 2,5 месяца. Таким образом, довольно длительное ожидание некоторых видов медицинских вмешательств в этих странах воспринимается относительно спокойно. Это расширяет возможности государства устанавливать реалистичные предельные сроки ожидания.

- *Наличие реальных возможностей выбора медицинских организаций.* Если есть реально обеспеченный выбор, то пациенты предпочитают медицинские организации с меньшим сроком ожидания.

- *Степень развития формального рационирования помощи:* есть ли ранжирование пациентов по остроте состояния, есть ли установленные показания для оказания плановой, а не экстренной по-

мощи, насколько врачи следуют этим показаниям, принимают ли пациенты эти показания? Чем сильнее рacionamento, тем легче регулировать очередь и обеспечить гарантии для пациентов с наиболее сложным состоянием.

Со стороны предложения можно выделить такие факторы, которые следует учитывать при определении государственных гарантий в отношении предельных сроков ожидания.

- *Имеющиеся мощности медицинских организаций и возможности повышения эффективности их использования.* В ситуации ограничения мощностей обеспечить гарантии значительно сложнее, чем при их расширении. Далеко не всегда сокращение коечного фонда больниц может быть компенсировано сокращением длительности госпитализаций и повышением оборота койки.

- *Наличие плановых объемов медицинской помощи, доводимых до медицинских организаций.* В этом случае государство как покупатель медицинской помощи имеет возможность влиять на выполнение взятых на себя обязательств в отношении предельных сроков ожидания путем доведения до медицинских организаций более высоких целевых показателей по объемам медицинской помощи.

- *Наличие гибкой системы оплаты медицинской помощи:* при возникновении дефицита услуг (длинной очереди) включается механизм оплаты фактических объемов или иные стимулирующие механизмы. Это дает возможность оперативно реагировать на слишком высокие сроки ожидания.

- *Наличие системы управления очередью:* учет реальной потребности в плановых медицинских вмешательствах, оценка возможностей каждой медицинской организации, оперативное перераспределение оплачиваемых объемов плановой медицинской помощи между отдельными медицинскими организациями.

В западных странах эти факторы в той или иной мере учитываются при определении гарантий. Если что-то выпадает или действует слабо, то снижается вероятность выполнения гарантий, они становятся декларативными. В демократическом обществе правительству приходится отвечать за эту декларативность.

Итак, установление государственных гарантий предельных сроков ожидания само по себе не является «волшебной палочкой», повышающей доступность плановой медицинской помощи. Позитивный эффект от введения таких гарантий возможен при условии адекватного учета комплекса факторов спроса и предложения медицинских услуг, а в итоге — возможностей системы здравоохранения.

1.2. Организация мониторинга сроков ожидания

В западных странах существует тесная зависимость между наличием государственных гарантий предельных сроков ожидания и наличием систем мониторинга этих сроков. Если страна гарантирует временные границы ожидания, то она организует мониторинг их соблюдения. Как следует из табл. 1.2, все страны с государственными гарантиями сроков ожидания проводят такой мониторинг, причем с высокой степенью детализации. Определяется среднее время ожидания плановой операции по определенному профилю больничной койки (ортопедия, общая хирургия и проч.). В 10 странах степень детализации собираемых данных еще выше. Например, в Дании объектом мониторинга являются 50 выделенных диагнозов, а в Англии собирается еще более детальная информация об ожидании медицинских процедур и вмешательств по четвертому уровню кодирования классификации болезней ВОЗ, т.е. по отдельным укрупненным диагнозам, близким к клинико-статистическим группам стационарной помощи [2].

Содержание мониторинга достаточно однородно по отдельным странам. Обобщая работы западных специалистов, можно выделить следующие его наиболее важные элементы:

1) устанавливается *единый* лист ожидания для всех пациентов. Он распространяется на все те медицинские организации, независимо от их правовой формы, чьи услуги оплачиваются из государственных средств (государственные, частные некоммерческие и частные коммерческие);

2) используются централизованные информационные системы для учета движения листа ожидания и оценки усредненных показателей времени ожидания;

3) сбор данных осуществляется по единой методике. Каждая медицинская организация обязана представлять в эти информационные системы данные о направлениях на консультацию или госпитализацию и фактическом оказании медицинской помощи. Эти данные централизованно обрабатываются и рассчитываются показатели движения очереди и сроков ожидания;

4) существует информирование граждан о движении листов ожидания в режиме онлайн. Это информирование базируется на показателях движения очереди. Пациенты знают, сколько времени нужно ждать помощи в связи с конкретным заболеванием или состоянием;

5) показатели сроков ожидания являются неотъемлемой частью текущей статистики. Они представлены в отчетах медицинских организаций и органов управления здравоохранением;

Таблица 1.2 Наличие систем мониторинга и регулирования сроков ожидания плановой хирургической помощи в отдельных странах — членах ОЭСР

Страна	Ведется мониторинг сроков ожидания плановой хирургической помощи			Существуют гарантии предельного времени ожидания медицинской помощи
	Средних показателей по всем видам операций	Показателей по отдельным специальностям	Показателей по конкретным хирургическим операциям	
Швеция	+	+	+	+
Дания	+	+	+	+
Финляндия	+	+		+
Норвегия	+	+		+
Англия	+	+	+	+
Шотландия	+	+	+	+
Уэльс	+	+	+	+
Северная Ирландия	+	+		+
Ирландия	+	+	+	+
Португалия	+	+		+
Испания	+	+	+	+
Нидерланды		+	+	+
Канада		+	+	+
Новая Зеландия	+	+		+
Австралия	+	+	+	+
Австрия	идет процесс принятия нормативных актов			
Италия	неполный национальный мониторинг	+		
Греция	нет национального мониторинга			
Франция	нет национального мониторинга			
Германия	нет национального мониторинга			
Бельгия	нет национального мониторинга			

Источник: [2].

б) собираемые данные характеризуют как среднюю доступность плановой помощи, так и доступность отдельных видов помощи, вплоть до отдельных видов медицинских вмешательств, например, конкретных хирургических операций;

7) показатели сроков ожидания анализируются с целью представления детальной картины доступности медицинской помощи и принятия управленческих действий для снижения времени ожидания [2, 6, 8].

Наиболее значительные мероприятия по созданию системы мониторинга проводятся в странах с традиционно высокими сроками ожидания. Например, в Канаде в 2004 г. был принят 10-летний план укрепления здравоохранения, предусматривающий меры по «измеримому сокращению сроков ожидания плановой медицинской помощи» по пяти приоритетным группам заболеваний и хирургическим операциям, включая онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, операции по замене тазобедренных и коленных суставов, удаление катаракты, проведение сложных диагностических исследований [4]. После согласования с территориальными органами управления (на уровне провинций) были установлены целевые показатели снижения времени ожидания этих услуг. Отметим, что это не предельные сроки ожидания, а целевые показатели, которых нужно достичь за установленные периоды. Постановка задачи снижения сроков ожидания увязывалась с реальными возможностями их достижения.

План установил требование сначала к больницам, а затем к органам управления здравоохранением провинций регулярно публиковать собранные данные и анализировать прогресс в достижении целевых показателей. В каждой провинции был сформирован единый лист ожидания, в который включаются все пациенты, ожидающие плановую медицинскую помощь с оплатой за счет государственных средств. При этом была установлена единая методика сбора данных о плановых пациентах, включая начальную точку отсчета времени ожидания — с момента получения консультации врача общей практики или специалиста амбулаторного звена.

Вся информация концентрируется в специально созданных информационных системах. Гармонизирована система измерения времени ожидания в отдельных провинциях для проведения сравнительного анализа. Обеспечена сравнимость показателей времени ожидания с такими показателями отдельных стран — членов ОЭСР. Канадский институт медицинской информации получил мандат на регулярную публикацию отчетов по времени ожида-

ния, т.е. информация о сроках ожидания стала доступной каждому гражданину страны. Каждые 3 года специальный парламентский комитет обсуждает прогресс в достижении поставленных задач по снижению сроков ожидания. Мониторинг времени ожидания является основой для управленческих действий.

Аналогичные системы мониторинга были созданы и в других западных странах, сталкивающихся с проблемой длительных сроков ожидания (подробнее см. в публикации [8]). Эти системы стали элементом политики повышения доступности плановой медицинской помощи.

1.3. Измерение срока ожидания плановой медицинской помощи

1.3.1. Понятия и показатели ожидания

В зарубежных системах мониторинга ожидания плановой медицинской помощи используются два понятия. Первое — *лист ожидания*, или длина очереди на получение помощи. Он измеряется числом ожидающих пациентов. Ведение листов ожидания предполагает наличие определенной системы учета. Главной тенденцией развития мониторинга в западных странах является создание централизованных компьютеризованных систем учета пациентов, ожидающих определенно вид медицинской помощи. Такие системы призваны сформировать *единую* очередь и обеспечить ее прохождение пациентами по *единым* правилам.

Второе понятие — *срок ожидания*. Это время, необходимое для получения лечения всеми пациентами, стоящими в очереди, — с момента выбранной точки отсчета ожидания (она может быть разной) до реального получения лечения.

Для пациентов наиболее важный показатель — фактический срок ожидания.

Тренды двух вышеуказанных показателей могут быть разными. Число ожидающих пациентов может расти, а срок ожидания снижаться благодаря увеличению мощности медицинских организаций и повышению производительности труда врачей. По данным Л. Сицилиани и Дж. Хёрста, в Англии в 1980–1990-е годы лист ожидания на плановую хирургию имел тенденцию к удлинению, а среднее время ожидания было довольно стабильным [5, р. 24].

Особая значимость срока ожидания для пациентов обуславливает нацеленность государственной политики на снижение именно

этого показателя. Число ожидающих в очереди является вспомогательным показателем успешности государственной политики.

Существуют три показателя срока ожидания:

1) завершившееся ожидание (*completed waits*) — ретроспективная оценка ожидания пациентов, получивших помощь;

2) текущее ожидание (*on-going waits*) — оценка времени ожидания пациентов, находящихся в данный момент в листе ожидания. Эта оценка характеризует уже проведенное время ожидания для пациентов, продолжающих ждать лечение. Например, пациент ждет госпитализации более месяца, трех месяцев и т.д. Данный показатель характеризует движение очереди и поэтому может быть полезным для принятия управленческих действий, направленных на ускорение получения помощи [8].

3) предполагаемое время ожидания (*expected waiting time*), т.е. прогноз для новых пациентов.

Обычно мониторинг сфокусирован на первых двух показателях. Они характеризуют фактический срок ожидания в среднем по совокупности пациентов — получивших лечение или ожидающих его в определенный момент (это, например, доля пациентов, ожидающих плановую хирургическую операцию более года). Что касается предполагаемого времени ожидания, то этот показатель обычно не фигурирует в мониторинге и в исследованиях, поскольку является производным от первых двух.

1.3.2. Используемые усредненные показатели времени ожидания

В развитых странах используются разные усредненные показатели времени ожидания:

1) среднее время ожидания;

2) медианное время ожидания;

3) доля пациентов, ожидающих лечения более определенного времени;

4) время ожидания для 90% или 95% пациентов;

5) число ожидающих пациентов на одного жителя (текущее ожидание);

6) число пациентов, ожидающих в пределах установленного периода, в определенный месяц, квартал, год (текущее ожидание) [8].

В табл. 1.3 приведены показатели ожидания по законченным срокам ожидания в отдельных странах — членах ОЭСР, а в табл. 1.4 — по показателям текущего ожидания. И в том и в другом случаях дается

соотношение фактического срока ожидания и предельного срока, установленного системой государственных гарантий.

Таблица 1.3 Измерение показателей законченного времени ожидания и выполнения предельного срока ожидания в отдельных странах — членах ОЭСР

Усредненные показатели законченного времени ожидания						
Используемый параметр	Среднее время ожидания	Медианное время ожидания	Для 90% больных в очереди	Для 95% больных в очереди	Число или доля законченных случаев ожидания в определенный временной интервал	Выполнение гарантий предельного времени ожидания медицинской помощи
Швеция					+	+
Дания	+	+				
Финляндия		+				+
Норвегия	+					+
Англия	+	+		+		+
Шотландия		+	+		+	+
Уэльс					+	+
Северная Ирландия						
Ирландия						+
Португалия	+					+
Испания						
Канада		+	+			+
Новая Зеландия						+
Австралия		+	+		+	+
Нидерланды	+					+

Источник: [2, p. 55].

Таблица 1.4 Измерение показателей текущего времени ожидания и выполнения предельного срока ожидания в отдельных странах — членах ОЭСР

Используемый параметр	Число пациентов в листе ожидания	Число пациентов в листе ожидания в определенный временной интервал	Число пациентов в листе ожидания на душу населения	Медианное (или среднее) время ожидания	Выполнение гарантий предельного времени ожидания медицинской помощи
Швеция	+	+	+		
Дания					
Финляндия					
Норвегия					
Англия	+				
Шотландия	+	+			+
Уэльс	+	+			
Северная Ирландия	+	+			+
Ирландия	+	+			
Португалия	+			+	+
Испания	+			+	+
Канада			+	+	
Новая Зеландия					
Австралия					
Нидерланды					

Источник: [2, p. 56].

Медианное значение времени ожидания используется для того, чтобы исключить слишком большие отклонения от среднего срока. Если число ожидающих длительное время велико, то медианное значение будет меньше среднего. Например, в Англии в 2008–2009 г. медианное время ожидания операций по замене шейки бедра и коленного сустава было на 5–11 дней меньше среднего. В Австралии кроме медианного времени ожидания измеряют вре-

мя ожидания для 90% пациентов, ждущих лечения. Это время примерно в 3 раза больше медианного. Кроме того, собираются данные о числе пациентов, которые ждут более года [8, p. 57]. Во всех рассмотренных странах измеряется выполнение государственных гарантий в отношении предельных сроков ожидания.

Показатели текущего времени ожидания дают возможность лучше понять картину распределения пациентов по времени ожидания для принятия управленческих решений по повышению доступности помощи. Особенно часто используется показатель числа пациентов в листе ожидания — в целом или на определенный момент ожидания (например, в течение квартала или года). В Швеции и Канаде измеряется показатель числа ожидающих на душу населения. Эти данные нужны для того, чтобы понять, что кроется за средними показателями. Если действуют предельные сроки ожидания, то можно выделить долю пациентов, которые не укладываются в эти сроки.

Оценка текущего ожидания всегда дает более низкие сроки ожидания, так как фиксируется ожидание в определенный момент еще до завершения ожидания. Это характеристика продолжающегося ожидания. Отметим, что мониторинг текущего ожидания распространен меньше, чем мониторинг конечного ожидания. Скорее всего, это связано с относительной сложностью учета данного показателя.

1.3.3. Точка отсчета срока ожидания

Точка отсчета времени ожидания особенно важна для плановой стационарной помощи, включая хирургические операции. Прежде чем попасть в стационар, пациент проходит несколько этапов оказания медицинской помощи: прием врача общей практики, проведение диагностических процедур, консультация узкого специалиста амбулаторного звена, повторные диагностические процедуры, консультация врача стационара. Движение пациента по этим этапам обычно регулируется направлениями врачей более низкого звена. Точка отсчета времени ожидания госпитализации измеряется с момента решения о госпитализации, принятого не вообще лечащим врачом (как в Российской Федерации), а лечащим врачом, действующим на определенном уровне оказания медицинской помощи. Точки отсчета различаются по отдельным странам, как показано на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Начальные точки для измерения срока ожидания плановой первичной и специализированной помощи в странах — членах ОЭСР

Примечание. Стрелки указывают на начальные точки для измерения.

Источник: [2, р. 57].

Существуют следующие варианты исходных точек отсчета:

- с момента выписки направления пациенту врачом общей практики — в Англии, Шотландии;
- с момента получения направления организацией специализированной помощи (узким специалистом или больницей) — в Дании, Норвегии, Уэльсе;
- с момента принятия решения о лечении организацией специализированной помощи — в Швеции, Финляндии, Северной Ирландии, Канаде, Нидерландах, Португалии;
- с момента включения пациента в лист ожидания — в Ирландии, Австралии.

В Англии, Шотландии, Финляндии и Швеции есть тенденция к тому, чтобы измерять время ожидания госпитализации с момента получения направления у врача общей практики до момента начала лечения в стационаре. Этот тип ожидания называется «направление на лечение» (referral-to-treatment). Он включает ожидание на

промежуточных стадиях — ожидание диагностических процедур, консультаций специалистов, дополнительной консультации врача общей практики и проч. Это ожидание может быть длительным и очень обременительным для пациента. Поэтому в указанных странах ставится задача сократить *общее время ожидания* с момента направления на лечение, а не только ожидание стационарной помощи после принятия решения о госпитализации самой больницей. Тип ожидания, измеряемого с момента выписки направления врачом общей практики, доминирует в Англии [2].

Это особенно важно для оказания помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. В Швеции действующая национальная стратегия развития онкологической помощи предусматривает сокращение маршрута движения пациентов для получения необходимой стационарной помощи. На это ориентированы и органы статистики. Они измеряют каждый отрезок пути к нужной услуге начиная с момента установления предварительного диагноза. Время ожидания стационарной помощи оценивается с момента оформления направления врачом, установившим диагноз [8].

Исследование по Шотландии показало, что из общего времени ожидания плановых госпитализаций только 53% приходится на лист ожидания в стационаре, 35% — на лист ожидания приема амбулаторного специалиста и 15% — на время между листами ожидания [9, р. 594]. Иначе говоря, время пребывания в листе ожидания в стационаре вдвое короче реального времени ожидания. Этот показатель существенно занижает общее время ожидания.

Важно заметить, что при расчете усредненных показателей времени ожидания не учитываются пациенты, которые находились в листе ожидания, но по каким-то причинам не получили лечения, например, отказались от него на последней стадии ожидания или врачи не порекомендовали проведение медицинского вмешательства. Эти категории пациентов исключаются из расчета среднего срока ожидания. Данный показатель учитывается только для пациентов, реально получивших лечение.

Информационные системы используются для текущего информирования граждан о состоянии очереди. Устанавливается порядок ее прохождения, включая случаи перевода плановой помощи в экстренную.

Анализ зарубежных практик измерения времени ожидания дает основания для следующих выводов:

1) в западных странах измеряется не только число пациентов в листе ожидания, но и усредненные показатели фактического времени ожидания. Такой подход соответствует интересам пациентов,

которым нужна информация именно о времени ожидания, а не просто о длине очереди;

2) во многих странах измеряется не только среднее, но и медианное время ожидания, а также время ожидания для основной части ожидающих (80–90%) и для тех, кто ждет медицинскую помощь особенно долго. Такой подход позволяет декомпозировать средние показатели и выделить долю пациентов, не получивших медицинской помощи в установленные сроки;

3) в ряде стран отмечается тенденция к более детальному мониторингу движения пациента в многоуровневой системе оказания медицинской помощи — начиная с момента установления диагноза на уровне врача общей практики или узкого специалиста. При этом начальной точкой отсчета времени ожидания является момент оформления направления врачом, установившим диагноз. Другие страны используют более позднюю точку отсчета — на уровне принимающего стационара. И в том и в другом случаях действует единое правило, с какого момента следует измерять время ожидания, что делает полученные результаты понятными для пациентов и сравнимыми для отдельных медицинских организаций. Появляется возможность для сравнения сроков ожидания в отдельных регионах и международных сравнений.

1.4. Международные сравнения времени ожидания в странах — членах ОЭСР

Международные сравнения осложняются вариацией методов измерения начала срока ожидания в отдельных странах. Существующие сравнения основаны на обследованиях, проводимых по единой методике. Запрашивается информация о параметрах ожидания, полученные данные по странам затем приводятся к максимально сравнимому виду. Такой анализ регулярно проводится группой специалистов ОЭСР [2, 6, 8]. Например, в наиболее часто цитируемой работе [8] запрашивалась информация по следующим показателям — времени ожидания:

— от момента оформления направления специалистом амбулаторного звена до госпитализации;

— от момента оформления направления врачом общей практики до госпитализации, включая время ожидания консультации специалиста от момента оформления направления врачом общей практики;

— госпитализации в определенный момент (например, сколько пациентов уже прождали госпитализацию 3 месяца, 6 месяцев и т.д.).

Оценки специалистов ОЭСР фокусируются на времени ожидания плановой хирургии — по отдельным операциям. Они публикуются в ежегодных обзорах здравоохранения стран — членов ОЭСР. Последний такой обзор содержит данные о времени ожидания удаления катаракты, эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов [1, р. 97]. Сравняются данные по среднему и медианному законченному времени ожидания в 2015 г. По нескольким странам оценивается динамика этого показателя. Результаты представлены на рис. 1.2–1.4.

Обращает на себя внимание несовпадение средних и медианных значений показателей: медианное значение по всем странам ниже среднего. Как отмечают авторы обзора, особенно велик разрыв между этими показателями в Чили, Эстонии и Польше. Он является признаком наличия в этих странах особенно больших групп пациентов, которые ждут хирургические операции значительно дольше, чем в среднем. Можно предположить, что сходная картина характерна и для российского здравоохранения, хотя данные для проверки этой гипотезы отсутствуют.

В 2015 г. среднее время ожидания операции по удалению катаракты было самым низким в Нидерландах (37 дней) и самым высоким в Эстонии и Польше (соответственно 253 и 464 дня), как представлено на рис. 1.2. В Великобритании, Дании, Испании и Чили этот показатель был в целом стабильным за предшествующее десятилетие, а в большинстве других стран он снижался. Обращает на себя внимание, что в странах со страховой моделью финансирования здравоохранения данный показатель заметно ниже, чем в странах с бюджетной моделью.

Нидерланды являются лидером по минимальному времени ожидания операции по замене тазобедренного сустава — здесь эту операцию ждут в среднем 42 дня, в то время как в Эстонии — 289 дней, а в Польше — 400 дней. Медианное время ожидания этой операции составляет 41 день в Дании, 49 в Италии и 54 дня в Израиле. В Испании, Норвегии, Португалии и Австралии этот показатель варьируется от 100 до 150 дней, а в Эстонии, Польше и Чили он превышает 200 дней. Тренды данного показателя по четырем странам отражают общую тенденцию к сокращению времени ожидания за последнее десятилетие, как представлено на рис. 1.3.

Примерно такая же картина складывается и по операциям по замене коленного сустава — те же лидеры и те же отстающие, как представлено на рис. 1.4. Динамика времени ожидания этой операции по четырем странам в целом стабильная. Точно так же страны со страховой моделью имеют более низкие показатели ожидания.

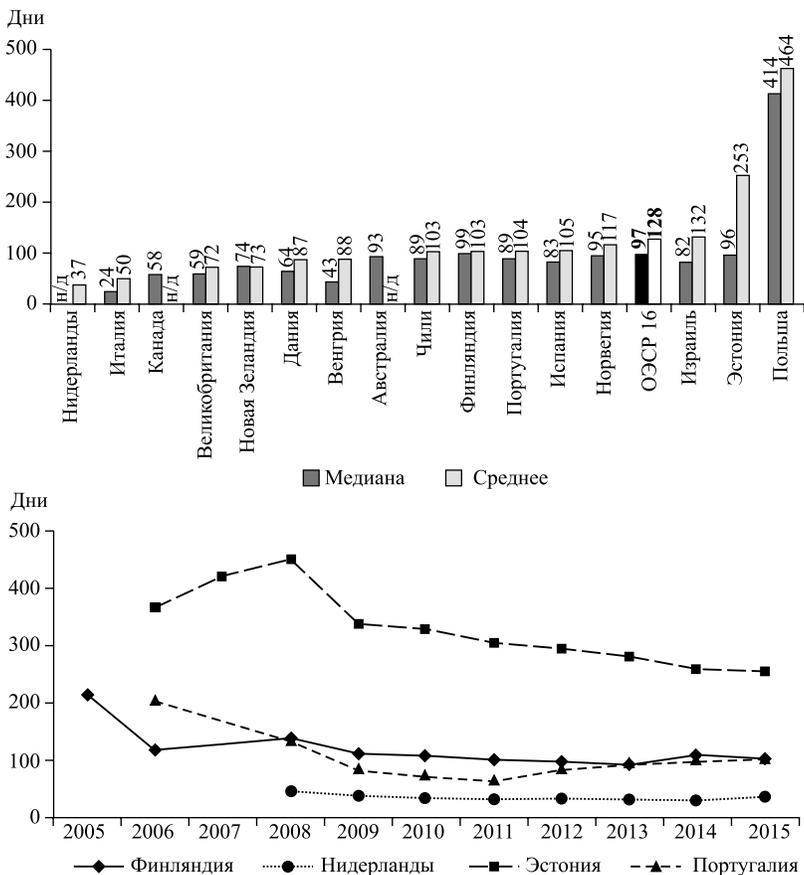


Рис. 1.2. Время ожидания оперативного удаления катаракты в 2015 г. в отдельных странах — членах ОЭСР и динамика этого показателя за 2005–2015 гг.

Источник: [1, р. 97].

Агрегированные данные сравниваются в исследовании Фонда Содружества (The Commonwealth Fund), посвященном специализированной амбулаторной и стационарной помощи в 2008–2009 гг. [10]. Сроки ожидания консультаций узких специалистов довольно велики, особенно в странах с бюджетной моделью финансирования, где действуют относительно слабые стимулы к наращиванию объемов амбулаторной помощи. Менее месяца ждет в среднем 50–60% населения (в Канаде и Швеции — еще меньшая доля на-

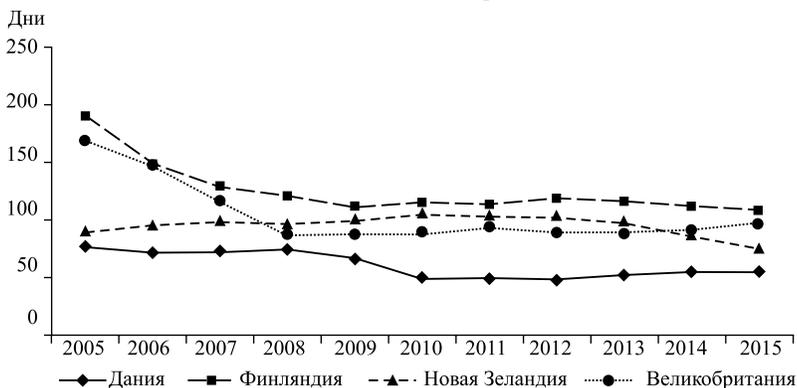
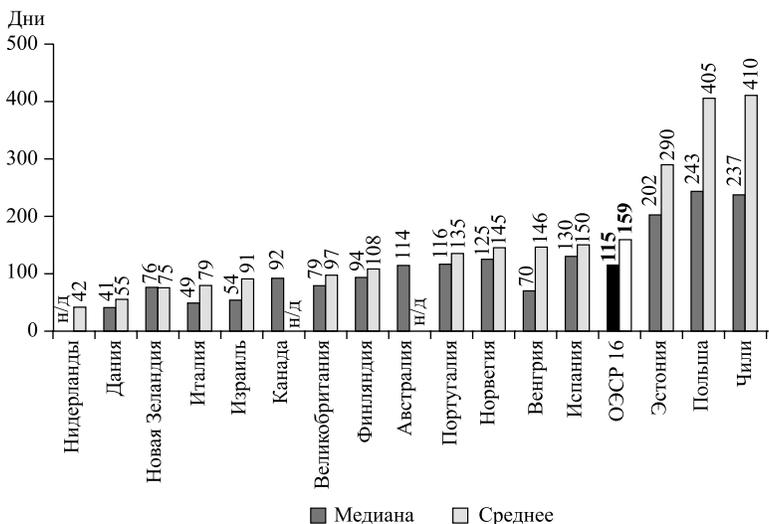


Рис. 1.3. Время ожидания эндопротезирования тазобедренного сустава в отдельных странах — членах ОЭСР в 2015 г. и динамика этого показателя за 2005–2015 гг.

Источник: [1, p. 97].

селения), остальные ждут дольше, иногда несколько месяцев, как показано в табл. 1.5. Сроки ожидания плановых госпитализаций еще выше. Менее месяца их ждет лишь 35–50% населения.

Приведенные данные свидетельствуют о довольно высоких сроках ожидания в западных странах. Во всех этих странах ставит-

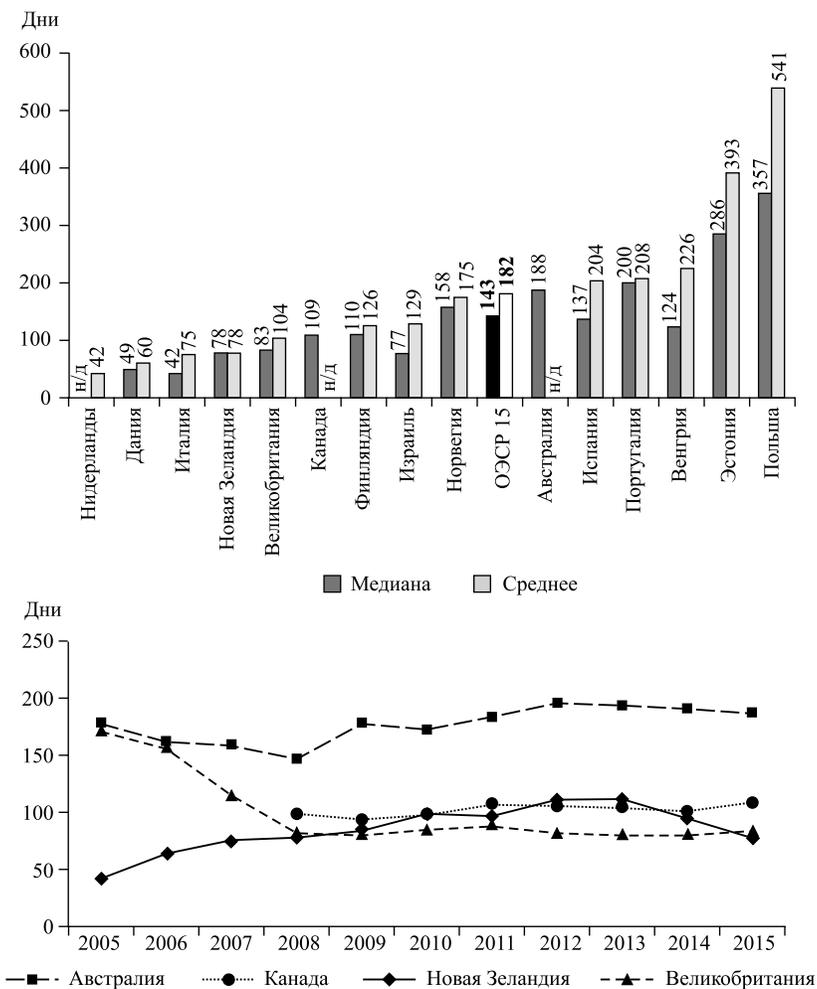


Рис. 1.4. Время ожидания эндопротезирования коленного сустава в отдельных странах — членах ОЭСР в 2015 г. и динамика этого показателя за 2005—2015 гг.

Источник: [1, р. 97].

ся задача сокращения этих сроков, и для ее решения используется широкий набор мер [11].

Сравнивать эти данные с российскими сроками ожидания надо с большой осторожностью. Следует учитывать как минимум три

Таблица 1.5 Сроки ожидания плановой медицинской помощи в отдельных странах в 2008–2009 гг.

Страна	Доля взрослых, ожидавших консультацию врача-специалиста, %		Доля взрослых, ожидавших плановое хирургическое лечение, %	
	менее 4 недель	2 месяца и более	менее 1 месяца	4 месяца и более
Австралия	54	28	53	18
Канада	41	41	35	25
Франция	53	28	46	7
Германия	83	7	78	0
Нидерланды	70	16	59	5
Новая Зеландия	61	22	54	8
Норвегия	50	34	44	21
Швеция	45	31	34	22
Швейцария	82	5	55	7
Великобритания	72	19	59	21
США	80	9	68	7

Примечание. Данные основаны на опросе, проведенном в 11 странах Фондом Содружества в 2010 г.

Источник: [10, p. 2327].

фактора, которые смягчают остроту проблемы в западных странах. Во-первых, в этих странах работают высококвалифицированные врачи общей практики, которые обеспечивают оказание основной части медицинской помощи. От 80 до 95% первичных обращений к такому врачу заканчивается на его уровне. Направления к узким специалистам не требуются, врачи общей практики сами решают основную часть проблем пациентов. Потребность в консультациях узких специалистов значительно меньше, чем в российском здравоохранении, где участковые врачи уже давно превратились в специалистов по ограниченному кругу самых простых заболеваний и поэтому направляют почти каждого второго пациента к врачам — узким специалистам. Во-вторых, в случае обострения заболевания сроки ожидания снижаются, поскольку пациент попадает в категорию «острых» больных и может обращаться в меди-

цинские организации, минуя лист ожидания. В-третьих, конфликт «доступность или качество медицинской помощи» в большинстве западных стран уже давно решается в пользу качества: можно подождать, но получить качественную медицинскую помощь. При всей важности упомянутых факторов проблема обеспечения государственных гарантий в отношении предельных сроков ожидания остается весьма актуальной для западных стран.

2. Практики управления очередью на плановую медицинскую помощь в российском здравоохранении

2.1. Значение проблемы сроков ожидания медицинской помощи в российском здравоохранении

В России, как и во многих западных странах, сроки ожидания медицинской помощи являются важным элементом системы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. В ежегодно утверждаемой Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — ПГГ) устанавливаются предельные сроки ожидания по отдельным видам медицинской помощи. Но фактические сроки ожидания далеко не всегда соответствуют их предельным значениям.

Острота существующей проблемы подтверждается данными социологических опросов. Согласно опросу взрослого населения страны (в возрасте от 18 лет и старше), проведенному в середине 2016 г. Левада-Центром, длительный срок ожидания медицинской помощи является наиболее острой проблемой здравоохранения для 43% россиян, как представлено на рис. 2.1. Эта проблема даже более значима, чем низкая квалификация врачей или плохое оснащение медицинским оборудованием. Треть россиян (33%) также жалуются на большие очереди непосредственно в медицинских учреждениях [12, с. 12].

Аналогичные результаты получены Центром социального проектирования «Платформа» совместно с ВЦИОМ в 2017 г. На вопрос «При обращении за медицинской помощью в медицинском учреждении по полису ОМС Вы или Ваши близкие сталкивались или не сталкивались со следующими проблемами за последний год?» 56% респондентов ответили, что они сталкивались лично с проблемой длительного срока ожидания медицинской помощи. Доля недовольных другими аспектами доступности и качества медицинской помощи была заметно ниже — от 12 до 42% [13, с. 7].

Данные опроса населения, проведенного Счетной палатой Российской Федерации в апреле — июле 2016 г., дают возможность дезагрегировать общие оценки. 70,6% респондентов отмечают, что сроки ожидания участкового терапевта и педиатра составляют более 24 ч после записи, т.е. превышают сроки, установленные в

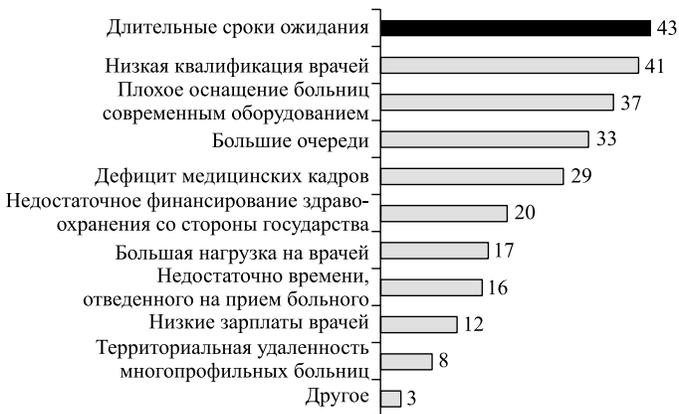


Рис. 2.1. Основные проблемы российского здравоохранения с позиции населения, по данным опроса Левада-Центра в 2016 г. (% , множественный выбор, не более 3 вариантов ответа)

ПГГ. Из них 23% могут попасть на прием лишь спустя 4–7 дней, а 21,8% — спустя 10 дней после записи. Иначе говоря, примерно 45% респондентов могут попасть на первичный прием лишь через 4 и более дней после записи. По данным того же опроса, 43% респондентов считают, что диагностические исследования (ультразвуковые, функциональные, рентгеновские, лабораторные) приходится ждать более установленных 2 недель [14].

Опрос медицинских работников (3423 врача и 943 медицинских сестры), проведенный теми же авторами в апреле 2016 г., дает столь же негативные оценки доступности медицинской помощи. 69,5% врачей и 72,1% медсестер считают, что доступность врачебных консультаций низкая, реальные сроки их ожидания превышают установленные нормативы. Примерно такой же процент медицинских работников указывает на низкую доступность простых диагностических исследований. 68% медицинских работников считают, что срок ожидания сложных и высокоинформативных диагностических исследований (магнитно-резонансной томографии (далее — МРТ), компьютерной томографии (далее — КТ), ангиографии) значительно превышает установленные ПГГ 30 дней [14].

Длительные сроки ожидания приводят к тому, что пациенты вынуждены прибегать к платным услугам или вообще отказываться от обращения к врачу. По данным Фонда «Общественное мнение», в 2016 г. из числа опрошенных, которые платили за меди-

цинские услуги, 35% платили за те услуги, которые можно было бы получить бесплатно, но с длительными сроками ожидания и потерями времени в медицинских учреждениях [15].

Приведенные данные социологических исследований не охватывают стационарную помощь, но даже эти неполные данные указывают на то, что проблема сроков ожидания медицинской помощи для российских граждан очень значима.

2.2. Нормативно-правовая база по вопросам ожидания медицинской помощи

Начиная с 2014 г. Программа государственных гарантий, ежегодно утверждаемая Правительством РФ, устанавливает предельные сроки ожидания плановой медицинской помощи. В ПГГ на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг. прописаны следующие предельные сроки ожидания по видам медицинской помощи и отдельным услугам:

— прием врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми — не более 24 ч с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

— консультации врачей-специалистов — не более 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

— специализированная (за исключением высокотехнологичной) медицинская помощь — не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями — не более 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания;

— диагностические инструментальные (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторные исследования при оказании первичной медико-санитарной помощи (далее — ПМСП) — не более 14 календарных дней со дня назначения;

— компьютерная томография (включая однофотонную эмиссионную КТ), МРТ и ангиография при оказании ПМСП — не более 30 календарных дней, а для пациентов с онкологическими заболеваниями — 14 календарных дней со дня назначения [16, разд. VIII].

ПГГ устанавливает также требования к медицинским организациям по ведению листов ожидания госпитализации: «в медицин-

ских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”, о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных» [16, разд. VIII].

Таким образом, ПГГ вводит два понятия: 1) лист ожидания, фиксирующий текущее состояние очереди на госпитализацию, 2) срок ожидания, т.е. законченное время ожидания госпитализации конкретным пациентом. Важно и то, что устанавливается требование информирования пациентов о сроках ожидания.

Но регулирование в ПГГ организации работы по ведению листов ожидания явно недостаточно. Во-первых, требование ведения листа ожидания распространяется только на стационарную помощь, хотя есть потребность в листах ожидания консультаций ряда специалистов и дорогих диагностических исследований.

Во-вторых, в соответствии с ПГГ листы ожидания ведутся только самими стационарами, т.е. учитывается ожидание в конкретном стационаре. Но нет данных об общем листе ожидания для населения определенной территории и средних сроках ожидания. Без них невозможно проводить мониторинг выполнения государственных гарантий.

В-третьих, в ПГГ отсутствует ясность в отношении мониторинга сроков ожидания. Есть только общее требование «осуществлять мониторинг формирования, экономического обоснования и оценку реализации территориальных программ государственных гарантий» Минздравом России совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее — ФФОМС). Но отсутствует указание на конкретные формы такого мониторинга, в частности нет требований: а) к статистическому учету срока ожидания; б) порядку контроля прохождения очереди; в) обязательной публикации данных о фактических сроках ожидания.

Приводимая в ПГГ норма о необходимости информирования граждан о сроках ожидания может пониматься как информирование о предполагаемых сроках консультации, исследования, госпитализации конкретного пациента (ему сообщают, например, о дате госпитализации), а не как предоставление обобщающего показателя, характеризующего доступность плановой медицинской по-

мощи в определенной медицинской организации, на территории, в регионе, стране в целом. Как будет показано далее, именно так эта норма понимается в медицинских организациях, а обобщающие данные практически отсутствуют.

Проведенный анализ нормативных актов, касающихся статистического учета в здравоохранении, показал, что статистическая форма по срокам ожидания отсутствует [17–19]. Коммуникации с ответственными сотрудниками Минздрава России подтвердили этот вывод¹.

Кроме того, сроки ожидания плановой медицинской помощи отсутствуют в перечне рекомендуемых показателей доступности помощи, которые установлены в ПГГ. Это упущение неслучайно: если нет статистического учета сроков ожидания, то нельзя рекомендовать этот параметр в качестве показателя доступности медицинской помощи. Между тем длинные сроки ожидания, как показано выше, являются одной из самых острых проблем здравоохранения с точки зрения населения.

Предельные сроки ожидания ВМП не устанавливаются ни в одном нормативном документе. В приказе Минздрава России от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» прописаны все этапы оформления такой помощи [20]. Сначала комиссия органа управления здравоохранением региона принимает решение и выдает пациенту талон, дающий право на получение такой помощи — в пределах 10 рабочих дней со дня поступления комплекта необходимых медицинских документов. Далее документы направляются в медицинскую организацию, в которой действует своя врачебная комиссия по отбору пациентов на госпитализацию. Эта комиссия обязана принять решение в течение 7 рабочих дней со дня оформления талона на оказание ВМП. Выписка из протокола этой комиссии отсылается в направляющую медицинскую организацию в течение 5 рабочих дней. Данные о пациенте заносятся в общую информационную систему. Пациенту присваивается идентификационный номер, по которому он может получить информацию о предполагаемой дате госпитализации на официаль-

¹ Из письма директора Департамента Минздрава России Л.В. Писаревой по запросу НИУ ВШЭ в феврале 2018 г.: «Информируем, что Министерством здравоохранения РФ статистика в разрезе сроков оказания медицинской помощи и количества пациентов в листах ожидания не ведется».

ном портале Минздрава России «Оказание высокотехнологичной медицинской помощи»².

Таким образом, действующая нормативная база жестко регламентирует сроки осуществления процедур, необходимых для принятия решения о госпитализации. В сумме вся эта предварительная работа должна занимать не более 22 дней. Но при этом отсутствуют нормы, регулирующие порядок контроля прохождения очереди и порядок мониторинга сроков ожидания после получения талона на ВМП. А если нет соответствующих порядков, то не может быть налажено текущее информирование граждан о «длине» очереди. В лучшем случае пациентов информируют о приближении сроков госпитализации. Они могут находиться в неведении месяцы и даже годы (подробнее см. в гл. 2.5).

Нормативная база по срокам ожидания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (далее — ОМС) устанавливает более конкретные требования. Основной нормативный акт по этим вопросам — приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20.12.2013 № 263 «Об утверждении порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования» (далее — Приказ № 263) [21]. Этот документ устанавливает требования в отношении информационного взаимодействия страховых медицинских организаций (далее — СМО), медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее — ТФОМС), в том числе и по вопросам оценки сроков ожидания. Вводится понятие «информационный ресурс субъекта Российской Федерации, реализованный в режиме онлайн». Требования к функциям ТФОМС включают, среди прочего, «организацию и обеспечение функционирования единого информационного ресурса, а также предоставление доступа к нему всем участникам информационного взаимодействия». Но в нормативных документах Минздрава России и ФФОМС нам не удалось найти требования к созданию информационной системы для мониторинга сроков ожидания. Скорее всего, такого требования нет. Представленные далее примеры лучших региональных практик в своей нормативной части

² Оказание высокотехнологичной медицинской помощи: портал / Минздрав России. URL: <http://talon.rosminzdrav.ru/>.

основаны на ПГГ и вышеупомянутом Приказе № 263. Есть основания считать, что решения по созданию соответствующей информационной системы субъекты РФ принимают по собственной инициативе.

Приказ № 263 расширяет по сравнению с ПГГ предмет ведения листов ожидания — не только стационарную помощь, но и другие виды медицинской помощи. Контроль соблюдения предельных сроков осуществляют страховые медицинские организации. Они обязаны собирать «сведения о сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке». Для этого СМО получают от медицинских организаций сведения о всех направлениях на госпитализацию, числе фактически госпитализированных, не госпитализированных (хотя не указано, в пределах какого срока), об отказах в госпитализации с указанием причины отказа, а также о количестве свободных мест на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) с учетом периода ожидания, включая прогноз их числа. При выполнении всех этих требований СМО в принципе может легко оценить сроки ожидания для всех своих застрахованных, но проблема состоит в том, что Приказ № 263 не ставит такой задачи.

Требования к функциям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, охватывают следующее:

а) передачу сведений о застрахованных лицах, получивших направление на госпитализацию и выбравших медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях;

б) получение сведений о госпитализированных застрахованных лицах;

в) получение оперативных сведений для информирования застрахованного лица или его законного представителя о сроках ожидания медицинской помощи и количестве свободных мест на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

При этом остается неясным источник информации о сроках ожидания — данные стационаров или данные единого информационного ресурса, в котором концентрируется информация об ожидающих госпитализацию. Неясно также, почему информированием пациентов должны заниматься поликлиники. Разумнее обеспечить прямой доступ пациентов к общему информационному

ресурсу, что даст им возможность узнать, сколько еще ждать госпитализации.

Требования к функциям стационаров включают учет застрахованных лиц, поступивших на госпитализацию по направлениям, и передачу сведений о плановых госпитализациях в единый информационный ресурс (п. 4.3 Приказа № 263). Иначе говоря, действующая нормативная база не оставляет стационару выбора — строить свою систему учета госпитализаций или быть частью общей системы их учета: четко прописано требование единой системы учета госпитализаций. Из этого логически следует, что и система учета сроков ожидания плановых госпитализаций также должна быть единой — в рамках общего информационного ресурса. Но прямого указания на этот счет в Приказе № 263 нет. Пункт 2.2 приказа вменяет в обязанность стационарам функцию «передачи сведений о сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке». Заметим, что речь идет не о данных для расчета сроков ожидания (прежде всего числе направлений на госпитализацию и фактических датах госпитализации), а об уже рассчитанных сроках ожидания в конкретной больнице. Практически это означает, что *стационары не только ведут листы ожидания (норма ППГ), но и сами оценивают сроки ожидания госпитализаций*, т.е. по существу контролируют сами себя. Каждый стационар самостоятельно трактует показатель срока ожидания, рассчитывает его среднее значение, а потом направляет информацию в «общий котел», где смешиваются разнородные оценки.

В Приказе № 263 нет прямого указания, что понимается под сроками ожидания, т.е. с какого момента вести их отсчет. Как было показано выше, возможны разные варианты точки отсчета. В зависимости от этого сроки ожидания сильно различаются. В Приказе № 263 есть только понятие «направление лечащего врача» (п. 4.1—4.3), но остается неясным, с какого конкретно уровня направляется пациент и кого считать лечащим врачом.

Приказ ФФОМС от 21.12.2016 № 287 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31 декабря 2013 г. № 294» устанавливает дополнительные требования к СМО в части ведения листов ожидания [22]. В частности, они обязаны предоставлять «сведения о количестве застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию и госпитализированных с нарушением срока ожидания получения медицинской помощи». Заметим, что речь идет не о средних фактических сроках ожиданиях, а о числе нарушений предельных сроков,

выявляемых в ходе контрольной деятельности СМО. Иначе говоря, *перед СМО ставятся задачи контроля индивидуальных отклонений от норм, а не мониторинга выполнения ПГГ в части сроков ожидания.*

Таким образом, действующая нормативно-правовая база по времени ожидания определяет несколько субъектов информационного взаимодействия и достаточно детально расписывает их функции. Но главные вопросы мониторинга сроков ожидания — кто и как этим занимается — остаются вне регулирования. Отсутствует четкость в отношении параметров информационного ресурса, обеспечивающего ведение очереди и учет сроков ожидания плановых госпитализаций. Недостаточно прописан порядок учета сроков ожидания.

2.3. Официальные оценки сроков ожидания

Существующие официальные оценки фактических сроков ожидания медицинской помощи крайне фрагментарны. В 2014 г. (еще до введения в ПГГ предельных сроков ожидания) Минздрав России приводил данные о средних сроках ожидания ВМП — 21 день для взрослых и 14 дней для детей [23, с. 9]. Последующие оценки федерального министерства были примерно такие же и совсем не касались сроков ожидания других видов помощи.

В марте 2018 г. Минздрав России докладывал о сроках ожидания пациента у кабинета врача (как результат реализации проекта «Бережливая поликлиника»). Такая оценка выходит за рамки рассматриваемой нами проблемы ожидания плановой медицинской помощи (ожидание у кабинета врача касается только тех пациентов, которые уже получили доступ к нему). Кроме того, было объявлено о сокращении предельного срока ожидания оказания специализированной медицинской помощи по онкологии — до 14 календарных дней с момента установления предварительного диагноза заболевания [24, с. 25]. При этом ничего не было сказано о фактических сроках ожидания онкологической помощи, равно как и других видов медицинской помощи.

Проведенный в Интернете поиск данных по ключевым словам «сроки ожидания плановой медицинской помощи», «очередь на консультацию врача — узкого специалиста», «сколько пациенты ждут приема врача/консультацию/госпитализацию» не дал никакой дополнительной информации о фактических сроках в целом по стране, но представил обильную информацию о недовольстве граждан сроками ожидания.

Ситуация на местах с публикацией данных о сроках ожидания несколько лучше. Многие регионы время от времени представляют данные о средних сроках ожидания по отдельным видам медицинской помощи. Например, в Москве приводятся данные о средних сроках ожидания в 2016 г.: консультации врача-специалиста — 4 дня, диагностического исследования с использованием КТ и МРТ — 8 дней, плановой госпитализации пациентов терапевтического профиля — 6 дней, хирургического — 7 дней [25, с. 13].

Но достоверность этих значений вызывает сомнение. В прессе и Интернете имеется большое количество публикаций о «выводилке» хороших показателей ожидания консультаций и диагностических исследований путем откладывания записи пациентов на прием до момента, когда можно уложиться в предельные сроки ожидания (подробнее см. в гл. 2.5). Что же касается оптимистичных сроков ожидания госпитализации, то остается неясным, как получены эти данные при отсутствии специальной информационной системы по учету времени ожидания госпитализаций (действующая информационная система ЕМИАС в Москве распространяется только на амбулаторную помощь). Неясна и точка отсчета срока ожидания.

В ряде регионов публикуются оценки сроков ожидания ВМП. Например, в Саратовской области было объявлено о снижении срока ожидания ВМП до 18 дней в 2016 г. [26, с. 5]. Но эти оценки не вызывают доверия, поскольку не опираются на установленный нормативный порядок учета фактических сроков ожидания.

Встречаются и более реалистичные оценки средних сроков ожидания в регионах. Например, орган управления здравоохранением Омской области приводит оценку ожидания ВМП — 3–6 месяцев [27, с. 25]. На сайте ДЗМ Москвы — от нескольких дней до нескольких месяцев. На сайте Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи на вопрос, сколько ждать ЛОР-операцию по ВМП, следует откровенный ответ — от 9 месяцев до 3 лет³. Заметим, что во всех этих случаях разброс оценок очень большой, что не позволяет говорить о среднем сроке ожидания.

Ключевой элемент мониторинга сроков ожидания — специальные информационные системы для ведения очереди и оценки средних сроков ожидания плановой медицинской помощи. Си-

³ Порядок приема пациентов. Высокотехнологичная медицинская помощь [Электронный ресурс] // С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т уха, горла, носа и речи: сайт. URL: https://lornii.ru/reception/free/vmp.php#_v2.

стемы записи пациентов в части амбулаторной помощи созданы практически во всех регионах, они легко могут быть преобразованы в системы учета сроков ожидания. Что же касается измерения ожидания стационарной помощи, то для этого требуется специальная информационная система, совмещенная с действующей системой учета госпитализаций. Нами был проведен анализ сайтов всех ТФОМС на предмет наличия такой системы в регионе. Выяснилось, что система управления госпитализациями в том или ином виде существует в Архангельской и Кемеровской областях, г. Санкт-Петербурге, Республике Карелия, Ставропольском и Красноярском краях. Иначе говоря, только 6 регионов в принципе имеют возможность вести мониторинг сроков ожидания стационарной помощи. Возможно, Минздрав России и ФФОМС располагают более точными данными, но наши попытки их получить не имели успеха.

В органах власти отсутствует ясное понимание того, кто должен выступать субъектом мониторинга сроков ожидания. Проведенные нами интервью с работниками Минздрава России, ФФОМС и научных институтов показали, что эта функция не закреплена ни за одним федеральным учреждением. Минздрав России отвечает за мониторинг выполнения ПГГ, но не имеет системы статистического учета этого показателя. Даже такой простой вопрос: от какого момента считать сроки ожидания (от момента оформления направления и каким врачом) — не имеет ответа ни в одном нормативном документе. Отчеты о выполнении ПГГ за очередной год не содержат никакой информации о соблюдении предельных сроков ожидания. Более того, отсутствует установка на формирование такого мониторинга. В перечне задач Минздрава России на 2018—2019 гг. эта задача не упоминается [24].

2.4. Лучшие практики мониторинга сроков ожидания в регионах

Как действует эффективная система мониторинга сроков ожидания, какую информацию она представляет, соответствует ли интересам пациентов, в какой мере ее можно использовать для повышения доступности медицинской помощи? Для ответа на эти вопросы мы рассмотрели практику в трех регионах, где в той или иной мере действуют системы учета сроков ожидания медицинской помощи.

Наибольший интерес представляет опыт *Кемеровской области*. Работа по формированию системы мониторинга ожидания стацио-

нарной помощи здесь началась с момента принятия совместного приказа Департамента охраны здоровья населения и ТФОМС Кемеровской области от 08.02.2016 № 129/37 «О внедрении системы управления госпитализацией в медицинских организациях Кемеровской области» [28]. Этот документ устанавливает требование ведения листов ожидания на оказание стационарной помощи через единую автоматизированную информационную систему «Управление госпитализацией», являющуюся частью информационного ресурса ТФОМС (далее — ИС «Управление госпитализацией»).

Сформулированы следующие цели ИС «Управление госпитализацией»:

а) информирование пациента о состоянии очереди на плановое лечение в стационаре;

б) обеспечение возможности выбора пациентом медицинской организации для получения медицинской помощи в плановой форме с учетом наличия свободных мест, длительности ожидания госпитализации;

в) учет времени ожидания плановой помощи и его сокращение с помощью управленческих действий.

Все медицинские организации обязаны обеспечить:

а) формирование направлений на плановую госпитализацию подразделениями, оказывающими ПМСП, с использованием этой информационной системы (т.е. должны формировать единую электронную очередь);

б) плановую госпитализацию в стационар с использованием данных единой электронной очереди.

Анализ функционирования этой системы проведен на основе открытых данных, в частности вышеупомянутого приказа, а также интервью с разработчиками информационной системы и презентаций на семинаре ТФОМС Кемеровской области в декабре 2017 г. [29]. Авторы благодарны разработчикам за конкретизацию этих данных и ответы на наши вопросы.

По состоянию на конец 2017 г. ИС «Управление госпитализацией» охватывала 100 медицинских организаций, в том числе все государственные и муниципальные и большинство частных. Только три частных организации формируют направления пациентов на получение специализированной помощи, минуя информационную систему.

Возможности системы. В ИС «Управление госпитализацией» фиксируются данные о числе: а) пациентов, направленных в стационар, б) направлений на консультацию в больнице, в) паци-

ентов с назначенной госпитализацией, г) госпитализированных, д) отказов в госпитализации, е) не явившихся на госпитализацию.

Есть также лист ожидания по дорогим диагностическим исследованиям (МРТ и КТ). Отслеживают число направлений, по которым исследования не назначены в течение 2 дней после направления, — в 2017 г. их было 20%.

По каждой медицинской организации фиксируется число (доля) пациентов, не получивших помощь в предельные сроки. В конце 2017 г. 4% пациентов не получили лечения в эти сроки (565 из поставленных в очередь 14 783 направлений). Этот показатель примерно одинаков по отдельным медицинским организациям, но есть несколько явных отклонений.

По данным ИС «Управление госпитализацией», 37% получивших в поликлинике направления на госпитализацию получили отказ от госпитализации после консультации врача стационара. Причины этих отказов не фиксируются в системе. Но, скорее всего, такую высокую долю можно интерпретировать как дефект работы поликлиник, которые оформляют направления на госпитализацию без их серьезного обоснования.

Имеющаяся информация о листах ожидания дает возможность рассчитать средний срок ожидания госпитализации. Можно оценивать и другие показатели — медианные значения, выполнение предельных сроков большинством ожидающих (например, 80% пациентов с направлением), как это делается в других странах. Но реально такие оценки не ведутся, поскольку они не востребованы региональным органом управления здравоохранением.

ИС «Управление госпитализацией» содержит информацию о наличии коечного фонда в разрезе отдельных медицинских организаций, профилей коек. Эта информация позволяет выявить нагрузку отдельных больниц. Появляется возможность перенаправлять пациентов на свободные койки. Таким образом, мониторинг реального движения пациентов становится инструментом управления госпитализациями и способствует улучшению организации медицинской помощи.

Информация по срокам открыта для пациентов, причем в разрезе отдельных медицинских организаций. Можно проследить движение очереди — получить информацию о состоянии направления по номеру, фамилии и дате рождения. Пациенту эта информация доступна в личном кабинете на сайте ИС «Управление госпитализацией».

Данные по профилям и отдельным диагнозам пока отсутствуют, хотя их легко получить из общего массива данных.

Порядок постановки на очередь и последующие действия. Лечащий врач поликлиники совместно с пациентом на основании информации об очередности на госпитализацию по определенному профилю выбирают медицинскую организацию для плановой госпитализации. Врач заполняет форму направления и выбирает в системе действие «Сохранить и поставить в очередь». В этот момент ИС «Управление госпитализацией» сохраняет дату оформления направления врачом и дату постановки направления в очередь. Они должны совпадать. Иначе говоря, обеспечен учет направлений с момента их выписки лечащим врачом поликлиники. Хотя остается неясным, всегда ли присутствует при этом пациент, снижается вероятность искусственного сокращения срока ожидания путем более позднего включения его в очередь — ситуация, которая зафиксирована пациентами во многих регионах страны (подробнее см. в гл. 2.6).

С момента начала движения очереди заведующий соответствующим отделением стационара (или иное ответственное лицо) назначает дату и время консультации в стационаре и плановую дату госпитализации. Он может и отказать в госпитализации с указанием причины отказа. По любому из этих событий формируется запись в журнале событий, который доступен для персонала амбулаторно-поликлинических учреждений. Иначе говоря, поликлиника всегда может проследить, что происходит с направлением и на каком этапе находится пациент. Эту же информацию отслеживают СМО. Сотрудники стационара при необходимости могут отправить сообщение в поликлинику по поводу направления, если у них возникли какие-то вопросы. Есть возможность обмена файлами с клинической информацией между поликлиникой и стационаром.

Сложившийся в Кемеровской области порядок учета госпитализаций через направления лечащих врачей поликлиник опровергает часто звучащий аргумент врачей стационара, что такой порядок не способен учесть реальную практику попадания пациента в стационар, в частности необходимость уточнения показаний к госпитализации и принятие окончательного решения в самом стационаре. Такая практика действительно необходима (и она существует в Кемеровской области), но она не ломает единый порядок учета сроков ожидания через направления врачей первичного звена. Отказы от госпитализации, в том числе те, которые выявляются уже на уровне поликлинических отделений или клиниче-

ских отделений стационара, учитываются отдельно. На величину таких отказов корректируется общая очередь на госпитализацию. Средний срок ожидания рассчитывается с момента оформления направления лечащим врачом поликлиники. Иначе говоря, учитываются все этапы ожидания, а не только ожидание с момента получения консультации в стационаре. С точки зрения пациента, именно такой порядок учета характеризует фактическую доступность плановой стационарной помощи.

Выявившиеся проблемы. Первая проблема — неполнота информации в ИС «Управление госпитализацией». Многие стационары создают собственную очередь — с момента даты консультации с заведующим отделением стационара, в ходе которой принимается решение о госпитализации, а не с момента оформления направления лечащим врачом поликлиники. Поскольку такая практика учета не учитывает весь «путь» пациента к консультации врача стационара, оценка среднего срока ожидания оказывается явно заниженной. На последнем этапе ожидание не превышает нескольких дней.

В 2017 г. в информационной системе было зафиксировано 90 тыс. направлений на плановую госпитализацию, а реально оплачено 58 тыс. госпитализаций (в 1,55 раза меньше). Это объясняется прежде всего тем, что часть стационаров не подключена к ИС «Управление госпитализацией» (не подает в нее данные о госпитализациях) и самостоятельно ведет учет сроков ожидания.

Средний расчетный срок ожидания плановой госпитализации в области в 2017 г. составлял 12 дней. Это заниженная оценка, поскольку не все стационары участвуют в единой системе учета сроков ожидания. Некоторые рассчитывают этот показатель с момента консультации в самом стационаре. Узнать истинный срок ожидания невозможно, поскольку неизвестно, сколько времени пациенты ждут консультации врача стационара после получения направления у лечащего врача поликлиники.

Областные учреждения вообще не участвуют в системе. Они фиксируют начало ожидания с момента попадания пациента в консультативно-диагностический центр больницы. Нам неизвестно, рассчитываются ли средние сроки ожидания госпитализаций в этих учреждениях.

Вторая проблема — возможность «перепрыгивания» очереди. Стационар «видит» все направления, поставленные к нему в очередь, и может выбрать любое из них без всякого обоснования. Наличие собственной очереди, которая выпадает из электронного

учета, делает это вполне реальным, открывая широкие возможности для произвола.

Роль стационаров и органов управления. По мнению разработчиков информационной системы, стационары не заинтересованы в проведении мониторинга сроков ожидания и поэтому ищут причины не участвовать в этом процессе. Это связано прежде всего со стремлением свободно выбирать пациентов для госпитализации и не попадать в поле зрения информационной системы, поликлиник и СМО, контролирующих сроки ожидания. Выходя из общей электронной системы учета госпитализаций, стационары с большей вероятностью выполняют предельные сроки ожидания.

Орган управления здравоохранением получает вполне удовлетворительные данные о выполнении предельных сроков ожидания, поэтому не проявляет особого интереса к совершенствованию сложившейся системы. Очевидно, что если установить единую очередь с момента оформления направления врачом поликлиники, то показатель среднего времени ожидания ухудшится. Поскольку масштабы превышения сроков ожидания сравнительно невелики (4%), то причины увеличения сроков не анализируются.

Итак, можно выделить следующие позитивные черты ИС «Управление госпитализацией» Кемеровской области:

1) можно мониторировать движение очереди и сроки ожидания в пределах охваченных медицинских организаций, на которые приходится примерно половина объемов оплаченной стационарной помощи;

2) система по своему замыслу прозрачна;

3) система полезна для пациентов: они могут выбирать медицинские организации и отслеживать движение очереди;

4) система ограничивает возможности для манипуляций на уровне поликлиники.

Но вопреки замыслу система не является единой. Часть информации о сроках ожидания выпадает из электронного учета, что создает условия для занижения средних сроков ожидания госпитализаций. Это ограничивает возможности для аналитической работы, которые открываются информационной системой. С учетом этих противоречивых факторов можно констатировать, что *в Кемеровской области существует хорошо разработанная система мониторинга сроков ожидания госпитализаций, но она пока недостаточно адекватно отражает средние сроки ожидания.*

Мониторинг сроков ожидания в Санкт-Петербурге интересен тем, что он решает проблему единства листа ожидания для всех

медицинских организаций. В 2016 г. Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга был разработан «Регламент обмена информацией в электронной форме при направлении пациентов на плановую госпитализацию, консультацию, исследование», установивший требования по передаче информации о пациентах, направленных на получение специализированной медицинской помощи [30]. Реализация проекта началась с пациентов с катарактой. В начале 2017 г. вышло распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 30.01.2017 № 24-р «О внедрении подсистемы ГИС РЕГИЗ “Управление очередями на оказание медицинской помощи” при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с катарактой», определившее общегородской порядок учета сроков ожидания для этой категории пациентов [31].

Наиболее важные элементы этого проекта заключаются в следующем. Во-первых, создана Подсистема государственной информационной системы «Управление очередями на оказание медицинской помощи» (далее — Подсистема), она внедряется в медицинских организациях, оказывающих ПМСП и специализированную медицинскую помощь пациентам с катарактой. Подсистема фиксирует все направления на госпитализацию, осуществляет ведение очереди, оценивает средние сроки ожидания стационарного лечения. Ставится также задача оптимизировать потоки пациентов на основе их перераспределения в медицинские организации со свободными мощностями, что предполагает учет всех направлений и фактических объемов специализированной помощи в разрезе отдельных медицинских организаций.

Во-вторых, медицинские организации должны осуществить интеграцию своих медицинских информационных систем с Подсистемой. Медицинские организации делятся на направляющие (организации ПМСП) и целевые (организации специализированной медицинской помощи). Первые должны направлять пациентов с использованием Подсистемы, вторые — обеспечивать дистанционную запись пациентов на прием по направлению на плановую госпитализацию с использованием Подсистемы, а также представлять в нее всю информацию о прохождении срока ожидания.

В-третьих, согласно утвержденному регламенту контроль сроков оказания медицинской помощи осуществляет направляющая медицинская организация (как правило, поликлиника). Районные органы управления здравоохранением осуществляют контроль оформления направлений на плановую госпитализацию с

использованием Подсистемы, а Комитет по здравоохранению — контроль актуализации данных в Подсистеме подведомственными медицинскими организациями. Иначе говоря, устанавливается трехуровневая система контроля, призванная обеспечить единый порядок формирования листа ожидания и мониторинга сроков ожидания госпитализаций. Орган управления здравоохранением следит за тем, чтобы информация была адекватной, а этого можно достичь только при участии всех медицинских организаций и едином подходе к учету информации об ожидании плановой помощи.

Примечательно, что маршрутизация пациентов с катарактой предусматривает существование отборочных комиссий, которые выносят решения о необходимости операций по направлениям пациентов. Их роль близка роли поликлинических отделений больниц (например, клиничко-консультативных центров областных больниц в Кемеровской области), также являющихся промежуточным звеном между направляющей поликлиникой и стационаром. Но *отборочная комиссия не устанавливает собственную очередь, а лишь подтверждает или опровергает правильность направления поликлиники*. Стационар «актуализирует данные в Подсистеме управления очередями по результатам проведения отборочной комиссии, указывая дату госпитализации» (п. 2.2.2 Регламента). *Очередь остается единой для всех медицинских организаций, а срок ожидания исчисляется с момента оформления направления поликлиникой*. Корректировка листа ожидания по решениям отборочной комиссии осуществляет оператор Подсистемы — медицинский информационно-аналитический центр (далее — МИАЦ).

Единый порядок управления очередью позволил выявить истинную потребность в операциях по удалению катаракты — примерно 22,5 тыс. в год. Стационары получают информацию о числе направленных к ним пациентов и могут планировать свою деятельность. Они получают расширенную клиническую информацию о каждом пациенте еще до очного приема, что позволяет затем выявить ошибки при направлении на госпитализацию [32].

Самое главное достижение новой системы — это возможность организовать ведение очереди и точно определить сроки ожидания в каждой медицинской организации и в среднем по городу. Появляется возможность планирования управленческих действий в случае невыполнения предельных сроков ожидания. Управление очередью сливается с управлением госпитализациями как два взаимосвязанных элемента системы организации медицинской помощи.

В отличие от системы управления очередями в Кемеровской области система, построенная в Санкт-Петербурге, охватывает только одну категорию пациентов. По доминирующей части плановых госпитализаций при других заболеваниях листы ожидания и средние сроки ожидания определяются самими стационарами, причем в том порядке, который они выбирают самостоятельно, и без внешнего контроля. Поэтому данные по отдельным медицинским организациям по определению несопоставимы и, скорее всего, неадекватны, поскольку отражают только часть срока ожидания — с момента записи на госпитализацию в самой больнице. Но даже такие оценки отсутствуют на сайтах Комитета по здравоохранению, ТФОМС и крупных городских больниц.

Согласно мнению директора регионального МИАЦ, следующим направлением, по которому будет развиваться сервис управления очередями в Санкт-Петербурге, станет эндопротезирование крупных суставов [33]. Все вышеизложенное дает основания считать, что *в Санкт-Петербурге действует эффективная система мониторинга сроков ожидания госпитализации для пациентов с катарактой, но пока отсутствует мониторинг этого показателя по основной части плановой стационарной помощи.*

В Архангельской области попытки построения мониторинга начались в 2015 г., когда была создана информационная система «Портал госпитализации» (далее — Портал) как часть регионального сегмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). В пилотном режиме Портал апробировался в 8 медицинских организациях по 15 профилям стационарной помощи. Поликлиники направляли пациентов на плановую госпитализацию в централизованном режиме через Портал, стационары получали соответствующую информацию из этого источника. Главным результатом этого проекта стало усиление взаимодействия медицинских организаций и повышение уровня преемственности в работе поликлиник и стационаров, возможность отслеживать движение пациентов, направляемых на плановую госпитализацию [34].

В 2017 г. началась работа по созданию единого сервиса плановой медицинской помощи, охватывающего большинство медицинских организаций региона и позволяющего решать более широкие задачи повышения доступности специализированной помощи, включая формирование листов ожидания и мониторинг движения очереди. В марте 2018 г. вышло распоряжение Министерства здравоохранения Архангельской области от 27.03.2018 № 22-ро «Об ис-

пользовании информационной системы «Управление очередями на оказание медицинской помощи»» [35]. Главный пункт документа — введение в эксплуатацию информационной системы «Управление очередями на оказание медицинской помощи» (далее — ИС «Управление очередями»). Оператором этой ИС стал региональный медицинский информационно-аналитический центр.

Указанное распоряжение устанавливает постепенный переход к формированию единого порядка учета плановой медицинской помощи: сначала государственные медицинские организации обеспечивают организацию наполнения медицинской документации в собственных медицинских информационных системах, затем они интегрируются в ИС «Управление очередями». Предусмотрена организация дистанционной записи пациентов на консультативный прием специалистов и диагностические исследования с использованием этой информационной системы. Там же концентрируются направления на госпитализацию и информация о фактическом оказании стационарной помощи.

Особенно важно, что в распоряжении поставлена задача организации контроля сроков оказания медицинской помощи, причем четко определяется механизм этого контроля — «по направлениям, переданным/полученным с использованием ИС «Управление очередями»». Иначе говоря, *информационной базой контроля является не собственная информация медицинской организации, которая может собираться каким угодно способом, а данные по направлениям поликлиник, концентрируемые в единой информационной системе на основе общего порядка учета*. Данное положение существенно ограничивает возможности стационаров оценивать сроки ожидания госпитализаций с использованием любой исходной точки их отсчета.

Положение об ИС «Управление очередями» конкретизирует порядок формирования информационных потоков. Установлено, что эта система содержит сведения обо всех сформированных направлениях на плановую госпитализацию, консультативный прием и (или) медицинские исследования пациентов медицинских организаций, подключенных к данной системе. Как и в Санкт-Петербурге, медицинские организации — участники информационного обмена — делятся на направляющие и целевые.

Направляющие медицинские организации обеспечивают передачу сведений о сформированном направлении и его текущем статусе из собственной информационной системы в ИС «Управление очередями», а также бронирование времени приема/исследования.

Целевые медицинские организации обеспечивают:

- а) обработку направлений на госпитализацию, консультативный прием специалистов;
- б) консультации и медицинские исследования, в том числе передачу сведений о текущем статусе;
- в) определение плановой даты оказания медицинской помощи;
- г) контроль сроков оказания медицинской помощи пациентам, направленным с использованием ИС «Управление очередями».

Обратим внимание на то, что контроль сроков оказания помощи осуществляется целевой медицинской организацией, т.е. контроль сроков ожидания госпитализации ведет сам стационар. Эта норма отличается от действующей в Санкт-Петербурге, где за контроль сроков оказания помощи отвечает поликлиника, а местные органы управления здравоохранением осуществляют контроль оформления направлений на плановую госпитализацию. Перечень государственных медицинских организаций Архангельской области, обеспечивающих направление и прием направлений через централизованную систему, включает 41 медицинскую организацию, в том числе все областные учреждения здравоохранения. В отличие от Кемеровской области последние участвуют в общей системе, что дает возможность получить более надежные оценки движения очереди в листе ожидания и рассчитать сопоставимые для всех медицинских организаций сроки ожидания. Но охват частных медицинских организаций в Архангельской области значительно меньше. Согласно Положению, они участвуют в общей системе на основе специальных соглашений с МИАЦ.

Наличие общего порядка учета этих параметров доступности медицинской помощи дает основание считать, что *в Архангельской области в настоящее время выстраивается эффективная система мониторинга сроков ожидания.*

Итак, из трех рассмотренных регионов Кемеровская область добилась реальных практических результатов в организации мониторинга сроков ожидания, но при этом многие медицинские организации из него исключены, что снижает эффективность данного процесса. В Санкт-Петербурге масштабы мониторинга намного меньше, но обеспечено его единство для всех медицинских организаций-участников, что делает оценки фактических сроков ожидания надежными. В Архангельске также задумана единая система мониторинга, но ее формирование только начинается.

2.5. Контроль сроков оказания медицинской помощи страховыми медицинскими организациями

В системе ОМС начался процесс формирования мониторинга прохождения листов ожидания и сроков ожидания. СМО участвуют в этом процессе в качестве субъектов, отвечающих за контроль своевременности оказания медицинской помощи. В первую очередь это касается госпитализаций. Правилами обязательного медицинского страхования определено, что СМО обеспечивают мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль своевременности госпитализации [36, разд. XV].

СМО ежемесячно предоставляют в территориальные фонды ОМС отчеты об информационном сопровождении застрахованных лиц, в том числе о нарушениях сроков ожидания госпитализаций и других видов плановой медицинской помощи. При этом используются как собственные данные, так и данные медицинских организаций.

Полученные данные о нарушении сроков оказания медицинской помощи являются основанием для применения санкций к медицинским организациям. Кроме того, СМО по результатам своей работы имеют право вносить предложения по совершенствованию деятельности медицинских организаций.

С 1 января 2018 г. сроки оказания медицинской помощи контролируются также страховыми представителями 2-го и 3-го уровней. Деятельность страховых представителей регламентируется двумя нормативными правовыми актами: письмами ФФОМС от 29.12.2017 № 15410/30-2/и «О направлении методических рекомендаций по размещению страховых представителей в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования» и от 25.06.2018 № 6696/30-2/5564 «О направлении методических рекомендаций» [37, 38].

Оба нормативных акта не устанавливают требований систематического мониторинга сроков ожидания, нацеливая страховых представителей на работу с жалобами застрахованных лиц. В них указано, что страховые представители предпринимают действия в рамках «рассмотрения обращений граждан, направленные на соблюдение их прав, доступность и качество медицинской помощи в пределах своей компетенции». В Методических рекомендациях по взаимодействию участников ОМС уточняется, что страховой представитель 2-го уровня на основании сведений, внесенных в

информационный ресурс о застрахованных лицах, направленных на госпитализацию, по факту госпитализации осуществляет мониторинг очередности и доступности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, своевременности и профильности плановой госпитализации, а информацию о выявленных нарушениях передает страховому представителю 3-го уровня.

Страховой представитель 3-го уровня, в свою очередь, организует проведение по отобранным случаям тематических медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи на предмет выявления нарушений условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке пациентам со злокачественными новообразованиями и пациентам, взятым на диспансерный учет по результатам проведенной диспансеризации. При этом порядок и критерии отбора случаев не конкретизируются.

В рамках прохождения застрахованными профилактических мероприятий страховые представители 3-го уровня также анализируют своевременность диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам диспансеризации.

Функции страховых представителей всех уровней конкретизируются непосредственно самими СМО. Опрос представителей четырех организаций показал, что уровень конкретизации контроля сроков ожидания в них существенно различается. В одних компаниях должностные обязанности страховых представителей формулируются в общей форме, в других устанавливаются конкретные функции, как представлено в табл. 2.1.

Иногда функция контроля своевременности оказания помощи реализуется в рамках проведения тематической экспертизы. Так, «РГС-Медицина» осуществляет информационное сопровождение онкологических пациентов для повышения доступности медицинской помощи в рамках соответствующего тематического проекта.

Имеющиеся данные показывают, что в контрольной деятельности СМО соблюдение сроков ожидания занимает значительное место. Так, по данным сайта Ставропольского ТФОМС, в 2016 г. из 388 жалоб треть приходилась на нарушение сроков ожидания — больше, чем по другим аспектам оказания помощи [39]. Тем не менее роль СМО в мониторинге сроков ожидания вторична. В первую очередь, они работают преимущественно по обращениям пациентов, и только эпизодически проводимые тематические экспертизы позволяют получить общие сведения о сроках ожидания медицин-

Таблица 2.1 Должностные обязанности страховых представителей 3-го уровня в отношении контроля сроков ожидания плановой медицинской помощи в отдельных СМО

Страховая медицинская организация			
«РГС-Медицина»	«Альфа-Страхование»	«МАКС-М»	«СОГАЗ-Мед»
Информационное сопровождение и экспертная деятельность в медицинских организациях на предмет: — соблюдения и восстановления права на сроки цикловой химиотерапии и таргетной терапии; — соблюдения и восстановления права на госпитализацию в установленный Минздравом России срок; — соблюдения срока выполнения патологоанатомических исследований (верификация)	Контроль сроков и профиля госпитализации	Организация экспертизы качества медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу с целью контроля ответственности объема и условий ее оказания гарантированным правам пациента	<ul style="list-style-type: none"> • Контроль своевременности направления на 2-й этап диспансеризации. • Анализ своевременности прохождения пациентом диспансерного наблюдения. • Оценка показаний и своевременности направления на плановую госпитализацию. • Оценка причин нарушения срока ожидания плановой госпитализации

Источники: сайты страховых медицинских организаций.

ской помощи пациентам с определенными заболеваниями. Во-вторых, перед ними не ставится задача определения сроков ожидания — как средних в территориальной системе здравоохранения, так и в отдельных медицинских организациях. Это задача может быть выполнена на основе общего информационного ресурса и единого порядка оценки параметров ожидания. В-третьих, возможности СМО зависят от общего регулирования, определяющего задачи мониторинга, учетные формы, наличие специальных информационных систем, подходы к измерению сроков ожидания, порядок представления соответствующих оценок и проч. Неурегулированность большинства этих проблем оставляет СМО только одну область деятельности в этой сфере — работу с жалобами пациентов о несвоевременности оказания помощи.

2.6. Сроки ожидания медицинской помощи в оценках пациентов

Для оценки наличия самой проблемы несоблюдения предельных сроков ожидания медицинской помощи, а также отношения пациентов к данной проблеме мы провели анализ содержания жалоб на длительные сроки ожидания в Интернете (портал «Сердитый гражданин»⁴, форум «Онкосеть»⁵, сервис микроблогов «Гостевушка»⁶, социальная сеть «Живой журнал»⁷, сайт для родителей U-mama.ru⁸, сообщество пользователей Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) г. Москвы⁹). Обобщив проработанные жалобы, мы сделали вывод, что пациентов особенно беспокоят следующие две проблемы:

1) неопределенность времени ожидания. Пациентам важно четко представлять время ожидания, чтобы оценивать свои возможности, а также, возможно, обратиться в другую медицинскую организацию, где медицинскую помощь смогут оказать быстрее (вероятно, на платной основе);

2) трудности с записью к врачу. Важно иметь прозрачные алгоритмы и доступные процедуры записи к врачу. Ситуация с отсутствием возможности записи к врачу чаще всего возникает из-за недостатка ресурсов для оперативного оказания медицинской помощи.

Необходимость формально соответствовать закрепленным срокам ожидания медицинской помощи, в случае если их невозможно реально обеспечить, предполагает манипулирование с измерением этих сроков. Наш анализ выявил, что основной способ манипулирования — искусственное занижение сроков ожидания в отчетности путем установки лимитов на горизонт записи (период начиная с текущей даты, на который разрешена предварительная запись пациентов на прием в электронном виде).

Запись к амбулаторным специалистам в системе ЕМИАС открывается на 14 дней вперед. Если в пределах этого срока все специалисты заняты и свободных мест нет, то запись отсутствует, по-

⁴ <https://www.angrycitizen.ru/>.

⁵ <http://www.onconet.ru/>.

⁶ <https://gostevushka.ru/>.

⁷ <https://www.livejournal.com/>.

⁸ <https://www.u-mama.ru/>.

⁹ <https://feedback.emias.info/>.

этому средний срок ожидания помощи, если ориентироваться на данные системы, не может превысить 14 дней, как гарантировано ПГГ. Фактическое ожидание в этом случае не учитывается.

Показателен ответ Сообщества ЕМИАС Москвы на письмо пациентки, не имеющей возможность записаться к нужному специалисту: *«Анна, добрый день. Согласно рекомендациям Департамента здравоохранения города Москвы к большинству работающих в системе врачей запись открыта на две недели вперед начиная с текущей даты. В ряде случаев, ввиду максимальной востребованности специалиста или исследования, может сложиться ситуация, что все эти дни уже заняты пациентами. Запись на новые временные интервалы открывается на ежедневной основе после 07:30 утра согласно графику работы. Ближайшая запись на ФВД — 10 июля... после 07:30 утра»*¹⁰.

Пациентам было бы комфортнее иметь возможность взять талон в удобное для себя время, заранее зная реальное время ожидания медицинской помощи. Однако тогда записавшийся пациент (получатель талона) будет ждать больше установленного предельного срока и получит право жаловаться, так как реальное время ожидания будет зафиксировано. Выдача талона строго за 14 дней минимизирует риски, связанные с жалобами, а также обеспечивает видимость доступности помощи и формальное выполнение предельных сроков оказания медицинской помощи.

Аналогичные жалобы поступают от жителей других городов.

Омск, март 2018 г.: *«В поликлинике городской больницы № 2 г. Омска... очень мало выдают талонов в смотровой кабинет! Талоны почему-то нельзя получить через электронную регистратуру (Интернет). Моя супруга сегодня (28.03.2018) приехала в поликлинику в 07:00 утра (регистратура начинает работу в 07:30) для того, чтобы получить талон в смотровой только на 11.04.2018 (до этого времени талоны уже раздали ранее). Завтра будут выдавать талоны только на 12.04.2018, т.е. талоны выдают только на 2 недели вперед, не более! В очереди в регистратуру она была уже двадцатой, и ей не досталось талона. <...> Почему нельзя распечатать достаточное количество талонов на несколько недель вперед, чтобы не приходилось людям тратить драгоценное время и деньги на проезд?»*¹¹.

¹⁰ Сообщество ЕМИАС г. Москвы. URL: <https://feedback.emias.info/question/details/id/667032>.

¹¹ Портал «Сердитый гражданин». URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/798357>.

Москва, 2017 г.: *«Прошу навести порядок в отношении женской консультации ГБУЗ ГКБ им С.С. Юдина ДЗМ ЖК 6 ОСП. Почему невозможно записаться на прием? Запись ведется на 2 недели вперед, которые полностью расписаны. И когда заходишь на сайт, чтобы записаться, там каждый день — “мест нет”. Почему я не имею возможности своевременно попасть на прием и вынуждена ждать? Причем жду неизвестно чего: места так и не появляются. Если не хватает специалистов и времени — пусть распределяют поток пациентов по другим местам!»*¹².

Москва, 2018 г.: *«15 мая 2018 г. участковым педиатром моему ребенку было выдано направление в филиал № 2 ДГКБ-9 по адресу Ивовая, 3 к врачу-аллергологу. Я позвонила туда, мне сказали, что нет мест и следует звонить после 28 мая. Сегодня в больнице сказали, что мест снова нет и звонить следует после 13 июня. Ребенку становится хуже, и у меня нет возможности ждать еще непонятно сколько времени. Ему требуется медицинская помощь»*¹³.

Для регулирования очереди пациентов, выходящей за горизонт записи, практикуется ведение записи по телефону при помощи одной линии на ограниченное количество мест или создание физической очереди «за талончиками». Запись открывается в начале рабочего дня или в строго определенные часы. Линия постоянно занята, места и талоны заканчиваются очень быстро, пациенты не могут дозвониться, чтобы получить место в очереди.

Краснодарский край, станица Ладожская, 2018 г.: *«Отсутствует электронная запись к врачам. Чтобы попасть на прием к врачу, необходимо заранее записаться по телефону, но только в пятницу в 7 утра. В остальные дни даже при личном обращении в регистратуре отказывают в записи, талон на прием к врачу можно получить только в экстренных случаях»*¹⁴.

Ленинградская область, Ивангород, 2018 г.: *«Творится полный кошмар. Очередь в регистратуру приходится занимать с 6 <часов утра>. В связи с ремонтом толпа стоит в узком коридоре»*¹⁵.

Кроме того, возможно ведение предварительных листов ожидания на бумажном носителе. Направления и данные пациентов хранятся у старшей медсестры или заведующего отделением с по-

¹² Портал «Сердитый гражданин». URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/783911>.

¹³ Там же. URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/809899>.

¹⁴ Там же. URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/795574>.

¹⁵ Там же. URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/790903>.

следующей записью в электронную очередь по мере появления в ней мест.

Москва, 2015 г.: «Обратилась в поликлинику 115 с головными болями и другими проблемами 31.03.2015. Выдали направление на обследование УЗИ сосудов. Сказали, очередь, придется подождать. Записали в регистратуре в журнал. Через 1,5 месяца обратилась повторно и спросила, сколько еще ждать очереди, нашли меня по журналу, сказали — ждите. На сегодняшний день, 22.09.2015, до сих пор обследование не сделано»¹⁶.

Таким образом, учитывая масштаб манипулирования электронной записью, любые оценки, базирующиеся на анализе сроков ожидания исходя из данных систем типа ЕМИАС в г. Москве, не отражают реальных сроков ожидания населением медицинской помощи в амбулаторном звене.

В ходе анализа мы выделили следующие характеристики восприятия населением длительных сроков ожидания:

1) негативное отношение часто распространяется на медицинских работников. На них возлагается вина за несвоевременное оказание медицинской помощи. У пациентов нет понимания, что проблема носит системный характер: поликлиника и конкретный медицинский работник ограничивают доступ к медицинской помощи не по собственной инициативе или халатности.

Ставрополь, 2015 г.: «Дозвонился... в 11:10, говорят: “Сегодня уже не записываем — звоните в другой день в 07:30”. На мои объяснения, что “и приходил, и звонил — но занято”, повесили трубку. Перезвонил: “Почему трубку бросаете? Буду жаловаться”. Говорят: “Жалуйтесь куда хотите”. <...> Полное чувство безнаказанности на местах. И это у людей, которые стоят на страже здоровья нашей Родины!»¹⁷.

Москва, 2014 г.: «Сколько можно жаловаться на эту поликлинику? <...> Никому талоны не достаются... Я, как и другие пациенты (а это и инвалиды, и ветераны), что, должна стоять по 2 часа на улице, чтобы достать талон, которого нет?! Ни по колл-центру нет записи, ни через портал, ни через автомат!!! Что за беспредел?»¹⁸;

2) наиболее сильные негативные эмоции вызывают у пациентов состояние неопределенности и отсутствие эффективных процедур записи к врачам, а также точного представления о том, сколько осталось ждать получения медицинской услуги.

¹⁶ Там же. URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/355768>.

¹⁷ Там же. URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/175240>.

¹⁸ Там же. URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/115758>.

Москва, 2017 г.: «Моя жена не может попасть к акушеру-гинекологу. Первый раз запись была назначена на 12 сентября... но была отменена по причине отпуска (непонятно, зачем была открыта запись на дни отпуска врача). Перезаписались на 18 сентября, после чего 15 сентября позвонили из регистратуры и сказали опять перезаписаться по причине болезни врача. Запись на госуслугах недоступна... Проблема в том, что срок беременности моей жены 3 месяца, а мы до сих пор не можем попасть на прием к акушеру-гинекологу. Видимо, придется идти в платную поликлинику, так как нет уверенности, что через недели две нам опять не скажут перезаписываться»¹⁹.

Новосибирск, 2016 г.: «У меня такой вопрос: по какой причине мою очередь на операцию перенесли в очередной раз на следующий год? Первую комиссию прошла в 2014 г., обещали на 2015 г., к концу 2015 г. пришла бумага, в ней было указано, что 2015 г. уже расписан, места нет, был вопрос, желаете ли вы оперироваться в 2016 г. в Новосибирске, я подписала согласие, в конце 2016 г. зашли на сайт узнать очередь, там опять перенесение на 2017 г. Мне 77 лет, я медработник, травму получила на рабочем месте. Скажите, сколько еще ждать и кто за это в ответе?!»²⁰.

Екатеринбург, 2013 г.: «Сыну 5 месяцев, еще во время беременности поставили диагноз “гидронефроз”. Направление на госпитализацию в ОХН4 ОДКБ дал хирург уже два месяца назад. За это время сдали анализы уже на три круга, а места все нет... Ни в сервисной, ни в общей, звоню туда постоянно, говорят, что все переполнено. Я знаю, что при поступлении срочных пациентов плановая госпитализация двигается, но, блин, сколько еще ждать? Кто лежал в ОХН, как долго вы ждали госпитализации?»²¹.

Москва, 2014 г.: «Мне нужно прождать еще полгода, чтобы начать лечение? Это про неопределенность ожидания. Или мне идти к частному врачу? Зачем тогда я оплачиваю государству медицинское страхование?»²².

Москва, 2015 г.: «Есть Закон об охране здоровья, где ясно изложено, что помощь назначается по состоянию здоровья пациента. И эта помощь должна быть оказана качественно и в срок. А наша система

¹⁹ Портал «Сердитый гражданин». URL: <http://www.angrycitizen.ru/case/762865>.

²⁰ Сервис микроблогов «Гостевушка». URL: <http://www.gostevushka.ru/gb/zdorovie/41273.html>.

²¹ Сайт для родителей U-mama.ru. URL: <https://www.u-mama.ru/forum/kids/child-health/520096/>.

²² Портал «Сердитый гражданин». URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/144964>.

здравоохранения сейчас ограничивается тем, что записывает человека в некую очередь, которая может длиться бесконечно, но это имитация работы, просто чтобы не давать отказ»²³.

Особенно остро стоит проблема ожидания ВМП. Как отмечалось выше, Минздрав России жестко регламентирует сроки оформления права пациента на получение такой помощи, но при этом отсутствует эффективный мониторинг прохождения очереди и сроков ожидания. Все это порождает высокую степень неопределенности в отношении сроков ожидания. Вот некоторые типичные комментарии пациентов и их родственников.

Москва, 2018 г.: «Моя мама... 1938 г. рождения после общего обследования по рекомендации врача была поставлена в очередь на замену коленного сустава в начале декабря 2016 г. Врач сказал, что время ожидания операции — около года. Мы прождали целый год, по истечении данного срока решили узнать о движении очереди на операцию... В январе позвонили в справочную службу больницы, там нам ответили, что на операцию назначен номер 194, а когда мы позвонили в феврале, номер почему-то не изменился, остался тем же — 194. Мы решили узнать, какой же номер в марте, и оказалось, что номер не изменился, он остался таким же — 194, за 3 месяца... ничего не изменилось. Просим предоставить информацию о реальном движении очереди, и существует ли она»²⁴.

Санкт-Петербург, 2015 г.: «На звонки отвечают: ждите, в течение недели позвоним, скажем. Но так продолжается почти месяц. ... Нервы сдают»²⁵.

2016 г.: «Направлена на операцию по эндопротезированию тазобедренного сустава в октябре 2014 г. в Институт им. Приорова, г. Москва. Вот уже полтора года статус талона “документы находятся на рассмотрении”. В институте сказали, что очереди как таковой нет, и сказать, как продвигается рассмотрение моих документов, они не могут. Как можно узнать, сколько мне еще придется ждать операцию и нельзя ли обратиться в другое медицинское учреждение, если этот институт не справляется со своими нагрузками?»²⁶.

²³ Социальная сеть «Живой журнал». URL: <https://m-gaidar.livejournal.com/241097.html>.

²⁴ Портал «Сердитый гражданин». URL: <https://www.angrycitizen.ru/case/799052>.

²⁵ Форум «Онкосеть». URL: <http://www.onconet.ru/showthread.php?t=260>.

²⁶ Сервис микроблогов «Гостевушка». URL: <http://www.gostevushka.ru/gb/zdorovie/41273.html>.

2017 г.: «Добрый день. У меня имеется талон на оказание ВМП № 41.0000.17498.168 на операцию по замене коленного сустава. Дата оформления талона — 29.08.2016 г. В статусе талона первоначально было указано “документы находятся на рассмотрении”. 29 декабря 2016 г. статус поменяли на “перенесен на следующий год”. С 11.01.2017 г. статус опять поменялся на “заблокирован”. Прошу пояснить, что это означает и что мне делать дальше. Ходить становится все труднее.»²⁷.

Органы государственной власти не пытаются наладить мониторинг сроков ожидания медицинской помощи и не используют имеющиеся технические средства, которые могли бы показать, соблюдаются ли гарантии. Напротив, технические средства (например система ЕМИАС) настраиваются таким образом, чтобы скрыть нарушения.

Таким образом, большие фактические сроки ожидания отражают не только имеющиеся ресурсные ограничения (особенно возможностей оказания ВМП), но и отсутствие эффективной системы контроля прохождения очереди и мониторинга средних показателей ожидания. Пациенты могут понять, почему нужно ждать долго, но отказываются понимать отсутствие информации о перспективах получения необходимой помощи.

2.7. Врачебные практики управления очередью на плановую медицинскую помощь

2.7.1. Практики выполнения врачами стационаров требований к срокам ожидания плановой госпитализации

Для получения эмпирических данных о практиках ведения очередей на плановую госпитализацию и выявления отношения врачей к этим практикам в данном исследовании был использован метод глубинного интервью. Респондентами выступали руководители регионального здравоохранения, главные врачи, заведующие отделениями, а также рядовые врачи разных специальностей полярного профиля (хирурги и врачи терапевтического профиля). Были проведены 22 интервью в июне — августе 2018 г. в двух регионах с высоким и средним уровнем экономического развития —

²⁷ Сервис микроблогов «Гостевушка». URL: <http://www.gostevushka.ru/gb/zdorovie/41273.html>.

в Москве и Воронежской области (далее — регион). Всего было обследовано шесть учреждений: два в Москве (городская поликлиника и городская больница) и четыре в Воронежской области (городская поликлиника, городская больница, две центральных районных больницы (далее — ЦРБ)).

Опрошенные нами врачи подтверждают, что срок ожидания госпитализации отсчитывается, как правило, не с момента направления пациента в стационар врачом поликлиники, а с момента принятия врачом клиничко-диагностического или поликлинического отделения самого стационара решения о госпитализации пациента. Вот как принятую практику установления сроков госпитализации характеризует главный врач московского стационара: *«Сроки госпитализации устанавливаются с момента прихода больного в КДО, а не в поликлинике»*. И об этом же говорит в своем интервью врач общей практики московской поликлиники: *«Это отдается на откуп стационару... Они иногда сами сдвигают госпитализацию на 2–3 дня. Они решают этот вопрос непосредственно с пациентом. Однако жалоб на несоблюдение сроков госпитализации не было никогда. Были жалобы на качество»*.

Аналогичная практика отсчета сроков госпитализации действует и в обследованном регионе. *«Стационар как только зарегистрировал пациента как нуждающегося в госпитализации, тогда и отсчитывается срок»*, — поясняет ситуацию заместитель главного врача ЦРБ. А врач городской больницы так описывает реальный и формально фиксируемый срок ожидания: *«Ком мне приходит человек на консультацию. У него не написано в направлении “на оперативное лечение”. Я ему говорю: это плановое оперативное вмешательство, мы вам все сделаем через три понедельника. Нужны вот такие анализы... Естественно, что этот человек будет прооперирован, как только это будет возможно сделать. Буквально за неделю до операции ему дают направление, где написано, что он будет оперироваться... через неделю. В этом случае нарушений нет и быть не может»*.

Врач из областной больницы рассказывает о процедуре принятия решения о дате госпитализации пациентов, направляемых в областную клинику из районов: *«Я пойду к заведующему, мы согласуем дату госпитализации. Потом мы свяжемся с врачами в районе, и я им скажу, на какое число назначена госпитализация... Если какая-то экстраординарная ситуация с больным, то врач сразу свяжется с нами. И мы можем изменить сроки госпитализации... Никакого ущерба для больного, если мы не укладываемся в двухнедельный срок, нет. Особенно в том случае, если у него хроническая ситуация. В случае экстренности мы действуем незамедлительно»*.

Все опрошенные врачи стационаров считают правильной именно такую практику учета срока ожидания госпитализации, когда он отсчитывается с момента направления пациента на госпитализацию врачом клиничко-диагностического отделения (далее — КДО) или поликлинического отделения самого стационара. Эта норма действует и в московском многопрофильном стационаре, и в областной больнице, и в ЦРБ.

Врачи объясняют свою позицию необходимостью получить достоверные показания к госпитализации пациента. Одно из самых распространенных объяснений: *«Такое решение может приниматься только после обследования и консультации с врачом поликлиники областной больницы. В процессе консультации могут выявиться обстоятельства, которые могут помешать операции или отклонить госпитализацию».*

Вот как об этом говорит врач московского стационара: *«Сроки госпитализации устанавливаются с момента прихода больного в КДО, а не в поликлинике. Направление лечащего врача в поликлинике еще не означает, что больного надо оперировать. Врач поликлиники направляет больного на консультацию. Для принятия решения об оперативном лечении. Совсем не каждого больного надо оперировать. ... Например, для принятия решения об операции на щитовидной железе мы берем биопсию. По результатам биопсии мы принимаем решение. Возможно, требуется повторная консультация. И только в этот момент принимается решение о госпитализации. Пациент идет обратно к эндокринологу в район за рекомендациями или назначается на операцию. Тогда и возникает дата операции».*

Столь же последовательно эта идея защищается заместителем главного врача ЦРБ: *«Бывает так: начинаем смотреть больного, и выплывает какая-то неожиданная патология. Больного в этом случае надо дообследовать до конца, чтобы принять решение. Ответственность большая». С ней солидарен и заведующий отделением этого же стационара: «Срок госпитализации зависит от степени обследованности пациента для вынесения окончательного решения. Можно его определять на поликлиническом или стационарном уровне. Вопрос в том, кто это будет определять? Пусть лучше это делают те, кто будет лечить этого пациента в стационаре».*

Аргументы о недообследованности не единственные. Немаловажной здесь является попытка разрушить сговор врача и пациента о необходимости госпитализации на более низких уровнях оказания медицинской помощи: *«Мы считаем срок госпитализации по*

показаниям нашего специалиста из КДО. Почему мы это делаем? Мы сталкивались с тем, что из некоторых районных больниц пишут... направления, которые ни на чем не основаны... Для чего госпитализация? Просто доктор с пациентом взял и договорился... Потому что пациент решил, что ему надо в областную больницу. Мы с этим категорически боремся... И всем нашим пациентам мы говорим: показания к госпитализации определяет наш врач. Когда он увидел и решил, что Вам надо лечь, с этого момента мы считаем срок госпитализации», — настаивает на своей точке зрения заместитель главного врача областной больницы.

Из проведенных нами интервью следует, что практика направления пациентов в стационар с формулировкой «направляется на консультацию» укоренилась и является общепринятой. Врач городской больницы в обследованном регионе говорит об этом так: *«Ко мне приходит человек на консультацию. У него не написано в направлении “на оперативное лечение”, врачи поликлиники знают, что так писать нежелательно. Поэтому пишут “на консультацию”. За две недели до операции, когда мы готовы его принять, ему дают направление на операцию. Вот тогда срок пошел».*

2.7.2. Отношение врачей поликлиник к установлению сроков ожидания госпитализации

Врачи поликлиник соглашаются с фиксацией самими врачами стационаров начала срока ожидания госпитализации. По словам начмеда городской поликлиники в обследованном регионе, *«пациент фиксируется в очереди только в стационаре. ... 57-я форма, по которой мы направляем на госпитализацию... — там написано, направляется на консультацию для госпитализации или на обследование. Если уже есть договоренность о плановой госпитализации, то подчеркивается... “на плановую госпитализацию”. Если мы понимаем, что врачам в стационаре надо посмотреть и принять решение, подчеркиваем... “на консультацию”. Возможно, пациента надо дообследовать. Может быть, пациента проконсультируют и отправят к нам на дообследование... Может быть, ему назначат консервативное лечение и обратно к нам направят».*

Врачи поликлиник признают вполне оправданным желание врачей стационаров дообследовать пациентов: ответственность за их лечение лежит на врачах стационаров. *«Вот, допустим, у пациента сахар не слишком зашкаливающий. Но у него проблема с ногами. У него боли в нижних конечностях. Он же от этого не умрет. Что он*

ляжет через неделю или через две — не важно. У него этот процесс постепенно идет. Ему надо полечить ноги. Это же не аппендицит. Иногда врачи в стационарах анализ крови повторяют, делают биохимию. Это именно то, что им надо. Вдруг свертываемость не такая... Они делают инсулин, идут на расширенное стационарно-госпитальное обследование. И это оправданно. Да, я выдаю пациентам направление на госпитализацию за номером и иногда вижу, что сроки сдвигаются примерно на неделю. Это нормально. Плюс пациенты не всегда могут сами прийти в назначенное время», — убеждена заведующая эндокринологическим отделением московской поликлиники.

Высказанные суждения свидетельствуют, что врачи поликлиник не считают нужным вмешиваться в сложившуюся практику госпитализации пациентов, полагая, что решение о госпитализации и его сроках — дело именно госпитальных врачей. Чаще всего они не пользуются возможностью направить пациента в стационар «для оперативного вмешательства», а предпочитают более мягкую форму — «на консультацию». Вряд ли подобные действия объясняются только корпоративной солидарностью. Не исключено также, что врачи поликлиник могут быть не уверены в правильности своих диагнозов, а потому дают возможность стационарным врачам перепроверить их видение болезни у пациента.

Тем не менее некоторые из врачей поликлиник все же используют опцию «направляется на оперативное лечение». В этом случае врачи поликлиник сами созваниваются со стационаром и договариваются о сроках госпитализации. Но такие случаи — скорее исключение. По словам врачей стационаров, врачи поликлиник, как правило, не звонят в больницу и не спрашивают о том, госпитализирован ли их пациент, или делают это совсем редко. *«Если звонят поликлинические врачи, то это либо необычные случаи, либо речь идет о знакомых», — убеждена молодой уролог из областной больницы. О том, что практика звонков существует, но лишь в особых случаях, говорит и начмед московской поликлиники: «Это редко очень бывает, чтобы я звонила в стационар. Это частный случай... Если есть проблема, я звоню начмеду стационара и говорю: есть такая проблема... Пациент тяжелый... Или он поликлиническим врачам непонятен. Но это происходит крайне редко».*

Оправдывает тактику невмешательства в госпитализацию и заведующая эндокринологическим отделением московской поликлиники, подчеркивая при этом, что оно возможно в случае, если речь идет о тяжелых пациентах: *«График госпитализации не прове-*

ряется. Я же не могу руководить госпитализацией стационара. Мы же никого при смерти не заставляем ждать. Но тем не менее мы можем вмешаться в госпитализацию, если речь идет о тяжелых больных. У меня за последние 3–4 месяца было два таких варианта. Я это делала с помощью личных договоренностей. Никто не отказывает. Умиравших, которые бы оставались без помощи, у нас нет. Я всегда отвоюю пациента».

Опрошенные нами врачи стационаров настаивают на том, что они вполне укладываются в установленные предельные сроки ожидания госпитализации — две недели. *«Проблемы нарушения сроков госпитализации нет. Особенно при плановой госпитализации. Программа госгарантий существует, мы в нее укладываемся и достаточно четко ее мониторим. Плановая госпитализация происходит в фиксированный срок. Мы госпитализируем в течение 10 дней, хотя срок, установленный программой госгарантий, составляет 2 недели»*, — уверен главный врач ЦРБ.

2.7.3. Причины несоблюдения предельных сроков госпитализации

Вместе с тем врачи признают: есть виды операций и отдельные нозологии, когда не удается избавиться от очередей. В этом случае очередь растягивается, и это влечет за собой существенное нарушение предельных сроков госпитализации, установленных в ПГГ.

Один из таких примеров — очередь в урологическое отделение на операцию для лечения мочекаменной болезни, которую пока невозможно ликвидировать: *«Это особая операция... Мы через прокол в пояснице дробим горловину камня. Мы делаем таких операций две в неделю... Раньше мы таких больных отправляли в областную больницу. И в НИИ Урологии. Сейчас мы набили руку... Опыт расширяется... У нас в отделении 14 человек. 13 из них имеют сертификат ультразвуковой диагностики и, следовательно, имеют право делать такую операцию. Но все равно желающих намного больше — отсюда очередь»*, — замечает заведующий урологическим отделением городской больницы в регионе.

Второй пример — проблемы с соблюдением требований к срокам госпитализации в ЦРБ из-за недостаточной мощности реабилитационного отделения. По словам главного врача ЦРБ, *«нарушение сроков госпитализации происходит только в отделении реабилитации. По своей структуре оно исключительное в области. В других районных больницах нет отделения стационарной реби-*

литации, которое бы специализировалось на профиле “центральная нервная система”. Если смотреть на структуру больных, то около 85% — это пролеченные пациенты не нашего района».

Третий пример — наличие большой очереди в некоторые отделения областной больницы, что связано с уникальностью оказываемой в этих отделениях помощи, которую не могут предложить другие стационары. Сложившуюся ситуацию поясняет заместитель главного врача областной больницы: «У нас в областной больнице есть проблема с очередью только по двум направлениям, где мы превышаем сроки госпитализации. Это торакальная хирургия. Это единственное отделение в области, оно находится у нас. Там концентрируются и онкологические больные, и воспалительные патологии, и травмы... Дежурит оно практически круглосуточно... Есть отделение онкоурологии. Это тоже единственное отделение в области. В этих отделениях сроки очереди не выдерживаются. В торакальной хирургии получается где-то 35 дней ожидания планового больного».

Признавая наличие случаев нарушения сроков госпитализации, некоторые из респондентов подчеркивали, что это не приводит к серьезным негативным последствиям для пациентов. «Дефицит в госпитализации по местам у нас есть всегда... У нас есть физически лист ожидания, в который записываются пациенты... Как правило, это хроники... у которых перенос лечения на неделю или на две не играет особой роли... Но если пациент сильно настаивает... то его кладут несмотря на дефицит», — говорит заместитель главного врача ЦРБ.

Тезис о том, что больших нарушений в сроках госпитализации не наблюдается, защищают и врачи поликлиник, хотя и признают: нередко стационары перегружены, но это происходит по вине врачей стационаров. Излишняя госпитализация — обычная картина для московских стационаров. Врачи нередко без особых показаний госпитализируют бабушек и дедушек, идя за желаниями их родственников: «Бывает плановая госпитализация у тех, кому в общем-то она не нужна. Родственники кладут своих бабушек... мам, пап... Чтобы отдохнуть. Такая же излишняя госпитализация характерна при переосвидетельствовании во ВТЭК. Пациенты все обследования прошли в поликлинике, однако просят, чтобы была госпитализация. Иногда все отделения забиты бабушками и дедушками... Хотят полежать... Для стационаров это актуальная проблема», — убеждена заведующая терапевтическим отделением московской поликлиники.

Некоторые врачи московской поликлиники признают, что не всегда поликлиническому звену удается уложиться в установленные предельные сроки для обеспечения необходимыми обследованиями пациента, что может смещать сроки госпитализации. *«Для госпитализации приносится перечень обследований. У нас есть некоторые обследования, где очередь побольше, чем хотелось бы. У нас загружены УЗИ сосудов и сердца, эхокардиография»*, — утверждает врач общей практики из московской поликлиники.

2.7.4. Очередь и качество врачебной помощи: парадоксы врачебных оценок

Интервью с руководителями медицинских учреждений позволили выявить следующее важное обстоятельство: восприятие наличия очередей главными врачами и заведующими отделениями, непосредственно формирующими или контролирующими очереди в поликлиниках или очереди на госпитализацию, не носит однозначно негативного характера.

Руководители разных уровней в медицинских учреждениях рассматривают наличие или отсутствие очереди как показатель авторитета и квалификационного уровня учреждения: чем больше очередь, тем больше востребованность работающих в нем специалистов. Именно поэтому сокращать очереди там, где это является показателем авторитета отделения, им не представляется правильным. *«Хорошего врача пациент может и подождать»*.

Так, заместитель главного врача ЦРБ замечает: *«К более квалифицированным врачам всегда очередь больше. Вот пример: у нас есть два врача-кардиолога. К одному идут все. А к другому идти не хотят. К одному из врачей больные согласны стоять в очереди, думая, что у врача, возможно, будет время после приема, а другого ждать не хотят совсем. У нас в районах есть свои центры, но больные просят именно к нашим хирургам... Недаром если хороший врач уходит, то больные интересуются, куда именно, в какую больницу ушел тот или иной доктор. И сразу бегут за доктором»*.

Близкую позицию высказывает заведующая терапевтическим отделением одной из московских поликлиник: *«Очередь к врачу зависит от его квалификации и умения общаться с пациентом. Чем выше квалификация врача, тем больше вероятность того, что пациенты его выберут чаще, чем остальных. Иногда они ждут такого врача после общего приема и не жалуется. Иначе чем объяснить,*

что к двум врачам одной специальности записываются по-разному. У одного 400 посещений, а у другого 200».

На необходимости восприятия очереди как индикатора уровня квалификации оказываемой медицинской помощи настаивает и главный врач многопрофильного стационара в Москве: *«В отделеении должна быть очередь, к уникальному специалисту она всегда есть. Такое есть в каждой клинике. ...И эту очередь надо ценить, а не укорачивать с помощью формальных процедур».* Применительно к своим специалистам главный врач формулирует данную проблему еще острее: *«Я бы даже поставил вопрос для своих специалистов — почему к Вам нет очереди? Это означает, что у Вас нет авторитета... Я думаю, что объем оказания медицинской помощи у страховых компаний — это показатель авторитета клиники. А объем оказания медицинской помощи физическим лицом — это показатель авторитета специалиста... Если к тебе нет очереди — значит, ты не авторитетен. Ты хороший работяга, спасибо тебе...».*

Заведующий отделением эндокринологической хирургии, известный и авторитетный профессионал в своей области, не просто поддерживает высказывания главного врача, но и развивает их: *«То, что мы загружены, говорит о высоком качестве нашей работы... На нас работают четыре округа... Мы рекомендованы этим округам. В каждом округе свой главный эндокринолог. Если он видит, что у нас результаты работы лучше, он посылает к нам. Если он видит, что мы стали работать хуже, он к нам больше не посылает. Так что если у нас длинная очередь — это говорит о том, что мы хорошо работаем. И она нам нужна. Если не будет очереди, то наше отделение будет пустое. Очередь на месяц, полтора для нас необходима. Есть либо доступность, либо качество».*

Очередь как показатель индивидуальной успешности врача весьма важна, так как позволяет ему чувствовать себя востребованным и уникальным профессионалом. Тем более это важно хирургам, от которых всегда ожидают невозможного: *«Медицина — это искусство. Очередь необходима. Нужно стоять в очереди. Нельзя причесать всех под одну гребенку»*, — продолжает свои размышления заведующий отделением эндокринологической хирургии.

О позитивном влиянии очередей к более опытным коллегам на становление молодых врачей говорит заместитель главного врача по травматологии и ортопедии этого же стационара, хирург с многолетним стажем: *«Кто сказал, что очередь — это то, от чего следует избавляться любой ценой? Я убеждена, что наличие очереди у опытных врачей, их востребованность у пациентов не в ущерб их*

лечению — это хороший стимул для молодых врачей. Добиться того, чтобы к тебе стояла очередь — совсем не просто... Надо стремиться быть не таким как все, уметь то, чего не могут другие... Важно, что молодые врачи, начиная свою работу, знают, куда им следует двигаться».

Вместе с тем опрошенные нами респонденты признают, что очереди могут возникать совсем не по показателям квалификации, и это надо понимать. И бороться с такими очередями всеми возможными путями: *«Очередь сигнализирует о высоком уровне врача в том случае, если он не ленится... Если главному врачу и заведующему лень работать, и они делают по одной операции в неделю — это другое дело. Это легко определяется. Посмотрите процент высокотехнологических операций, выполненных в этом отделении... Тогда все будет понятно любому организатору... Очередь из-за лени всегда можно отличить от очереди, возникшей благодаря авторитету врача»,* — убежден главный врач многопрофильной московской больницы.

На том, что очередь очереди рознь, настаивает и заведующий отделением эндокринологической хирургии этого же стационара. По его мнению, очереди могут создаваться искусственно, так как пациенты нередко реагируют на активность врача в Интернете, а не на реальные результаты его оперативного вмешательства: *«Я столкнулся с тем, что некоторые врачи ведут себя активно в Интернете. Пишут отзывы. Надо, чтобы было как можно больше отзывов. Неизвестно кем написанных. Иногда лучший врач — это тот, о котором больше всего написано в Интернете. Приходит ко мне пациент и просится именно к этому разрекламированному врачу. Желание пациента — закон. Но я принципиально не читаю такие отзывы. Хотя мне иногда рассказывают. И я понимаю, что все настолько относительно».*

В отличие от московских врачей региональные медики высказываются о связи очередей с уровнем квалификации врачей не столь определенно. Некоторые из них признают, что очереди у отдельных коллег могут быть больше, чем у других, но все же подчеркивание различий в квалификации врачей у них не принято.

Проведенный анализ высказанных позиций дает основание для осторожного вывода: к наличию и размеру очередей в тех или иных отделениях в стационарах и поликлиниках надо относиться избирательно. В одном случае большая очередь может свидетельствовать об авторитете врача или отделения, в другом — о низкой эффективности их работы. Именно поэтому регулирование таких

очередей должно в разных случаях решать неодинаковые задачи, и не должны использоваться разные инструменты.

2.8. Основные выводы

Проведенный анализ дает основания для следующих выводов.

1. В большинстве развитых западных стран проводится целенаправленная политика упорядочивания учета и сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи. Установлены государственные гарантии в отношении предельных сроков ожидания, увязанные с финансовыми возможностями государства. Действуют развитые системы управления очередью и мониторинга усредненных показателей сроков ожидания. Главная характеристика этих систем — единый порядок движения очереди и учета сроков ожидания, который распространяется на все медицинские организации, финансируемые за счет государственных средств. Наличие единого порядка обеспечивает прозрачность прохождения очереди, снижает уровень неопределенности в отношении доступности медицинской помощи, расширяет возможности для обоснованного выбора поставщиков медицинских услуг с меньшими сроками ожидания.

Системы мониторинга сроков ожидания в отдельных странах различаются. В ряде стран отмечается тенденция к более детальному мониторингу движения пациента в многоуровневой системе оказания медицинской помощи — начиная с момента установления диагноза на уровне врача общей практики или специалиста амбулаторного звена. В других странах все еще используется более поздняя точка отсчета — на уровне принимающего стационара. И в том и в другом случаях действует единый порядок учета данного показателя. Это делает полученные результаты понятными для пациентов и сравнимыми для отдельных медицинских организаций.

Эффективное регулирование и мониторинг сроков ожидания в сочетании с государственной политикой, направленной на сокращение этого показателя, дают позитивные результаты. Повышается временная доступность дорогих и наиболее востребованных плановых хирургических операций. Острота проблемы постепенно снижается.

2. В России установлены предельные сроки ожидания отдельных видов плановой медицинской помощи (кроме ВМП), которые гарантируются государством. *Но мониторинг фактических сроков ожидания на федеральном уровне и в большинстве регионов страны*

практически отсутствует. Текущая отчетность по ПГГ не содержит информации о соблюдении предельных сроков ожидания, нет статистических форм для учета этого показателя. Имеющиеся фрагментарные оценки средних сроков ожидания не основаны на установленных единых правилах их расчета, каждая медицинская организация считает по собственным правилам, и эти оценки не дают представления о том, выполняются ли государственные гарантии временной доступности медицинской помощи.

3. Хотя предельные сроки ожидания в России относительно невелики, невозможно утверждать, что временная доступность плановой медицинской помощи в нашей стране выше, чем в западных странах. Имеющиеся оценки несравнимы с западными показателями. Более того, оценки по отдельным регионам несравнимы между собой.

4. Нормативно-правовое регулирование ожидания медицинской помощи явно недостаточно. Главные его недостатки:

— установленное ПГГ требование ведения листа ожидания распространяется только на стационарную помощь, хотя есть потребность в листах ожидания консультаций ряда специалистов, сложных диагностических исследований;

— отсутствует требование к созданию специальной информационной системы для мониторинга сроков ожидания и управления госпитализациями, а также требование к обязательному взаимодействию в такой системе всех медицинских организаций, участвующих в реализации ПГГ;

— отсутствуют требования к конкретным формам мониторинга: а) статистическому учету срока ожидания, б) порядку контроля прохождения очереди, в) обязательной публикации данных о фактических средних сроках ожидания в регионе, на территории, в медицинской организации. В результате такого нормативного изъяна пациенты не имеют информации о «длине» очереди на стационарную помощь в конкретный момент и могут рассчитывать только на обещания врачей;

— остается неясной точка отсчета для оценки времени ожидания — направление какого лечащего врача следует учитывать;

— ФФОМС требует от стационаров предоставлять уже готовые оценки срока ожидания, а не число направлений и фактический момент госпитализаций для централизованного расчета текущего и законченного сроков ожидания. Практически это означает, что стационары не только ведут листы ожидания, но и сами оценива-

ют сроки ожидания госпитализаций по собственным правилам их определения.

5. На региональном уровне делаются попытки наладить такой мониторинг. Как минимум в шести регионах страны действуют системы управления госпитализациями или специальные сервисы для учета сроков ожидания стационарной помощи. Лучшие региональные практики демонстрируют большой потенциал этих систем как для определения остроты проблемы длительных сроков ожидания, так и для улучшения организации медицинской помощи. Все направления на плановую госпитализацию, выписываемые врачами поликлиник, учитываются в специальной информационной системе, формируется единая электронная очередь, пациентов информируют о движении этой очереди и госпитализируют по мере ее прохождения. В каждый конкретный момент можно получить информацию о примерной дате госпитализации. Единообразно учитываются сроки ожидания по каждой медицинской организации, их можно сравнивать. Однако вопреки замыслу система мониторинга в этих регионах, как правило, не является единой: в ней участвуют далеко не все медицинские организации. Часть информации о сроках ожидания выпадает из централизованного электронного учета, что создает условия для занижения средних сроков ожидания госпитализаций и произвола стационаров в определении очередности госпитализаций.

6. Роль СМО в управлении процессом ожидания медицинской помощи незначительна. Они занимаются контролем нарушений установленных сроков ожидания по обращениям конкретных пациентов. Перед ними не ставится задача мониторинга сроков ожидания.

7. Результаты сравнительного анализа зарубежной и российской практики регулирования и мониторинга ожидания плановой медицинской помощи представлены в табл. 2.2.

8. По данным социологических опросов, население России оценивает длительные сроки ожидания как наиболее важную проблему здравоохранения. Проведенный анализ жалоб пациентов на интернет-порталах показывает, что они более всего реагируют на отсутствие прозрачного порядка прохождения очереди, манипуляции с записями на прием к врачам (искусственное откладывание записи до момента, когда можно обеспечить соблюдение предельных сроков ожидания), длительные фактические сроки ожидания. Главной проблемой является неопределенность ожидания плановой медицинской помощи, особенно стационарной и ВМП.

Таблица 2.2 Сравнение систем регулирования и мониторинга ожидания плановой медицинской помощи в развитых западных странах и в России

Характеристики систем	Развитые западные страны	Россия
Степень остроты проблем ожидания	Высокая в 15 из 23 стран — членов ОЭСР, охваченных обследованием	Высокая
Наличие национальной стратегии сокращения сроков ожидания	Имеется во всех странах с высокой степенью остроты проблемы ожидания	Отсутствует
Наличие государственных гарантий в отношении предельных сроков ожидания	Имеются во всех странах с высокой степенью остроты проблемы	Имеются
Наличие единой информационной системы для учета очереди и сроков ожидания плановой стационарной помощи	Имеется во всех странах	В части ПМСП в большинстве регионов есть системы электронной записи к врачу, которые могут использоваться для мониторинга сроков ожидания специализированной амбулаторной помощи. В части стационарной помощи такие системы отсутствуют в большинстве регионов и на федеральном уровне
Обязательное предоставление данных о направлениях на госпитализацию в единую информационную систему всеми медицинскими организациями	Обязательное, в том числе для частных организаций	Нормативные требования отсутствуют
Наличие единого порядка прохождения очереди через информационные системы	Имеется во всех странах	Отсутствует

Характеристики систем	Развитые западные страны	Россия
Степень детализации мониторинга срока ожидания	Определяется среднее время ожидания плановой операции по отдельным специальностям, а в некоторых странах — и по отдельным диагнозам	Практически отсутствуют даже общие оценки
Наличие статистического учета срока ожидания	Имеется во всех странах	Отсутствует
Точка отсчета срока ожидания плановой госпитализации	Различается по странам — от направления врача первичного звена до момента принятия окончательного решения о госпитализации	Нет ясности по этому вопросу
Информирование граждан о сроках ожидания в конкретной медицинской организации	Проводится во всех странах	Проводится непоследовательно и преимущественно непосредственно перед моментом получения медицинской помощи
Использование мониторинга сроков ожидания для организации медицинской помощи	Используется во всех странах	Нет данных о таком использовании

Источник: результаты проведенного авторами анализа.

9. Российские врачи и руководители медицинских учреждений успешно управляют фиксацией сроков ожидания плановой медицинской помощи так, чтобы они соответствовали государственным гарантиям. Но эти фиксируемые сроки ничего не говорят о реальном времени ожидания пациентами медицинской помощи, необходимой для лечения их заболеваний.

Врачи и руководители стационаров имеют возможность по своему усмотрению устанавливать время отсчета срока ожидания плановой госпитализации направляемых к ним пациентов. Вра-

чи и руководители поликлиник по общему правилу не проявляют активности и не имеют сильной заинтересованности в том, чтобы контролировать реальные сроки ожидания медицинской помощи теми пациентами, которых они направили в стационар.

10. Ответ на вопрос, стоит ли менять правила контроля сроков госпитализации, зависит от того, приоритет чьим интересам должен быть отдан в диаде «врач — пациент». Если врачей, тогда изменения можно вводить только маленькими шагами. Если во главу угла ставится пациент, тогда необходимы существенные изменения. Это трудный выбор. По нашему мнению, его нужно делать в пользу пациентов.

3. Рекомендации по созданию системы управления очередью на плановую медицинскую помощь и формированию системы мониторинга сроков ожидания

Проведенный анализ дает основания для следующих рекомендаций по созданию системы управления очередью на плановую медицинскую помощь в России.

- ***Создать систему мониторинга реальных сроков ожидания.***

Необходимость такой системы диктуется двумя главными факторами. Первый — недовольство граждан как высокими сроками ожидания, так и высокой степенью неопределенности в отношении реальной возможности получить необходимую помощь. Можно предположить, что в результате введения единой системы мониторинга будут зафиксированы высокие фактические сроки ожидания отдельных видов медицинской помощи, прежде всего ВМП. Но мы не видим в этом серьезных политических рисков. Имея такую информацию, российские граждане не узнают ничего нового о состоянии здравоохранения, но при этом смогут оценивать реальные перспективы получения необходимой медицинской помощи на бесплатной основе. Пусть операцию по смене тазобедренного сустава нужно ждать 400 дней (в некоторых европейских странах ждут не меньше), но *это будет реальная гарантия, а не фиктивная, которая более всего раздражает больных людей*. Задача государства — установить реалистичные предельные сроки ожидания и обеспечить их соблюдение.

Второй фактор, диктующий необходимость мониторинга реальных сроков ожидания, связан с ролью этой проблемы в организации медицинской помощи, а в более общем плане — с управлением системой здравоохранения. Собранная информация позволит выявить зоны наиболее острого дефицита ресурсов для планирования мер по его смягчению и перераспределения нагрузки на отдельные медицинские организации. Эти данные позволят планировать объемы медицинской помощи в отдельных медицинских организациях с учетом реальной доступности услуг. Кроме того, мониторинг создает условия для информированного потребительского выбора поставщиков медицинских услуг. Рас-

ширяются основания для такого выбора, пациенты могут получить помощь в организациях, предлагающих более низкие сроки ожидания. В свою очередь это расширяет основания для конкурентирования медицинских организаций.

Таким образом, мониторинг сроков ожидания имеет социально-политическое и экономическое измерение. Он нужен не только для оценки реальной доступности медицинской помощи, но и для управления системой здравоохранения.

- ***Сформировать в каждом регионе систему мониторинга сроков ожидания, охватывающую все медицинские организации, участвующие в реализации ПГГ, все виды медицинской помощи, включая ВМП.***

Она должна быть единой для всех медицинских организаций, включать единый порядок выдачи направлений и постановки пациентов в лист ожидания, централизованный учет движения очереди, средних сроков ожидания и их отклонений от предельных показателей. Этот порядок должен быть «сквозным» начиная от конкретной медицинской организации и заканчивая федеральным уровнем. Единообразие ведения мониторинга исключит произвол в оценках, даст возможность получить достоверную картину временной доступности плановой медицинской помощи.

- ***В каждом регионе создать специальную информационную систему для мониторинга сроков ожидания и ведения очереди на получение плановой медицинской помощи.***

Медицинские организации в обязательном порядке представляют в эту систему данные о направлениях на консультации, сложные исследования и госпитализации, а также данные о фактическом предоставлении этих услуг. Информационная система оценивает средние сроки ожидания на основе единого порядка их учета, исключаются оценки самих стационаров, сделанные по собственным правилам. Все медицинские организации, задействованные в реализации ПГГ, обязаны участвовать в этой системе. Система даст возможность формировать общую очередь из пациентов, сравнивать данные о текущем ожидании в разрезе отдельных медицинских организаций, фиксировать прохождение очереди, информировать граждан о текущих и конечных показателях времени ожидания.

Для обеспечения участия в информационной системе всех государственных и муниципальных учреждений необходимо *установить правило оплаты плановой стационарной помощи в системе ОМС только тех случаев госпитализации, которые проходят через общий лист ожидания.*

• **Конкретизировать порядок постановки пациентов в лист ожидания стационарной помощи — с момента направления лечащего врача поликлиники.**

Такой порядок учета позволяет принять во внимание все этапы движения пациентов к получению стационарной помощи. Он позволяет оценить совокупное время ожидания, которое важно для пациентов. Тот факт, что часть пациентов отсекается на уровне стационара (необходимость госпитализации не подтверждается по медицинским причинам), не подрывает единую систему учета движения очереди: такие случаи просто вычитаются из общего числа направлений на госпитализацию, а средние сроки рассчитываются только для пациентов, реально получивших стационарную помощь.

1. Для получения более полной картины доступности медицинской помощи целесообразно использовать показатели завершеного и текущего ожидания.

Первый показатель характеризует ожидание пациентов, получивших помощь, второй — уже проведенное время ожидания пациентов, продолжающих ждать лечения. Например, долю пациентов, прождавших хирургическую операцию более года (в данный момент). Этот показатель позволит оценить движение очереди и поэтому может быть полезным для принятия управленческих действий. При этом информационные системы должны быть ориентированы на сбор информации как о текущем, так и о законченном ожидании услуг.

2. Необходимо наладить статистический учет средних сроков ожидания отдельных видов плановой медицинской помощи. Для этого надо ввести специальную учетную форму «Сроки ожидания плановых консультаций врачей-специалистов, диагностических исследований, госпитализаций».

3. Необходимо сделать информацию о текущих и средних сроках ожидания открытой и доступной для пациентов.

Важно обеспечить представление как средних показателей по региону и территории, так и данных по конкретным медицинским организациям. Эта рекомендация особенно актуальна для стационарной помощи и ВМП.

4. По мере развития информационных систем необходимо детализировать информацию о листах ожидания и средних сроках ожидания по отдельным профилям больничных коек и по наиболее востребованным медицинским вмешательствам (удаление ка-

таракты, замена шейки бедра и проч.). Пациенту нужна информация о его заболевании, а не «средняя температура по больнице».

5. Необходимо сделать СМО ответственными за соблюдение правил постановки пациентов в лист ожидания и информирование граждан о движении очереди (сегодня это функция стационаров и поликлиник).

Именно страховые компании должны обеспечить контроль соответствия момента направления пациента на следующий этап оказания медицинской помощи (по истории болезни) и момента фактической записи пациента на консультацию или постановки в лист ожидания стационарной помощи. Необходимо установить штрафы за манипулирование точкой отсчета срока ожидания (искусственное откладывание этого момента для обеспечения выполнения предельных сроков ожидания).

6. Необходимо установить правило участия пациента в записи на консультацию, исследования и госпитализацию в кабинете направляющего врача через информационную систему: врач принимает решение о направлении, пациент подтверждает это направление — нажимает на кнопку «сохранить в информационной системе».

7. Надо определить набор клинических показаний, на основании которых возможно получение помощи вне единой очереди, а также ввести порядок принятия решений по этому вопросу.

8. Мониторинг сроков ожидания надо сделать элементом системы планирования и организации медицинской помощи. Необходимо учитывать результаты мониторинга при планировании объемов помощи, мощности медицинских организаций. Важно обеспечить текущее перераспределение потоков пациентов в медицинские организации с незагруженными мощностями.

9. Необходимо возложить управление системой мониторинга на органы управления здравоохранением субъектов РФ. Действующая нормативная база очень нечетко устанавливает роль органов управления здравоохранением в проведении этой работы, в результате чего усложняется решение многих практических вопросов построения единой системы мониторинга. Полномочий ТФОМС не хватает, например, для того, чтобы заставить стационары участвовать в общей региональной системе учета очереди и сроков ожидания.

10. На основании надежных данных о фактических сроках ожидания целесообразно рассмотреть возможность корректиров-

ки действующих показателей предельных сроков ожидания в сторону их увеличения — по тем видам помощи, по которым выявится невозможность их реального достижения для основной части населения страны. В зарубежной практике есть много примеров, когда увеличиваются гарантируемые сроки ожидания отдельных видов плановой медицинской помощи.

Использованные источники

1. Health at a Glance: OECD Indicators. P.: OECD Publ., 2017. 216 p.
2. International comparisons of waiting times in health care — Limitations and prospects / Viberg N., Forsberg B.C., Borowitz M., Molin R. // Health policy. 2013. Vol. 112. No. 1–2. P. 53–61.
3. *Kuchinke B.A., Sauerland D., Wübker A.* The influence of insurance status on waiting times in German acute care hospitals: An empirical analysis of new data // Intern. j. for equity in health. 2009. Vol. 8. No. 1. P. 44.
4. Reducing wait times for health care: What Canada can learn from theory and international experience / ed. by S. Globerman. Fraser Inst., 2013. 164 p.
5. *Siciliani L., Hurst J.* Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries // Health policy. 2005. Vol. 72. No. 2. P. 201–215.
6. *Siciliani L., Moran V., Borowitz M.* Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries // Ibid. 2014. Vol. 118. No. 3. P. 292–303.
7. *Hanning M.* Maximum waiting-time guarantee — a remedy to long waiting lists? Assessment of the Swedish waiting-time guarantee policy 1992–1996. Acta Universitatis Upsaliensis, 2005. 106 p.
8. Waiting time policies in the health sector: What works? / ed. by L. Siciliani, M. Borowitz, V. Moran. P.: OECD Publ., 2013. 324 p. (OECD health policy studies).
9. *Smith T.* Waiting times: Monitoring the total postreferral wait // British medical j. 1994. Vol. 309. Iss. 6954. P. 593–596.
10. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries / Schoen C., Osborn R., Squires D., Doty M.M., Pierson R., Applebaum S. // Health affairs. 2010. Vol. 29. No. 12. P. 2323–2334.
11. *Kreindler S.A.* Policy strategies to reduce waits for elective care: A synthesis of international evidence // British medical bull. 2010. Vol. 95. No. 1. P. 7–32.
12. «Противостояние логик»: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения: свод. аналит. отчет. М.: Аналит. центр Юрия Левады, 2016. 60 с.

13. Российское здравоохранение и система ОМС: проблемы и решения [Электронный ресурс] / Центр социал. проектирования «Платформа». М., 2017. URL: https://drive.google.com/file/d/1ooncPхvvrOJEb0dCVbJSooK1-JDuUm_2o/view (дата обращения: 09.12.2018).
14. *Гаврилов Э.Л., Аслибекян Н.О., Шевченко Е.А.* Сравнительная социологическая оценка доступности медицинской помощи по данным социологических опросов [Электронный ресурс] // Фонд независимого мониторинга мед. услуг и охраны здоровья человека «Здоровье»: сайт. 2017. 14 нояб. URL: http://fondzdorovie.ru/analitika2/detail_analytics.php?ID=2969 (дата обращения: 09.12.2018).
15. Платная медицина. Как часто люди пользуются платными медуслугами? Значимы ли для семейного бюджета расходы на врачей? [Электронный ресурс] // Фонд «Общественное мнение»: сайт. 2015. 20 окт. URL: <http://fom.ru/Zdorove/12355> (дата обращения: 09.12.2018).
16. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».
17. Приказ Росстата от 27.11.2015 № 591 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения».
18. Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».
19. Приказ ФФОМС от 16.08.2011 № 146 «Об утверждении форм отчетности».
20. Приказ Минздрава России от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».
21. Приказ ФФОМС от 20.12.2013 № 263 «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования».
22. Приказ ФФОМС от 21.12.2016 № 287 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31 декабря 2013 г. № 294».

23. Здравоохранение Российской Федерации. Итоги 2014 г. [Электронный ресурс] / М-во здравоохранения Рос. Федерации. 2015. 15 апр. URL: https://static-3.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/025/646/original/Презентация_Министра_здравоохранения_Российской_Федерации_В.И._Скворцовой_на_заседании_итоговой_Коллегии_Минздрава_России.pdf?1429612243 (дата обращения: 09.12.2018).
24. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2017 году и задачах на 2018 год [Электронный ресурс] / М-во здравоохранения Рос. Федерации. М., 2018. 120 с. URL: https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/037/885/original/Доклад_Об_итогах_работы_Министерства_здравоохранения_Российской_Федерации_в_2017_году_и_задачах_на_2018_год.pdf?1522764000 (дата обращения: 09.12.2018).
25. Государственная программа города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы. Столичное здравоохранение на 2010–2020 годы» [Электронный ресурс] / Департамент здравоохранения г. Москвы. 2016. 10 окт. URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/magic/default/download/3435.html> (дата обращения: 09.12.2018).
26. Отчет о результатах деятельности Правительства Саратовской области за 2016 год [Электронный ресурс] / Саратов. обл. Дума. 2017. URL: https://srd.ru/documents/analytics/otchet_gubernatora_2016.pdf (дата обращения: 09.12.2018).
27. О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Омской области по итогам деятельности за 2016 год [Электронный ресурс]: докл. / М-во здравоохранения Ом. обл. Омск, 2017. 118 с. URL: http://mzdr.omskportal.ru/ru/RegionalPublicAuthorities/executivelist/MZDR/statistika/PageContent/0/body_files/file12/Gosdoklad_2016.zip (дата обращения: 09.12.2018).
28. Приказ Департамента охраны здоровья населения и ТФОМС Кемеровской области от 08.02.2016 № 129/37 «О внедрении системы управления госпитализацией в медицинских организациях Кемеровской области».
29. *Залесова О.Б.* Работа медицинских организаций в информационной системе «Управление госпитализацией», подсистеме «Формирование направлений на МРТ/МСКТ» // Семинар Кемеров. ТФОМС. 2017. Дек.
30. Регламент обмена информацией в электронной форме при направлении пациентов на плановую госпитализацию, консультацию, ис-

- следование / утв. Ком. по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. 2016. URL: <http://miac.zdrav.spb.ru/docs/materialy-miac/analiticheskie-sborniki-miac/spravochniki-dlya-specialistov/podsistema-regiz-upravlenie-ocheredyami-na-okazaniya-medicinskoi-pomoschi-regiz-uo/2-reglament-obmena-informaciei-v-elektronnoi-forme-pri-napravlenii-pacientov-na-planovuyu-gospitalizaciyu-konsultaciyu-issledovanie> (дата обращения: 09.12.2018).
31. Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 30.01.2017 № 24-р «О внедрении подсистемы ГИС РЕГИЗ “Управление очередями на оказание медицинской помощи” при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с катарактой».
 32. Как регионы борются с очередями в медучреждениях. Обзор: ИТ в здравоохранении 2017 [Электронный ресурс] // CNews: сайт. 2017. 31 мая. URL: http://www.cnews.ru/reviews/it_v_zdravoohranenii_2017/articles/kak_regiony_boryutsya_s_ocheredyami_v_meduchrezhdeniyah (дата обращения: 09.12.2018).
 33. Орлов Г. Практическая польза информатизации здравоохранения: опыт Петербурга [Электронный ресурс] // ИКС-медиа: сайт. 2017. 5 сент. URL: <http://www.iksmedia.ru/articles/5434116-Prakticheskaya-polza-informatizacii.html> (дата обращения: 09.12.2018).
 34. Пылаева Ж.А. Опыт реализации региональных проектов информатизации здравоохранения Архангельской области [Электронный ресурс]: материалы к совещанию / ГБУЗ АО «МИАЦ» // М-во здравоохранения Архангел. обл.: сайт. 2016. 23 нояб. URL: https://www.minzdrav29.ru/search_engines/soveshchanie-23-11-Презентация8_ПГ_Пылаева.pdf (дата обращения: 09.12.2018).
 35. Распоряжение Министерства здравоохранения Архангельской области от 27.03.2018 № 22-ро «Об использовании информационной системы “Управление очередями на оказание медицинской помощи”».
 36. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
 37. Письмо ФФОМС от 29.12.2017 № 15410/30-2/и «О направлении методических рекомендаций по размещению страховых представителей в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования».
 38. Письмо ФФОМС от 25.06.2018 № 6696/30-2/5564 «О направлении методических рекомендаций».

39. ТФОМС СК развивает институт страховых представителей [Электронный ресурс] // ТФОМС Ставропол. края: сайт. 2016. 26 дек. URL: https://tfomssk.ru/news/4662/?sphrase_id=59357 (дата обращения: 09.12.2018).

Научное издание

**Сроки ожидания медицинской помощи:
зарубежный опыт и российская практика**

Доклад НИУ ВШЭ

Подписано в печать 06.04.2019. Формат 60×88/16
Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 5,3. Уч.-изд. л. 4,4
Тираж 250 экз. Изд. № 2280

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»
101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20
Тел.: (495) 772-95-90, доб. 15285