

doi: 10.25005/2074-0581-2017-19-2-209-213

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ РАБОТЫ ГОРОДСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.А. КАЛИНИНСКАЯ¹, И.М. СОН¹, О.В. ОБУХОВА¹, Л.А. БАЛЬЗАМОВА², Д.С. ТЕРЕНТЬЕВА¹

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

² Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Цель: научное обоснование организационных форм работы общих врачебных практик в условиях полного фондодержания медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях (МОАУ).

Материал и методы: проведён анализ организационных форм работы и форм финансирования МОАУ. Используются следующие методы исследования: монографический, статистический, организационного эксперимента, непосредственного наблюдения.

Результаты: в настоящее время в условиях реформирования первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) предстоит отработать в условиях эксперимента организационно-функциональные модели финансирования в новом качестве, сделать их экономически более эффективными, устойчивыми и вариабельными. Эксперимент реформирования амбулаторно-поликлинического звена в Самарской области, включавший переход к оказанию ПМСП городскому населению по принципу общей врачебной практики, следует оценить, как позитивный. При этом врач общей практики (ВОП), обладающий высокопрофессиональными навыками, несёт полную ответственность за состояние здоровья прикрепленного населения, становится полным фондодержателем. ВОП оплачивает объёмы медицинской помощи, которые предоставлялись пациентам в стационарах, других медицинских организациях и бригадами службы скорой медицинской помощи. Внедрение финансирования с полным фондодержанием поликлинического звена сопровождалось совершенствованием принципов организации и управления службой, внедрением ресурсосберегающих технологий: дневных стационаров и стационаров на дому, организацией центров амбулаторной хирургии, неотложной медицинской помощи на базе МОАУ. Наделение ВОП полномочием самостоятельного управления финансовыми средствами значительно активизировало профилактическую работу и повлияло на широкое внедрение школ здоровья.

Заключение: создан механизм эффективного использования финансовых ресурсов с сохранением доступности и контролем качества оказываемой медицинской помощи. Модель финансирования в условиях полного перехода городской поликлиники на общую врачебную практику с фондодержанием следует рекомендовать для внедрения в других субъектах РФ.

Ключевые слова: медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях (МОАУ), городская поликлиника (ГП), врач общей практики (ВОП), общая врачебная практика (ОВП), фондодержание, подушевое финансирование.

IMPROVEMENT OF ORGANIZATIONAL FORMS OF WORK OF THE LOCAL MEDICAL ORGANIZATION PROVIDING OUTPATIENT MEDICAL CARE

A.A. KALININSKAYA¹, I.M. SON¹, O.V. OBUKHOVA¹, L.A. BALZAMOVA², D.S. TERYTYEVA¹

¹ Federal State Budgetary Institution «Central Scientific Research Institute of Health Care Organization and Informatization» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

² State Budget Educational Institution of Higher Education «Samara State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Samara, Russia

Objective: Scientific substantiation of the organizational forms of the work of general medical practice in conditions of full fund holding of a medical organization that provides medical assistance on an outpatient medical care (MOOMC).

Methods: The analysis of organizational forms of work and forms of financing of MOOMC was carried out. The following research methods were used: monographic, statistical, organizational experiment, direct observation.

Results: Currently, in the condition of reforming primary health care (PHC), it is necessary to work out organizational and functional models of financing in a new quality under the experimental conditions, making them economically more efficient, sustainable and variable. The experiment of reforming of the outpatient clinic group in the Samara region, which included the transition to the provision of PHC to the urban population according to the principle of general medical practice, should be assessed as positive. At the same time, the general practitioner (GP), who possesses highly professional skills, is fully responsible for the health status of the adherent population and becomes a full fundholder. GP compensates for the volume of medical care that was provided to patients in hospitals, other medical organizations and ambulance teams. The introduction of financing with the full funding of the polyclinic link was accompanied by the improvement of the principles of organization and management of the service, the introduction of resource-saving technologies: day hospitals and inpatient hospitals, the organization of outpatient surgery centers, emergency medical care on the basis of MOOMC. Giving the GP the authority to independently manage financial resources significantly intensified the preventive work and affected the broad introduction of health schools.

Conclusions: A mechanism has been created for the effective use of financial resources with the preservation of accessibility and provided the quality control of the medical care. The financing model in conditions of a full transition of a local polyclinic to a general medical practice with a fund holding should be recommended for implementation in other regions of the Russian Federation.

Keywords: Medical organization providing outpatient medical care (MOOMC), local polyclinic (LP), general practitioner (GP), general medical practice (GMP), fundholding, per capita financing.

ВВЕДЕНИЕ

Принимаемые сегодня государственные меры в здравоохранении должны обеспечить желаемую приоритетность пер-

вичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и создать у врачей первичного звена достаточные стимулы для повышения ответственности за охрану здоровья прикрепленного населения [1-3]. Ключевой формой организации ПМСП является общая врачеб-

ная (семейная) практика (ОВП/СП), а основной фигурой в оказании ПМСП – врач общей практики (семейный врач) (ВОП/СВ), который ни в коем случае не может (и не должен) в полной мере заменить собой врачей-специалистов, в том числе терапевтов и педиатров [4, 5].

Внедрение ВОП/СВ не является разрушением сложившейся практики оказания ПМСП, напротив, благодаря внедрению ВОП/СВ, авторитет и эффективность деятельности врачей узких специальностей должны значительно возрасти. В современных условиях повышается актуальность интегрированного решения проблем пациентов с самого первого контакта с системой охраны здоровья, поэтому альтернативы общей врачебной (семейной) практике в этом отношении фактически нет [6]. В законодательной документации используется дефиниция «ВОП/СВ», однако в условиях города это, скорее врачи общей практики, на селе же они обслуживают всю семью, по сути, это семейные врачи. Поэтому в условиях города нами использована дефиниция «врач общей практики».

Переход на подушевой принцип оплаты базируется на положениях Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов¹, где в качестве одного из основных способов оплаты амбулаторной помощи указана оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся пациентов с учётом показателей результативности деятельности МОАУ, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объёма медицинской помощи). В научной литературе такой способ оплаты амбулаторной помощи получил название «фондодержание» [7].

Важность и эффективность применения подушевого принципа не раз обсуждались с научных и практических позиций применения данного способа оплаты. Главным достоинством оплаты амбулаторной медицинской помощи по подушевому принципу является обеспечение приоритета профилактических мер, направленных на предотвращение обострения заболеваний, контролируемых первичным звеном, что ведёт к существенному снижению потребности в затратном лечении, которое предоставляется на следующих этапах оказания медицинской помощи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Научное обоснование организационных форм работы общих врачебных практик в условиях полного фондодержания МОАУ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Использованы следующие методы: монографический, статистический, организационного эксперимента, непосредственного наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из важнейших условий успешной практической реализации подушевого принципа финансирования является обеспечение для МОАУ возможности гибкого управления объёмами оказываемой медицинской помощи, отсутствием прямой

зависимости финансирования от фактически выполненных объёмов оказанной медицинской помощи [8]. Важна и такая функция подушевого принципа финансирования, как сокращение издержек на оказание избыточного, зачастую, фиктивного объёма медицинских услуг на поликлиническом этапе. Именно подушевой способ оплаты снижает стремление врачей МОАУ к «припискам», даёт возможность сформировать финансовый результат, который может быть направлен, в том числе, на стимулирующие выплаты медицинскому персоналу [9].

Другим механизмом повышения эффективности работы МОАУ при подушевом финансировании является внедрение службы врача общей (семейной) практики (ВОП/СВ). В российском здравоохранении ВОП в основном являются штатными работниками медицинских организаций (чаще всего – городских поликлиник, ЦРБ и сельских врачебных амбулаторий). В составе МОАУ создаются отделения общих врачебных практик, включающие одного или несколько ВОП, средний медицинский и прочий персонал. Значительно меньше распространены в российском здравоохранении юридически самостоятельные ВОП/СП (индивидуальные или групповые).

Система «ВОП-фондодержатель». В этом случае ОВП получает подушевой норматив финансирования, включающий расходы не только на собственную деятельность, но и другие виды медицинской помощи для прикрепленного населения. Страховщик ведёт аналитический учёт потоков пациентов и объёмов оказанных им услуг, а также рассчитывается за эти объёмы. По итогам расчётов формируется остаточный доход МОАУ.

Основными задачами фондодержания МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, являлись [10,11]:

1. Увеличение профилактической работы с прикрепленным населением. Фондодержание стимулирует врачей МО сокращать количество вызовов скорой медицинской помощи.
2. Расширение объёма деятельности МОАУ. Система фондодержания ориентирована на предоставление медицинских услуг прикрепленному населению в сторонних МО и, прежде всего, в стационарах. На этой основе возможно сокращение сроков госпитализаций за счёт создания отделений дневных стационаров на базе МОАУ.
3. Снижение потребности в медицинской помощи, оказываемой узкими специалистами.

В процессе исследования нами проведена оценка модели подушевого финансирования с полным фондодержанием городской поликлиники № 1 в г. Самаре [12] в условиях полного перехода на общую врачебную практику и частичного фондодержания общих врачебных практик. При этом ВОП, обладающий высокопрофессиональными навыками, нес полную ответственность за состояние здоровья прикрепленного населения, становится фондодержателем, при котором в подушевой норматив включались затраты и на стационарную, и на скорую медицинскую помощь.

С точки зрения организационно-правовой формы общие врачебные практики могут функционировать на следующих принципах:

- структурного подразделения, входящего в состав МОАУ, но не являющегося фондодержателем;
- структурного подразделения, входящего в состав МОАУ и имеющего право вторичного фондодержания по принципу субсчёта;

¹ Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 N 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»

- в качестве юридически самостоятельной медицинской организации.

В условиях полного перехода МОАУ к общей врачебной практике увеличился объём информационных потоков в составе отделения ОВП, поэтому важным элементом стабильной деятельности МОАУ стало осуществление ежемесячного медико-экономического анализа деятельности каждого участка ОВП. Такую работу можно возложить на специалиста, занимающего штатную должность экономиста.

Размер подушевого финансирования в расчёте на душу населения дифференцируется в зависимости от размеров потребления медицинской помощи в разрезе возрастного-полового состава прикрепленного населения путём применения к подушевому нормативу соответствующего коэффициента дифференциации.

В пилотной городской поликлинике № 1 г. Самары, работающей по принципу полного фондодержания, осуществлялось формирование плана-заказа на стационарные услуги на основе согласованных объёмов: 34% стоимости планировалось выделить на амбулаторные и 66% – на стационарные услуги. План-заказ формировался ВОП. На первом этапе анализировалось состояние здоровья прикрепленного населения и его потребность в госпитализации. Оценивая уровень заболеваемости, степень компенсации различных хронических состояний у пациентов, а также объёмы потребления внешних услуг по итогам предыдущего периода, ВОП определял потребность населения участка в госпитализации.

Целевое планирование больничной помощи, которую «заказывала» поликлиника, осуществлялось следующим образом:

- анализировалось выполнение плана-заказа госпитализации населения в текущем периоде, и выяснялись причины отклонения от плана;
- определялись финансовые и объёмные нормативы госпитализации на основе Программы Государственных гарантий и фактического уровня госпитализации в течение последних трёх лет;
- проводился мониторинг клинико-экономической эффективности лечения больных в стационарах разного уровня;
- анализировались основные показатели здоровья населения за предшествующий период, определялись приоритетные направления в оказании медицинской помощи;
- план-заказ на госпитализацию осуществлялся по принципу «снизу-вверх» (план-заказ составлялся каждым специалистом, отделением и поликлиникой в целом).

Периодически экспертами МОАУ совместно с ВОП и ведущими отделениями проводился анализ клинико-экономической эффективности стационарного лечения по следующим параметрам:

- соблюдение стандартов обследования и лечения пациентов;
- средняя стоимость одного койко-дня при лечении однопрофильной патологии;
- эффективность госпитализации;
- степень удовлетворённости пациентов стационарным лечением.

В условиях договорных отношений поликлиники со стационарами появилась возможность сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре, долечивания их в условиях дневных стационаров, в результате чего снижалась стоимость

госпитализации. При этом эксперты руководствовались тем, что нормативные сроки госпитализации, регламентированные Программой госгарантий, носят рекомендательный характер.

При формировании плана-заказа на стационарную помощь ВОП отдавал приоритет стационарам, в которых достигается наибольшая клиническая эффективность, низок удельный вес претензий, выставляемых поликлиникой по качеству оказания медицинской помощи.

Формирование плана-заказа и анализ его исполнения являются важным инструментом в деятельности врача общей практики для достижения эффективности и качества стационарной помощи. При этом нельзя недооценивать роль ВОП в интенсификации стационарного лечения и его готовности (в договорной форме) согласиться с ранней выпиской пациента и долечиванием в дневных стационарах и отделениях реабилитации.

При анализе эффективности стационарного лечения врачи общей практики стали больше внимания уделять случаям повторной госпитализации, поскольку у врачей стационаров существует заинтересованность в их увеличении. Анализ обоснованности повторных госпитализаций, наряду с анализом клинической эффективности стационарного лечения, лежит в основе проведения экспертизы качества оказанной в стационарах медицинской помощи.

В условиях действующего положения о порядке оплаты медицинских услуг, расчёт за стационарную помощь осуществлялся за пролеченного пациента по законченному случаю. При необоснованной длительности сроков лечения пациентов в стационаре снижался тариф за оказанную помощь. Удельный вес таких случаев госпитализации за год исследования составил 24%. Страховщик по поручению поликлиники оплачивал медицинские услуги, оказанные пациентам в стационаре, услуги, оказанные бригадами скорой медицинской помощи, врачами диагностического центра и других МО, и вычитал соответствующие суммы из финансовых средств поликлиники.

Если в результате внедрения ресурсосберегающих технологий медицинский персонал поликлиники брал на себя часть нагрузки стационара, службы скорой медицинской помощи, то при этом обеспечивалась экономия финансовых средств, и в поликлинику поступали средства от страховщика, сэкономленные за вычетом суммы «коридора» риска.

Если расходы медицинской организации превышали предварительно рассчитанный объём средств, то страховщик изучал причины превышения. Если превышение было обусловлено факторами, которые не контролировались поликлиникой (например, вспышка заболеваний) и др., то страховщик покрывал превышение из средств нормированного страхового запаса или обращался в территориальный фонд за субвенцией. В случае, если превышение было обусловлено некачественным лечением или диагностикой, МОАУ возмещала дополнительные расходы из собственных средств.

Анализ применения подхода в виде плана-заказа на стационарную помощь продемонстрировал наличие минимальных отклонений объёмов фактической и плановой госпитализации. Проведённый анализ показал, что внедрение механизма планирования объёмов госпитальной помощи является экономически эффективным и позволяет снизить показатели частоты госпитализации ниже нормативов, установленных территориальной программой ОМС без снижения показателей качества стационарного лечения.

Сочетание финансирования в расчёте на душу населения с нормированием объёмов медицинской помощи позволило:

- заинтересовать медицинский персонал первичного звена в сохранении здоровья населения, активизировать профилактическую работу и, тем самым, снизить частоту и тяжесть обострений заболеваний у хронических больных;
- рационально использовать собственные ресурсы, в первую очередь, параклинические услуги, консультации врачей специалистов;
- сократить число случаев необоснованной госпитализации, а также сроки стационарного лечения;
- планировать и нормировать амбулаторные и стационарные услуги;
- снизить расходы страховых компаний на ведение дел, в частности, за обработку счётов за оказанную амбулаторную услугу.

В настоящее время в условиях реформирования ПМСП предстоит отработать в условиях эксперимента организационно-функциональные модели финансирования в новом качестве, сделать их более экономически эффективными, устойчивыми и переменными.

Эксперимент реформирования амбулаторно-поликлинического звена в Самарской области, включавший переход к оказанию ПМСП городскому населению по принципу общей врачебной практики, следует оценить как позитивный. При этом ВОП, обладающий высокопрофессиональными навыками, несёт

полную ответственность за состояние здоровья прикрепленного населения, становится полным фондодержателем. ВОП оплачивает объёмы медицинской помощи, которые предоставлялись пациентам в стационарах, других МО и бригадами службы СМП.

Внедрение финансирования с полным фондодержанием поликлинического звена сопровождалось совершенствованием принципов организации и управления службой, внедрением ресурсосберегающих технологий: дневных стационаров и стационаров на дому, организацией центров амбулаторной хирургии, неотложной медицинской помощи на базе МОАУ. Наделение врача общей практики полномочием самостоятельного управления финансовыми средствами значительно активизировало профилактическую работу ОВП, повлияло на широкое внедрение школ здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Созданный механизм позволил эффективно использовать финансовые ресурсы с сохранением доступности и контролировать качество оказываемой медицинской помощи. Модель финансирования в условиях полного перехода городской поликлиники на общую врачебную практику с фондодержанием следует рекомендовать для внедрения в других субъектах РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлова ЮВ, Сон ИМ, Дежурный ЛИ, Халмуратов АМ. Принципы создания и функционирования системы первой помощи в России. *Менеджер здравоохранения*. 2008;3:6-9.
2. Гадаборшев МИ, Левкович ММ, Рудлицкая НВ. *Организация оценки эффективности первичной медицинской помощи*. Москва, РФ: ИНФРА-М; 2013. 424 с.
3. Стародубов ВИ, Калининская АА, Сон ИМ. *Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования*. Vienna, Austria: «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH; 2016. 118 с.
4. Карайланов МГ. Врач общей практики в системе первичной медико-санитарной помощи в условиях крупного города. *Новая наука: Теоретический и практический взгляд*. 2016;75(3-4):70-2.
5. Денисов ИН, Черниенко ЕИ. Совершенствование организации первичного звена здравоохранения: Методические рекомендации. *Справочник врача общей практики*. 2008;1:13-46.
6. Кобякова ОС, Старовойтова ЕА, Куликов ЕС, Кириллова НА, Бойков ВА. Оптимизация подходов к профилактической работе врача общей практики. *Справочник врача общей практики*. 2014;5:44-8.
7. Шевский ВИ, Шейман ИМ. Система фондодержания в здравоохранении: типология, содержание, условия, реализации. *Здравоохранение*. 2008;4:27-41.
8. Сон ИМ, Купеева ИА, Несветайло НЯ, Леонов СА, Гажева АВ. Подходы к расчёту потребности системы здравоохранения Российской Федерации во врачебных кадрах. *Здравоохранение*. 2015;1:44-51.
9. Обухова ОВ. Экономические механизмы усиления профилактической деятельности медицинских организаций. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015;44(4):11.

REFERENCES

1. Mikhaylova YuV, Son IM, Dezhurnyy LI, Halmuratov AM. Printsipy sozdaniya i funktsionirovaniya sistemy pervoy pomoshchi v Rossii [Principles of creation and functioning of the first aid system in Russia]. *Menedzher zdavoookhraneniya*. 2008;3:6-9.
2. Gadaborshev MI, Levkovich MM, Rudlitskaya NV. *Organizatsiya otsenki effektivnosti pervichnoy meditsinskoj pomoshchi* [Organization of an assessment of the effectiveness of primary health care]. Moscow, RF: INFRA-M; 2013. 424 p.
3. Starodubov VI, Kalininskaya AA, Son IM. *Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch': mekhanizmy sovershenstvovaniya* [Primary health care: mechanisms for improvement]. Vienna, Austria: «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH; 2016. 118 p.
4. Karaylanov MG. Vrach obshchey praktiki v sisteme pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi v usloviyakh krupnogo goroda [General practitioner in the system of primary health care in a large city]. *Novaya nauka: Teoreticheskiy i prakticheskiy vzglyad*. 2016;75(3-4):70-2.
5. Denisov IN, Chernienko EI. Sovershenstvovanie organizatsii pervichnogo звена zdavoookhraneniya: Metodicheskie rekomendatsii [Improving the organization of primary health care: Methodological recommendations]. *Spravochnik vracha obshhey praktiki*. 2008;1:13-46.
6. Kobyakova OS, Starovoytova EA, Kulikov ES, Kirillova NA, Boykov VA. Optimizatsiya podkhodov k profilakticheskoy rabote vracha obshchey praktiki [Optimization of approaches to the preventive work of a general practitioner]. *Spravochnik vracha obshhey praktiki*. 2014;5:44-8.
7. Shevskiy VI, Sheyman IM. Sistema fondoderzhaniya v zdavoookhraneni: tipologiya, sodержание, usloviya, realizatsii [The system of fundholding in health care: typology, content, conditions, implementation]. *Zdavoookhranenie*. 2008;4:27-41.
8. Son IM, Kuppeeva IA, Nesvetaylo NYa, Leonov SA, Gazheva AV. Podkhody k raschyotu potrebnosti sistemy zdavoookhraneniya Rossiyskoy Federatsii vo vrachebnykh kadrakh [Approaches to the calculation of the needs of the health care system of the Russian Federation in medical personnel]. *Zdavoookhranenie*. 2015;1:44-51.
9. Obukhova OV. Ekonomicheskie mekhanizmy usileniya profilakticheskoy deyatelnosti meditsinskikh organizatsiy [Economic mechanisms to strengthen preventive activities of medical organizations]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2015;44(4):11.

10. Гридасов ГН, Гехт ИА, Купаев ВИ. Особенности финансирования общей врачебной практики. Опыт Самарской области. *Менеджер здравоохранения*. 2015;1:23-7.
10. Gridasov GN, Geht IA, Kupaev VI. Osobennosti finansirovaniya obshchey vrachebnoy praktiki. Opyt Samarskoy oblasti [Features of financing general practice. Experience of the Samara region]. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2015;1:23-7.
11. Луцкан ИП, Борисова ЕА, Тимофеев ЛФ. Реформирование оказания амбулаторно-поликлинической помощи в г. Якутске в условиях меняющегося финансирования. *Проблемы и перспективы современной науки*. 2016;11:36-41.
11. Lutskan IP, Borisova EA, Timofeev LF. Reformirovanie okazaniya ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi v g. Yakutske v usloviyakh menyayushchegosya finansirovaniya [Reforming the provision of outpatient care in Yakutsk in the face of changing funding]. *Problemy i perspektivy sovremennoy nauki*. 2016;11:36-41.
12. Стародубов ВИ, Калининская АА, Шляфер СИ. *Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития*. Москва, РФ: Медицина. 2007. 261 с.
12. Starodubov VI, Kalininskaya AA, Shlyafey SI. *Pervichnaya meditsinskaya pomoshch': sostoyanie i perspektivy razvitiya* [Primary health care: status and development prospects]. Moscow, RF: Meditsina; 2007. 261 p.

❶ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Калининская Алефтина Александровна, д.м.н., профессор, академик РАЕ, заведующая отделением организации лечебно-профилактической помощи ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава РФ

Сон Ирина Михайловна, д.м.н., профессор, заместитель директора по науке ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава РФ

Обухова Ольга Валерьевна, к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава РФ

Бальзамова Лидия Алексеевна, к.м.н., доцент кафедры общественного здравоохранения и здоровья Самарского государственного медицинского университета, вице-президент Ассоциации врачей Самарской области

Терентьева Дина Станиславовна, научный сотрудник отделения организации лечебно-профилактической помощи ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава РФ

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с Государственным заданием ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава РФ. Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Калининская Алефтина Александровна
доктор медицинских наук, профессор; руководитель отделения организации лечебно-профилактической помощи, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, д. 508
Тел.: (+7) 495 618 4388
E-mail: akalininskaya@yandex.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: КАА, СИМ
Сбор материала: ООВ, БЛА, ТДС
Статистическая обработка данных: ТДС
Анализ полученных данных: ООВ, БЛА
Подготовка текста: КАА, ООВ
Редактирование: СИМ, ТДС
Общая ответственность: КАА, СИМ

Поступила 15.03.2017
Принята в печать 06.07.2017

❶ AUTHOR INFORMATION

Kalininskaya Alefina Aleksandrovna, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Academician of RANS, Head of the Department of the Organization of Treatment and Medio-prophylactic, FSBI «CSRIOIPH» of the Ministry of Health of Russian Federation

Son Irina Mikhaylovna, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Deputy Director of Science, FSBI «CSRIOIPH» of the Ministry of Health of Russian Federation

Obukhova Olga Valeryevna, Candidate of Political Sciences, Head of the Department of Ecology and Resource Management of Public Health Services FSBI «CSRIOIPH» of the Ministry of Health of Russian Federation

Balzarova Lidia Alekseevna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Public Health of the Samara State Medical University, Vice-president of the Association of Doctors of the Samara Region

Terentyeva Dina Stanislavovna, Research assistant of the Department of the Organization of Treatment and Medio-prophylactic, FSBI «CSRIOIPH» of the Ministry of Health of Russian Federation

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Kalininskaya Alefina Aleksandrovna
Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Academician of RANS, Head of the Department of the Organization of Treatment and Medio-prophylactic, FSBI «CSRIOIPH» of the Ministry of Health of Russian Federation

127254, Russia, Moscow, st. Dobrolyubova, 11, apt. 508
Tel.: (+7) 495 618 4388
E-mail: akalininskaya@yandex.ru

Received 15.03.2017
Accepted 06.07.2017