

На правах рукописи

ГЕВОРКЯН АШОТ РАФАЭЛОВИЧ

**УРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА МУНИЦИПАЛЬНЫХ АМБУЛАТОРНО –
ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ
ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ**

3.1.13 – урология и андрология (медицинские науки),
3.2.3 - общественное здоровье и организация здравоохранения,
социология и история медицины (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва - 2021

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации (ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»)

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор,
академик РАН РФ

ПУШКАРЬ ДМИТРИЙ ЮРЬЕВИЧ

доктор медицинских наук

БЕРСЕНЕВА ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

Официальные оппоненты:

Аполихин Олег Иванович - доктор медицинских наук, профессор, академик РАН (Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина - филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации), директор

Мартов Алексей Георгиевич - доктор медицинских наук, профессор (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница имени Д.Д. Плетнева Департамента здравоохранения Москвы»), отделение урологии, заведующий отделением

Шикина Ирина Борисовна - доктор медицинских наук, доцент (Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства Здравоохранения Российской Федерации), отдел научных основ организации здравоохранения, главный научный сотрудник

Ведущее учреждение:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Защита диссертации состоится « 24 » ноября 2021 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета 21.2.016.03, созданного на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 127473, Москва, ул. Делегатская д. 20 стр.1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а) и на сайте <http://dissov.msmsu.ru>

Автореферат разослан « _____ » _____ 2021 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Акуленко Лариса Вениаминовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Общественное здоровье, как и здоровье каждого гражданина, представляет стратегическую цель государства, условие национальной безопасности страны. По данным ВОЗ, в структуре заболеваемости населения экономически развитых стран болезни органов мочеполовой системы занимают 7-е место, составляя 5-6%, а в структуре смертности - 1,4-2,2%.

В России болезни органов мочеполовой системы составляют 10–12% в структуре общей заболеваемости населения и являются одной из ведущих причин снижения качества жизни, инвалидизации и смертности, создают целый ряд проблем социального и экономического характера (Зеленова О.В. и др., 2011., Аполихин О.И., Сивков А.В. и др., 2014). В последние годы наблюдается их рост. Прирост абсолютного числа всех заболеваний мочеполовой систем в РФ за 10 лет с 2003 по 2013 составил +31,6%. Прирост количества пациентов с мочекаменной болезнью составил +26,6%, с заболеваниями предстательной железы +72,4%, с мужским бесплодием +86,9%, с почечной недостаточностью +116,9%, с злокачественными новообразованиями предстательной железы +127,4% (Каприн А.Д., Аполихин О.И., 2015).

Система здравоохранения сегодня характеризуется наличием ряда фундаментальных организационно-экономических проблем, требующих принятия принципиальных решений в целях дальнейшего развития государства (Щепин О.П., Стародубов В.И., Шишкин С.В., 2009-2012, Цыганова О.А., 2009.)

Задача обеспечения населения медицинской помощью надлежащего качества требует реализации целого комплекса мероприятий, направленных на улучшение материально-технической базы медицинских организаций, повышение квалификации медицинского персонала, внедрение новых методов диагностики и лечения, а также наличия эффективной системы управления качеством медицинской помощи (Линденбратен А.Л., 2012).

Однако в условиях последствий экономического кризиса, сокращения финансовых возможностей государственного сектора и его расходов на амбулаторную медицинскую помощь, обостряются проблемы ее качества и доступности, что во многом обусловлено имеющимися инфраструктурными ограничениями (Кривонос О.В., 2012; Бутрина В.И., 2013).

Госдумой принят в третьем окончательном чтении бюджет России на 2017 год и на плановый период 2018-2019 годов. Расходы на амбулаторную помощь предусмотренные на 2017 г. составляют - 68,9 млрд. руб., на 2018 г. - 65.5 млрд. руб., на 2019 г. - 62,5 млрд. руб. (Источник: roskazna.ru, esopomtu.gov.ru. Все данные приведены к ценам 2016 года). Расходы на амбулаторную помощь, по сравнению с 2016 годом, сократить в 1,6 раз - с 113,4 до 68,9 млрд. рублей.

В таких условиях «необходима активизация проводимых мероприятий по привлечению частного капитала с использованием механизмов ГЧП в целях развития и модернизации инфраструктуры здравоохранения и, как следствие, улучшения качества медицинской помощи» (Скворцова В.И., 2015).

Решение проблемы обеспечения доступности амбулаторной медицинской помощи, достижения высокой эффективности использования ресурсов тесно связано с качеством планирования объемов и структуры медицинской помощи (Хабриев Р.У., 2013).

По мнению многих ученых, внедрение в практику здравоохранения современных медицинских технологий и механизмов государственно-частного партнерства как раз и создает базу для развития структуры медицинской помощи, диагностики, лечения и профилактики заболеваний (Ершов Д.Л., 2013, Жердев Р.А., 2015, Сизова Е.С., 2016, Добагян Е.К. и др., 2016).

В сложившихся экономических условиях страны актуальным становится привлечение в здравоохранение частных инвестиций, механизмов ГЧП с изменением структуры муниципальной амбулаторно-поликлинической помощи и разработкой современных моделей амбулаторных учреждений, что обеспечит экономическую устойчивость АПУ, повышение их эффективности, качества

медицинской помощи. «Эффективную систему здравоохранения можно развивать только на базе государственно-частного партнерства» (Скворцова В.И., 2015).

О перспективности использования государственно-частного партнерства в здравоохранении свидетельствует тот факт, что в развитых странах Запада примерно 2/3 проектов в сфере здравоохранения реализуются на условиях ГЧП. Так проекты ГЧП в здравоохранении Великобритании занимают первое место (123 из 352 проектов), тоже в здравоохранении Италии, Канады и Франции (Рожкова С., 2008).

И наконец, усиливает позицию государственно-частного партнерства в здравоохранении принятый Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (13.07.2015; 01.10.2015; 01.01.2016).

Проведенный анализ зарубежной и отечественной научно-методической литературы, целого ряда диссертационных исследований по данной проблематике, позволяет подтвердить, что работы, посвященные развитию ГЧП в здравоохранении, достаточно многочисленны и это подтверждает актуальность темы. (Грачева Т.Ю., 2017, Цыганова О.А., 2015, 2016).

В тоже время, выяснено отсутствие отечественных научных исследований, посвященных комплексному анализу и научному обоснованию организационно-методического обеспечения развития урологических АПУ на принципах ГЧП/МЧП, что и определяет актуальность и значимость темы диссертационного исследования.

Цель исследования: улучшить амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь урологическим больным.

Задачи исследования:

1. Изучить современные организационные технологии и принимаемые решения по развитию государственно-частного партнерство в развитых странах мира и в Российской Федерации

2. Разработать специальную программу и методологический инструментарий проведения настоящего научного исследования.

3. Провести анализ урологической заболеваемости и организации амбулаторной урологической помощи населению г. Москвы в сравнении с Российской Федерацией.

4. Изучить удовлетворенность населения амбулаторной урологической помощью в городе Москве.

5. Провести экспертную оценку состояния организации работы муниципальной амбулаторной урологической службы по материалам опроса ее руководителей и врачей-урологов.

6. Выявить предпосылки, обосновать факторы и возможные риски перехода системы амбулаторной урологической помощи на принципы муниципально - частного партнерства.

7. Изучить и обосновать методические принципы моделирования амбулаторного учреждения на принципах МЧП, оказывающего урологическую помощь.

8. Разработать функционально – организационную модель амбулаторного центра урологии на принципах муниципально - частного партнерства и провести ее экспертную оценку.

Степень разработанности темы исследования.

Проблемам теории и практики государственно-частного партнёрства в различных областях народного хозяйства посвящены исследования таких отечественных авторов, как Аввакумов А.А., Алпатов А.А., Белицкая А.В., Бутенко Я., Варнавский В.Г., Васильев В.Н., Волкова Е.М., Гаркавенко И.С., Гучев И.А., Дашиева Э.А., Емельянов Ю.С., Жилина, О. А, Золотарева А.Б., Зусман Е.В., Игнатюк Н.А., Иванов О.В., Клинова М.В., Кнауэ В.В., Красюк Н.Л., Кречотнев С., Малицкая Е.А., Махортов Е.А., Сидоров С.Н., Сильвестров С.Н., Соколов С.Л., Степанова Л.В., Тощенко В., Филатов А.В., Холодная Н.Д., Шамбир В.Н., Шкель Ф.Е.

Обобщению опыта зарубежных стран в практике ГЧП посвящены работы: Баженова А.В., Гостева Н.А., Ермакова С.Э., Жалкубаева К.Г., Заварухина В.П., Кабашкина В.А., Кельбаха С.В., Кирченко К.Г., Колосова А.С., Кузнецова И.В., Лылова Е.В., Матвеева Д.Б., Матявина М.В., Немова Л., Пановой Т.В., Р. Шандор, Саванкова Н.Е., Салтмана Р.Б., Снельсона П., Сорокина О., Студеникина Н., Сухих В.А., Хачатуряна Н.С., Шаповалова Н.В., Akintoye A., Delmon J., Deloitte A., English L.M., Grimsey D., Hamvon H., Hodge G., Klijn E.H., Marty F., McLindon A., Zheng J.

Вопросы реализации ГЧП в здравоохранении России исследовали: Бирлидис Г.В., Валесян А.А., Варнавский В.Г., Данько К., Дерябин А.В., Добагян Е.К. Добрусина М.Е., Ермакова С.Э., Жердев Р.А., Зинченко Е., Колесников С., Кондратьева О.Е., Краевой С., Куракова Н.Г., Лукашев А.М., Макаров И.Н., Нечаев В.С., Нисан Б.А., Петрова И.А., Серегина И.Ф., Сизова Е.С., Сюткин М.В., Таппасханова Е.О., Трушкина Е.А., Чудинова И.Э., Шачнев Е.Н., Шибков Н.А., Щербук Ю.А., Юдин С.В.

Обсуждение механизмов ГЧП и их реализации в здравоохранении России появилось сравнительно недавно, поэтому состояние научной разработки темы диссертационного исследования характеризуется недостаточным количеством исследований, посвященных обоснованию концепции и модели муниципального амбулаторно-поликлинического учреждения, оказывающего урологическую помощь населению на принципах ГЧП.

В изученной научной литературе, комплексного решения проблемы реструктуризации муниципальной системы амбулаторной урологической помощи с разработкой методических подходов, модели АПУ на принципах ГЧП и оптимизацией организационно-правового, финансово-экономического, структурно-технологического, ресурсного и мотивационного механизмов управления нам не встретилось.

Таким образом, несмотря на несомненную важность, имеющихся научных разработок по внедрению механизмов ГЧП в здравоохранение, данное

направление развития муниципальной системы амбулаторной урологической помощи разработано недостаточно.

Научная новизна исследования

В диссертационном исследовании проведен системный анализ, позволяющий выявить пути повышения качества медицинской помощи урологическим больным, оценить и предупредить возможные недостатки при реорганизации амбулаторно - поликлинической урологической службы. В работе проведен анализ возможностей основных экономических подходов в соответствии с законодательством РФ и нами сделан вывод о том, что муниципально – частное партнерство в современных экономических условиях является оптимальной моделью. Итогом работы будет создана и разработана модель амбулаторного центра урологии (АЦУ) на принципах МЧП, благодаря которой создаются условия для врачей – урологов амбулаторной службы для повышения качества оказания первичной медико – санитарной помощи урологическим больным.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Значимость полученных результатов заключается в том, что они стали основой для:

- разработки концепции перехода системы муниципальной амбулаторной урологической помощи на принципы муниципально - частного партнерства;
- обоснованием методологии реструктуризации муниципальной амбулаторной урологической службы, обеспечивающей ее переход на экономические принципы формирования модели урологического центра в рамках МЧП;
- разработки организационно-функциональной модели урологического центра, работающего на принципах МЧП, как самоуправляемого, хозяйственно и юридически самостоятельного субъекта медицинской деятельности, интегрирующего два разноплановых (функционально и организационно) лечебно-профилактических отделения (муниципальное и частное), обеспечивающих поддержку урологического здоровья всех слоев населения;

- обоснованием современного механизма управления моделью урологического центра, который обеспечит финансовую устойчивость урологического центра, баланс интересов населения, государства и бизнеса, развитие муниципальной амбулаторной урологии, расширению доступности для населения к медицинским услугам.

- повысило качество медицинской помощи урологическим больным с внедрением элементов ранней полной диагностики, скрининга и профилактических мероприятий, что обеспечит уменьшение сроков временной нетрудоспособности, инвалидизации и смертности.

Преимущества АЦУ для населения: Высокий профессионализм персонала, высокое качество диагностических и лечебных услуг, объединение лечебных, диагностических, лабораторных услуг в одном месте. Социально и экономически приемлемая форма оказания урологической помощи для различных слоев населения.

Преимущества АЦУ для муниципалитета: возможность осуществления в кратчайшие сроки общественно значимого проекта. Привлечение негосударственных средств для инвестиций в муниципальный объект. Сокращение муниципальных расходов на содержание и эксплуатацию АЦУ. Разделение рисков между муниципалитетом и частным инвестором. Привлечение современных высокоэффективных технологий для развития социально значимой амбулаторной урологической помощи и сохранения урологического здоровья населения.

Преимущества для бизнеса: Возможность получения прямой муниципальной поддержки, долговременное размещение инвестиций под устраивающие гарантии, использование зарубежного опыта, технологий, оборудования, инвестиций.

Результаты научного исследования могут быть использованы в практике муниципальных амбулаторных медицинских организаций других больших городов. Результаты диссертационного исследования используются в практике научно-образовательного центра при Московском государственном

университете имени М.В. Ломоносова, Федеральном государственном бюджетном учреждении «государственном научном центре «Институт иммунологии», Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Степень достоверности и апробация результатов

Степень достоверности полученных результатов исследования определяется достаточным и репрезентативным объемом выборок исследований. Методы статистической обработки результатов адекватны поставленным задачам. Положения, выводы и рекомендации, сформулированные в диссертации, аргументированы и являются результатом многоуровневого анализа.

Результаты исследования доложены и обсуждены на: IV международной научно–практической конференции «Проблемы медицины в современных условиях» (июнь, г. Казань, 2017 г.), IV международной научно–практической конференции «О некоторых вопросах и проблемах современной медицины» (июль, г. Челябинск, 2017 г.), IV международной научно–практической конференции «информационные технологии в медицине и фармакологии» (август, г. Ростов-на-Дону, 2017 г.), IV международной научно-практической конференции «Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития» (сентябрь, г. Уфа, 2017 г.), IV международной научно-практической конференции «Основные проблемы в современной медицине» (октябрь, г. Волгоград, 2017 г.).

Публикации

По материалам исследования опубликованы 29 научных работ, в том числе 21 статья в рецензируемых ВАК научных журналах, 1 методические рекомендации и 1 монография.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа состояния урологического здоровья и организации амбулаторной урологической помощи населению г. Москвы, в сравнении с РФ.
2. Материалы анализа результатов анкетирования пациентов, экспертного опроса врачей-урологов и руководителей муниципальных амбулаторных урологических служб, характеризующие состояние действующей муниципальной системы амбулаторной урологической помощи.
3. Методические подходы к реструктуризации системы муниципальной амбулаторной урологической помощи на принципах МЧП.
4. Функционально-организационная модель окружного амбулаторного центра урологии на принципах МЧП и ее организационно-правовые особенности.
5. Механизмы и технология управления АЦУ на принципах МЧП.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций по изучаемой проблеме. Разработана программа и дизайн исследования, его статистический инструментарий. Проведен анализ состояния урологического здоровья и организации амбулаторной урологической помощи населению г. Москвы, в сравнении с РФ. Организован сбор и осуществлен анализ данных анкетирования пациентов и экспертного опроса врачей-урологов, руководителей урологической службы по вопросам организации работы муниципальных АПУ, оказывающих урологическую помощь. Научно обоснованы методические подходы к реструктуризации системы муниципальной амбулаторной урологической помощи на принципах МЧП. Разработана функционально-организационная модель окружного амбулаторного центра урологии на принципах МЧП и механизмы управления ею, также как и концепция создания автоматизированной системы управления амбулаторного центра урологии на

принципах МЧП. При непосредственном участии автора осуществлено внедрение элементов новых организационных форм и обоснована результативность их функционирования.

Статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, проводилась с личным участием автора. Автором осуществлен анализ, интерпретация собранных материалов, сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлена диссертационная работа.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности

14.01.23 – урология и андрология (медицинские науки) по пунктам 1,2;

14.02.03 - общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины (медицинские науки) по пунктам 2,3,6,8,9.

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 381 страницах машинописного текста, из них объем основного текста - 344 страниц. Состоит из введения, аналитического обзора научной литературы, программы, методов и объемов исследований, 5 глав собственных исследований, анализа и обобщения результатов исследования, заключения, выводов, списка использованных источников (344 источника, из них отечественных - 266, англоязычных - 78), содержит 46 таблиц, 22 рисунка, 1 схему и приложения.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулирована цель и задачи, научная новизна, научно-практическая значимость и положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен аналитический обзор отечественных и зарубежных литературных данных, в котором обобщен зарубежный опыт реализации проектов государственно-частного партнерства, проанализированы возможности использования ГЧП как фактора инновационного развития в России, перспективы реформирования здравоохранения России на принципах

ГЧП и проблемы и направления совершенствования урологической помощи в современных экономических условиях.

Обобщены литературные данные по основным направлениям развития ГЧП в экономически развитых странах Запада: Великобритании, ФРГ, Франции, Испании, США, Канады и др. Выяснено, что частный капитал на взаимовыгодных условиях активно предоставляет инвестиции для развития государственного сектора, ориентируя его на инновации. Проанализировано развитие ГЧП в России, выяснено, что положено начало вовлечению ресурсов частного сектора в процессы воспроизводства в отраслях и сферах, находящихся в собственности государства и местных органов власти, а также использованию частной предпринимательской инициативы для повышения эффективности расходования бюджетных средств.

При анализе участия ГЧП в здравоохранении РФ выяснено, что в настоящее время частные медицинские организации в России предлагают населению услуги как минимум по 34 основным медицинским специальностям, при этом наиболее широко представлены такие направления, как стоматология, хирургия - пластическая, гинекология, урология, косметология и т.п. Политика развития ГЧП поддерживается правительством и МЗ РФ. На повестке дня МЗ РФ - создание наиболее эффективных механизмов взаимодействия с бизнесом, привлечение в здравоохранение частного капитала, в том числе иностранного.

Проанализированы проблемы и направления совершенствования урологической помощи в современных экономических условиях в РФ. Выяснено, что система амбулаторной урологии нуждается в радикальной перестройке существующих организационных технологий оказания медицинской помощи населению. В первую очередь, необходима реструктуризация амбулаторного этапа урологической помощи на принципах государственно-частного партнерства.

Во второй главе «Программа, материалы, объемы и методы исследования» определен понятийный аппарат, представлены программа и

методы исследования, а также характеристика и объем материалов исследования.

Для решения поставленных задач объектом исследования явилась действующая система муниципальной амбулаторной урологической помощи и медицинские учреждения частных форм собственности, оказывающие урологическую помощь населению (на примере города Москвы).

Предметом исследования явилось современное состояние организации, финансирования и управления этой системой, изучение мнения населения и экспертов о проблемах системы, нормативная база, методы и возможности перевода муниципальных АПУ, оказывающих урологическую помощь, на принципы МЧП. Современное состояние частных АПУ, оказывающих урологическую помощь. Состояние урологического здоровья населения г. Москвы и РФ.

Единицами наблюдения явились:

- взрослые пациенты с заболеваниями мочеполовой системы, посещавшие муниципальные урологические кабинеты и частные АПУ;
- сеть урологических кабинетов ЗАО г. Москвы и два частных АПУ, оказывающих урологическую помощь; - врачи урологических кабинетов, руководители муниципальной амбулаторной урологической службы; эксперты
- научные сотрудники, врачи-урологи высшей категории.

Работа выполнена в 8 этапов в период с 2011 по 2017 гг. Информационная база исследования и методы, применявшиеся на различных его этапах, представлены в таблице 1.

При анализе нормативно-правовых актов на первом этапе работы были изучены: Федеральный закон Российской Федерации от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях»; Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (13.07.2015; 01.10.2015; 01.01.2016); Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ (ред. от

29.12.2014); «О концессионных соглашениях» вступил в силу: 29.12.2014; 01.01.2015; 01.05.2015; Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные

Таблица 1.

Объекты и методы исследования на различных этапах работы

Этап исследования	Методы исследования	Объекты исследования
1 Анализ научных публикаций и официальных источников по проблеме организации проектов ГЧП в зарубежной практике и в РФ, а также перспектив внедрения механизмов ГЧП в здравоохранение РФ	Библиосемантический	Отечественная и зарубежная литература, 345 научных источников (267 отечественных и 78 зарубежных), нормативные документы
2. Анализ урологической и онкоурологической заболеваемости населения г. Москвы и РФ в 2006-2015 гг.	Эпидемиологический Системного анализа	Эпидемиологические данные по урологической заболеваемости в г. Москве и РФ за 2006-2015 гг. Формы стат. отчетности: ф. № 12, ф. № 7, ф. № 35
3. Анализ кадрового обеспечения, организации работы и показателей деятельности урологической службы в АПУ г. Москвы и ЗАО г. Москвы за 2011-2015 гг.	Системного анализа Статистический	Сеть муниципальных амбулаторных учреждений, оказывающих урологическую помощь, в г. Москве и ее ЗАО Два частных АПУ г. Москвы
4. Анализ организации урологической помощи взрослому населению г. Москвы в муниципальных и частных урологических учреждениях по материалам социологического исследования и экспертных оценок	Статистический Сравнительного анализа Экспертной оценки	409 респондентов муниципальных АПУ, 291 - частных АПУ, 39 врачей - урологов и 31 руководитель АПУ из г. Москвы, 59 врачей - урологов и 36 руководителей из регионов РФ
5. Проведение SWOT-анализа, выявления предпосылок, рисков проведения проекта МЧП. Разработка методических подходов к реструктуризации муниципальных амбулаторных урологических АПУ на принципах МЧП	Аналитический Статистический SWOT-анализ	Система муниципальных АПУ, оказывающих урологическую помощь населению г. Москвы
6. Научное обоснование концептуальной модели современного амбулаторного центра урологии на базе МЧП и принципов оптимизации его управления	Анализа и синтеза Концептуального моделирования	Модель амбулаторного урологического центра
7. Разработка методических подходов моделирования модели АЦУ, функционально- организационной модели АЦУ на принципах МЧП и устава АЦУ	Моделирования Причинных связей и количественной оценки	Модель амбулаторного урологического центра. Организация производства в АЦУ. Механизмы управления моделью
8. Экспертная оценка разработанной модели. Формирование механизмов и технологии современного управления АЦУ на принципах МЧП	Экспертной оценки	Сравнительная и экспертная оценка действующей и разработанной модели

законодательные акты Российской Федерации» от 03.07.2016 № 360-ФЗ, Статья 21, Статья 14, Статья 19; Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Федеральный закон от 26 июля 2006 года № 135-ФЗ «О защите конкуренции» с изменениями и дополнениями от 13 июля 2015 г.; Приказ Правительства Москвы департамента здравоохранения г. Москвы № 1122 от 25.12.2015 Часть 2 статьи 17.1. «Об организации проведения биопсий предстательной железы в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

В третьей главе представлены результаты анализа урологической и онкоурологической заболеваемости, а также организации амбулаторной урологической помощи населению г. Москвы.

Анализ урологической заболеваемости показал, что болезни мочеполовой системы стабильно занимают третье место в структуре распространенности и четвертое место в структуре заболеваемости взрослого населения г. Москвы и Российской Федерации. В 2015 г. в г. Москве их удельный вес составлял 7,6% среди впервые выявленных заболеваний и 8,7% среди всех заболеваний, зарегистрированных среди взрослого населения.

Первичная заболеваемость болезнями МПС взрослого населения г. Москвы снизилась в 2015 г., по сравнению с 2006 г., на 33,7% (с 4750,7 до 3149,2 на 100 000 населения), болезнями почек и мочеточника – на 16,3% (с 144,4 до 120,8 на 100 000 населения), мочекаменной болезнью – на 8,3% (с 111,3 до 102,1 на 100 000 населения), болезнями предстательной железы - на 48,7% (с 882,9 до 453,3 на 100 000 населения). Однако данная тенденция в динамике урологической заболеваемости не соответствует результатам специальных эпидемиологических исследований и может быть обусловлена неполной регистрацией данных заболеваний и низким уровнем диагностики.

При анализе распространенности болезней МПС среди взрослого населения г. Москвы установлено, что в 2015 г. они, как и в прежние годы, занимали третье место в структуре общей заболеваемости, а их уровень

составил 10269,5 случая на 100 000 взрослого населения. Среди всех случаев заболеваний МПС, зарегистрированных в 2015 г., треть (30,7%) была диагностирована впервые. Анализ полноты охвата больных диспансерным наблюдением выявил существенные недостатки в организации диспансерного наблюдения за больными с урологическими заболеваниями в г. Москве. В 2015 г. диспансерным наблюдением было охвачено только 26,6% от всех больных с болезнями почек и мочеточников, 21,1% от всех больных с мочекаменной болезнью, соответственно 23,6% - с болезнями предстательной железы, 12,9% - с мужским бесплодием (табл. 2).

Таблица 2.

Полнота охвата больных с заболеваниями мочеполовой системы диспансерным наблюдением, г. Москва, 2011-2015 гг. (в %)

Класс, нозологическая форма заболевания	2011	2012	2013	2014	2015
Болезни мочеполовой системы	16,5	18,2	17,6	17,5	16,3
Болезни почки и мочеточника	27,1	28,9	28,9	28,2	26,6
Мочекаменная болезнь	22,2	25,2	23,7	22,1	21,1
Болезни предстательной железы	22,8	24,3	24,5	23,9	23,6
Мужское бесплодие	20,5	18,6	23,9	18,7	12,9

Анализ онкоурологической заболеваемости показал, что в структуре онкологической заболеваемости мужского населения г. Москвы в 2015 г. рак предстательной железы (РПЖ) занял первое место с удельным весом 21,2% (в РФ – 2-е с удельным весом 14,4%), впервые было диагностировано 69,8 случаев РПЖ - на 100 000 мужского населения (в РФ – 57,0, соответственно).

Для динамики заболеваемости РПЖ (рис. 1) характерно повышение уровней как общих интенсивных, так и стандартизированных по возрасту показателей с 2006 г. по 2009 г. и стабилизация общих и снижение стандартизированных показателей на протяжении 2010-2015 гг. Темп прироста заболеваемости РПЖ за 10-летний период наблюдения составил 33,6% для общих интенсивных показателей и 5,4% для стандартизированных. Более высокий темп прироста общих интенсивных показателей можно объяснить влиянием демографического старения мужского населения на заболеваемость РПЖ.

Сравнительный анализ уровней заболеваемости РПЖ в г. Москве и РФ выявил более высокие значения как общих интенсивных, так и стандартизированных показателей в столице на протяжении всего периода наблюдения. Однако к 2015 году различия в показателях стали менее выраженными, чем в 2006 г., когда и общие интенсивные и стандартизированные показатели в столице превышали аналогичные показатели в стране почти в 2 раза.

Сокращение разрыва в показателях заболеваемости РПЖ произошло, как за счет более высокого прироста показателя в стране в целом (в 2 раза) за счет улучшения диагностики РПЖ в регионах Российской Федерации, так и за счет стабилизации уровня заболеваемости в г. Москве начиная с 2010 года.

Заболеваемость раком почки (РП) в г. Москве в 2015 г. составила 11,73, а рака мочевого пузыря (РМП) - 9,72 случаев на 100 000 населения. По сравнению с 2006 г., заболеваемость РП снизилась на 3,1%, а РМП возросла на 9,2%. Для заболеваемости РП и РМП в столице характерны более низкие, чем в среднем по стране уровни.

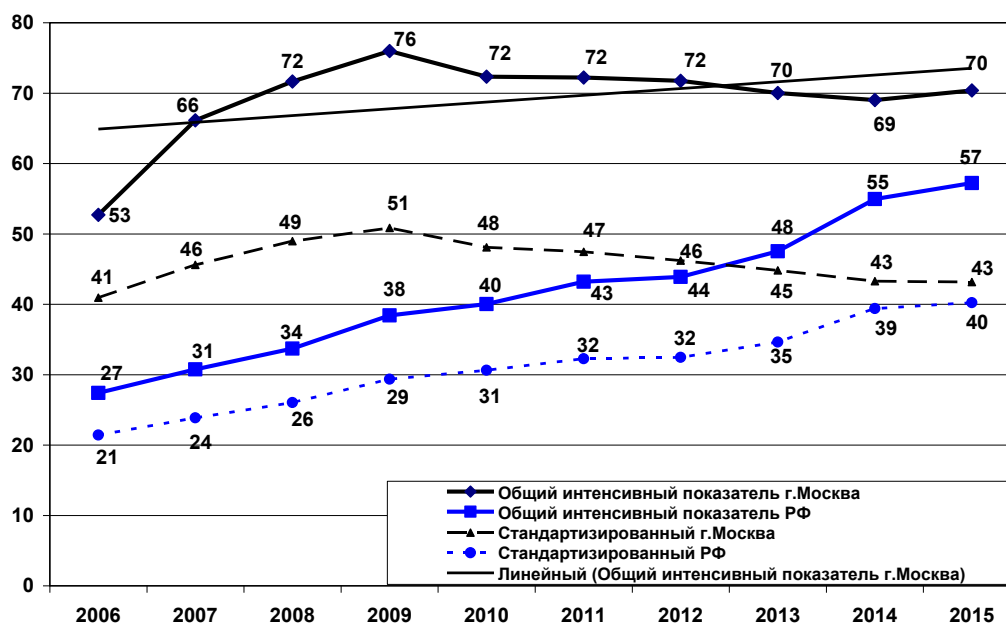


Рисунок 1. Динамика заболеваемости раком предстательной железы в г. Москве и РФ в 2006-2015 гг. (общие интенсивные и стандартизированные показатели на 100 000 мужского населения).

Эффективность целевых онкологических профилактических осмотров, своевременность выявления онкоурологических заболеваний в г. Москве выше, чем в целом в Российской Федерации. Однако даже в столице активно выявляется менее половины онкоурологических заболеваний. В 2015 г. на профосмотрах выявлено 45,7% случаев РПЖ, 34,4% - РП и 30,9% РМП. По сравнению с 2011 г., доля выявленных на профилактических осмотрах случаев РМП выросла на 14,3%, но за этот же период активное выявление РПЖ сократилось на 4,0%, РП – на 1,7%. Высокими остаются показатели запущенности онкоурологических заболеваний. В столице в 2015 г. 31,6% случаев рака почки, 29,7% - рака предстательной железы и 17,7% - мочевого пузыря выявлено на III–IV стадии заболевания.

В связи с тем, что рак предстательной железы является самой актуальной в г. Москве онкоурологической проблемой, нами для изучения факторов риска развития РПЖ и обоснования возможностей усовершенствования его профилактики в АПУ, проведено специальное эпидемиологическое исследование, охватившее 251 мужчин с верифицированным диагнозом рака предстательной железы (основная группа) и 234 мужчин без признаков новообразования в предстательной железе (контрольная группа), обратившихся к урологу с консультативной и (или) профилактической целью в амбулаторно-поликлинические учреждения ЗАО г. Москвы. Средний возраст мужчин в основной группе составил $64,3 \pm 1,8$ года, в контрольной - $65,1 \pm 1,6$ года.

Установлено (рис. 2.), что основными факторами риска развития РПЖ, являются следующие медико-биологические факторы: отягощенная по РПЖ наследственность (OR = 7,26; CI 4,16-12,69; $p < 0,01$), острые урогенитальные инфекции в анамнезе (OR = 4,55; CI 2,41-8,61; $p < 0,01$), наличие ДГПЖ или хронического простатита (OR = 3,91; CI 2,68-5,72; $p < 0,01$), а также социально-гигиенические факторы: продолжительное (8 часов в сутки и более) пребывание в сидячем положении (OR = 2,83; CI 1,94-4,12; $p < 0,01$), отсутствие регулярных занятий физкультурой (OR = 2,81; CI 1,88-4,23; $p < 0,01$), недостаточная

(менее 8-ми часов) продолжительность ночного сна (OR = 2,29; CI 1,37-3,83; $p < 0,01$), преобладание жирных и сладких блюд в рационе питания (OR = 2,21; CI 1,53-3,21; $p < 0,01$), курение (OR = 1,48; CI 1,02-2,14; $p < 0,05$).

Полученные результаты исследования позволят выявлять мужчин с повышенным риском развития рака предстательной железы на уровне первичного звена здравоохранения и на уровне оказания амбулаторной урологической помощи, а также осуществлять на научной основе первичную профилактику РПЖ.

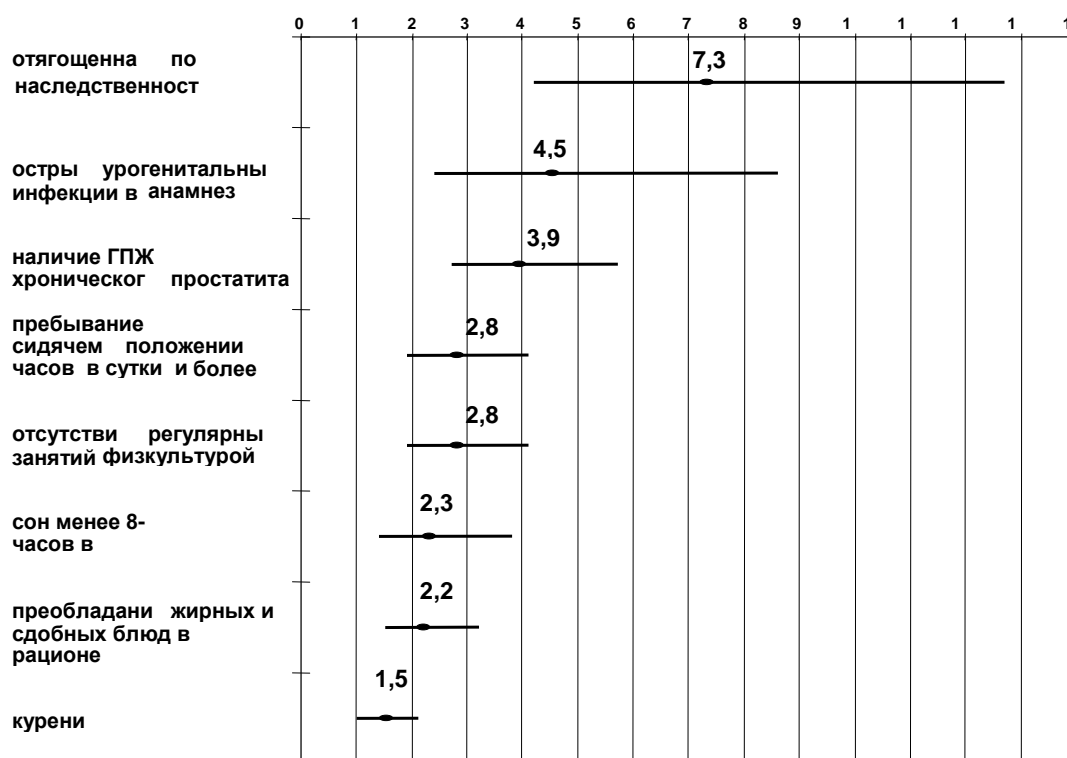


Рисунок 2. Основные факторы риска развития рака предстательной железы (OR и CI)

Анализ ресурсной базы амбулаторной урологической службы г. Москвы показал, что в 2015 г. она размещалась в 224 поликлиниках, имела в наличии 252 урологических кабинетов.

Для оказания урологической помощи в амбулаторных условиях в 2015 году в АПУ г. Москвы было предусмотрено 408,5 ставки врачей-урологов, из которых было занято 360,25 (88,2%). На указанных ставках в 2015 г. работало

324 врача-уролога (физических лиц). Коэффициент совместительства составлял 1,1, а обеспеченность населения врачами-урологами, работающими в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 0,38 на 10 000 взрослого населения г. Москвы.

Как негативную особенность кадрового потенциала урологической службы столицы следует отметить, что менее половины врачей-урологов в г. Москве имели квалификационную категорию. Доля аттестованных врачей возросла в столице с 38,7% в 2011 г. до 46,7% в 2015 г., но на протяжении всего периода наблюдения была ниже, чем в среднем по стране (53,8%). Не все врачи-урологи, работающие в столице, имели сертификаты специалиста по специальности «урология». За 5 лет существенно повысился данный показатель – с 86,9% до 99,9%, но так и не удалось достигнуть 100% охвата врачей, занимающих должности врачей-урологов, специализацией по урологии.

Ресурсная база амбулаторной урологической службы ЗАО г. Москвы (типичного округа, в котором проживает 1 357 848 жителей, 11,0% от общей численности жителей столицы) в 2015 г. была представлена 25 урологическими кабинетами. Для оказания амбулаторной урологической помощи в штатном расписании амбулаторно-поликлинических объединений ЗАО в 2015 году было предусмотрено 38,25 ставок врачей-урологов, по сравнению с 2011 г., их количество сократилось на 21,25 ставки (на 35,7%). Сокращение кадровых ресурсов стало причиной снижения доступности урологической помощи, о чем свидетельствует уменьшение количества выполненных населением посещений к врачам-урологам за данный период на 58,1%.

Сокращение кадров и неудовлетворительное оснащение диагностической аппаратурой разрозненных урологических кабинетов и отделений в ЗАО также привело к уменьшению количества проведенных инструментальных обследований в 2015 г., по сравнению с 2011 г.: цистоскопий с 867 до 102, урофлоуметрий с 1280 до 692, обзорных урографий с 2328 до 316, экскреторных урографий с 714 до 60, цистоскопий с 69 до 9, уретрографий с 867 до 11, УЗИ простаты с 17956 до 14848, в том числе ТрУЗИ, с 5969 до 1878.

Установлено, что существующая разрозненная амбулаторная урологическая сеть ЗАО г. Москвы, не может осуществлять полное комплексное обследование, качественное лечение и полноценную реабилитацию урологических больных. Учитывая огромную медицинскую, социальную и экономическую значимость амбулаторной урологической помощи населению, она требует современной и рациональной реорганизации.

В четвертой главе представлена характеристика состояния организации урологической помощи населению г. Москвы по материалам социологического опроса пациентов и изучения экспертного мнения врачей-урологов и руководителей муниципальной амбулаторной урологической службы.

По специально разработанной программе в 2016 году в г. Москве проведено социологическое исследование, которое являлось инструментом для сбора информации от пациентов об организации предоставления урологических услуг, их доступности и удовлетворенности пациентов результатами лечения. Социологическое исследование осуществлялось путем анонимного анкетирования пациентов, обратившихся в две муниципальных поликлиники, имеющие в своем составе урологические кабинеты, и в два частных АПУ, оказывающих урологические услуги. В муниципальных учреждениях анкетированием было охвачено 409 пациентов, в частных медицинских учреждениях – 291.

Установлено, что на спрос пациентов на урологические услуги влияет уровень доходов и платежеспособность населения, а также имидж медицинского учреждения (оснащение, кадры, технологии, качество медицинской помощи). В частные АПУ за урологическими услугами идет более образованный пациент, 64,6% с высшим образованием, против 48,1% в муниципальных ($p < 0,05$). 72,8% респондентов из частных АПУ считают свое материальное положение хорошим, в то время как в муниципальных - только 55,6% ($p < 0,05$).

В муниципальном АПУ посещение уролога у $64,8 \pm 2,4\%$ респондентов финансировалось за счет средств ОМС, а у $35,2 \pm 2,4\%$ за счет личных средств.

В частных АПУ 68,7±2,7% респондентов оплачивали услуги за счет личных средств, 19,9±2,3% за счет ДМС и 11,3 ±1,9% за счет ОМС.

В частных АПУ - понятие ожидания врача практически не существует - 89,7% респондентов попали на прием точно в назначенное время. В муниципальных урологических кабинетах 15,3% респондентов ожидали приема врача-уролога более часа, 37,5% - до 30 минут и только 40,2% - до 15 минут.

59,4±2,4% респондентов муниципальных АПУ отметили, что не все диагностическое оборудование сосредоточено в АПУ, которое находится в «шаговой доступности» и приходится «путешествовать» по городу, чтобы пройти назначенное урологом обследование. В частных АПУ пришлось поехать только 5,8±1,4% респондентов ($p<0,05$).

В муниципальных АПУ, согласно результатов опроса, под диспансерным наблюдением состояло 19,6±2,0% пациентов, в частных АПУ диспансерным наблюдением охвачено 76,6±2,5% опрошенных пациентов ($p<0,05$).

Уровнем сервиса в кабинете уролога, эстетическим оформлением помещений АПУ остались довольны 37,4±2,4% пациентов муниципальных АПУ и 89,3±1,8% частных ($p<0,05$).

Различия в материально-техническом, кадровом, сервисном обеспечении и организации приема сказались на удовлетворенности пациентов обслуживанием. Так, были удовлетворены организацией урологической помощи в муниципальных АПУ чуть больше половины (55,0±2,5%) пациентов, в то время как в частных АПУ 93,5±1,4% ($p<0,05$). Полностью удовлетворены результатом лечения в муниципальных урологических службах 67,7±2,3% респондентов, соответственно в частных АПУ - 90,7±1,7% респондентов ($p<0,05$).

Таким образом, сравнительный анализ удовлетворенности пациентов муниципальных и частных АПУ показал, что существующая система оказания урологической помощи в муниципальных учреждениях не соответствует современным потребностям населения, и дает основание утверждать об

необходимости научного обоснования новой оптимизированной муниципальной модели урологической помощи населению большого города.

В данной главе представлены также результаты экспертного опроса врачей-урологов. К экспертам были отнесены квалифицированные врачи-урологи: 39 врачей из г. Москвы и 59 врачей из регионов Российской Федерации (курсанты циклов усовершенствования), которые знают проблему амбулаторно-поликлинической урологии изнутри. Сравнительный анализ состава экспертов из первой и второй группы не выявил статистически значимых различий в составе врачей-урологов в г. Москве и в регионах РФ по возрасту, полу, стажу работы и квалификационным категориям ($p > 0,05$).

Положительно оценили организацию урологической помощи в сети муниципальных АПУ только $66,7 \pm 7,5\%$ экспертов первой и $50,8 \pm 8,0\%$ второй группы. Характеризуя основные организационные проблемы, препятствующие нормальной деятельности амбулаторной урологической службы, врачи-урологи назвали отсутствие у персонала экономической мотивации к труду ($97,4 \pm 2,5\%$ в первой и $89,8 \pm 7,5\%$ во второй группе); низкий уровень оплаты труда медицинских работников (соответственно - $97,4 \pm 2,5\%$ и $93,2 \pm 4,0\%$). Две трети респондентов полагают, что достаточно серьезными проблемами является отсутствие положительной динамики в оснащении АПУ новым диагностическим оборудованием ($79,5 \pm 6,5\%$ в первой и $74,6 \pm 7,0$ во второй группе); недостаточная хозяйственная и юридическая самостоятельность АПУ (соответственно, $76,9 \pm 6,7\%$ и $76,3 \pm 6,8\%$); отсутствие адекватной системы финансирования АПУ (соответственно, $82,1 \pm 6,1\%$ и $76,3 \pm 6,8\%$).

Среди необходимых изменений для оптимизации работы муниципальных амбулаторно-поликлинических урологических структур и повышения качества и доступности урологической помощи, респонденты отметили следующие: повышение экономической мотивации персонала к труду ($92,3 \pm 4,3\%$ первая и $93,2 \pm 4,0\%$ вторая группа); повышение качества последиplomной подготовки урологов (соответственно, $89,7 \pm 4,9\%$ и $79,7 \pm 6,4\%$); оснащение современным диагностическим оборудованием (соответственно, $66,7 \pm 7,5\%$ и $86,4 \pm 4,5\%$);

объединение разрозненных урологических кабинетов района в более крупную структуру (соответственно, $79,5 \pm 6,5\%$ и $66,1 \pm 7,6\%$).

Путь к этим изменениям они находят в расширении юридических и хозяйственных прав АПУ ($61,5 \pm 7,8\%$ врачей первой и $55,9 \pm 8,0\%$ второй группы), в переходе на муниципально-частную организационно-правовую форму хозяйствования (соответственно, $69,2 \pm 7,4\%$ и $67,8 \pm 7,5\%$).

Преимущества проекта муниципально-частного партнерства для муниципальных амбулаторно-поликлинических урологических структур врачи-урологи видят в следующем: будет сформирована юридическая, экономическая и хозяйственная самостоятельность АПУ ($79,5 \pm 6,5\%$ врачей первой и $72,2 \pm 7,9\%$ второй группы); возрастет экономическая заинтересованность персонала (соответственно, $76,9 \pm 6,7\%$ и $76,3 \pm 6,8\%$); улучшится материально-техническое оснащение АПУ и сервис обслуживания (соответственно, $92,3 \pm 4,3\%$ и $78,0 \pm 6,6\%$), повысится качество услуг в муниципальных АПУ (соответственно, $89,7 \pm 4,9\%$ и $72,9 \pm 7,9\%$).

Экспертную оценку состоянию организации и перспективам развития амбулаторной урологической службы осуществили также руководители муниципальных амбулаторных урологических структур (они же врачи-урологи высшей категории): 31 (первая группа) - из г. Москвы и 36 (вторая группа) - из регионов РФ (курсанты циклов усовершенствования).

К основным медико-организационным проблемам существующей муниципальной системы амбулаторной урологической помощи руководители отнесли: недостаточное оснащение АУП современным диагностическим оборудованием ($77,4 \pm 7,5\%$ экспертов и $72,2 \pm 7,5\%$ второй группы); низкий уровень финансирования АПУ ($80,6 \pm 7,1\%$ и $93,3 \pm 6,2\%$, соответственно); недостаточное качество последипломной подготовки врачей-урологов ($87,1 \pm 6,0\%$ и $69,4 \pm 7,7\%$, соответственно). Также $77,4 \pm 7,5\%$ экспертов первой и $75,0 \pm 7,2\%$ второй группы находят несовершенной концепцию развития урологической помощи в системе здравоохранения; $80,6 \pm 7,1\%$ экспертов первой и $77,8 \pm 6,9\%$ второй группы сочли хозяйственную и юридическую

самостоятельность АПУ недостаточной, отсутствие нормативно-законодательной база для развития АПУ отметили $80,6\pm 7,1\%$ экспертов и $72,2\pm 7,5\%$ второй группы. На отсутствие диагностических и лечебных стандартов в практике АПУ указало $83,9\pm 6,6\%$ экспертов первой и $83,3\pm 6,2\%$ второй группы. $96,8\pm 3,2\%$ экспертов из первой и $88,9\pm 5,2\%$ из второй группы считают, что в АПУ отсутствует рыночная стратегия управления, а $93,5\pm 4,4\%$ экспертов первой и $91,7\pm 4,6\%$ второй группы отметили отсутствие адекватной формы финансирования АПУ.

Характеризуя результаты деятельности АПУ эксперты отметили их низкую эффективность. Об этом свидетельствует отсутствие в АПУ современных лечебно-диагностических методик ($80,6\pm 7,1\%$ - экспертов первой и $77,8\pm 6,9\%$ второй группы), анализа экономической эффективности производства ($77,4\pm 7,5\%$ и $77,8\pm 6,9\%$, соответственно), анализа удовлетворенности пациентов ($64,5\pm 8,6\%$ и $69,4\pm 7,7\%$) и экспертизы качества предоставляемой медицинской помощи ($83,9\pm 6,6\%$ и $88,9\pm 5,2\%$).

Экспертами отмечено отсутствие условий для успешной работы персонала. Так, на низкий уровень оплаты труда медицинских работников указало $96,8\pm 3,2\%$ экспертов первой и $97,2\pm 2,7\%$ второй группы. Отсутствие у персонала экономической мотивации к работе отметило $90,3\pm 5,3\%$ экспертов первой и $94,4\pm 3,8\%$ второй группы.

$87,1\pm 6,0\%$ экспертов первой и $80,6\pm 6,6\%$ второй группы считают, что в системе муниципальной амбулаторной урологии руководители недостаточно подготовлены к работе в новых экономических условиях.

Необходимым условием оптимизации муниципальной амбулаторной урологической службы, по мнению $93,5\pm 4,4\%$ экспертов первой и $86,1\pm 5,8\%$ второй группы, является объединении разрозненных урологических кабинетов района в более крупную структуру. Более двух третей руководителей ($77,4\pm 7,5\%$ первой и $72,2\pm 7,5\%$ второй группы) считают, что это позволит полноценно обеспечить АПУ современным диагностическим оборудованием; соответственно $80,6\pm 7,1\%$ экспертов в первой и $77,8\pm 6,9\%$ во второй группе

полагают, что это будет способствовать внедрению современных лечебно-диагностических методик.

87,1±6,0% руководителей из первой и 86,1±5,8% из второй группы оптимизацию муниципальной урологической службы видят в переводе ее на муниципально-частную правовую форму хозяйствования, что позволит увеличить экономическую устойчивость (96,8±3,2% и 97,2±2,7% руководителей, соответственно), улучшить материально-техническое оснащение АПУ (96,8±3,2% и 75,0±7,2%, соответственно) и будет способствовать повышению качества услуг в муниципальных АПУ (90,3±5,3% и 80,6±6,6%, соответственно).

Сопоставление результатов опроса врачей-урологов и руководителей муниципальных амбулаторно-поликлинических урологических структур из г. Москвы и регионов РФ продемонстрировало совпадение их оценок по подавляющему большинству вопросов, что свидетельствует об идентичности проблем в организации урологической помощи в столице и городскому населению в стране в целом.

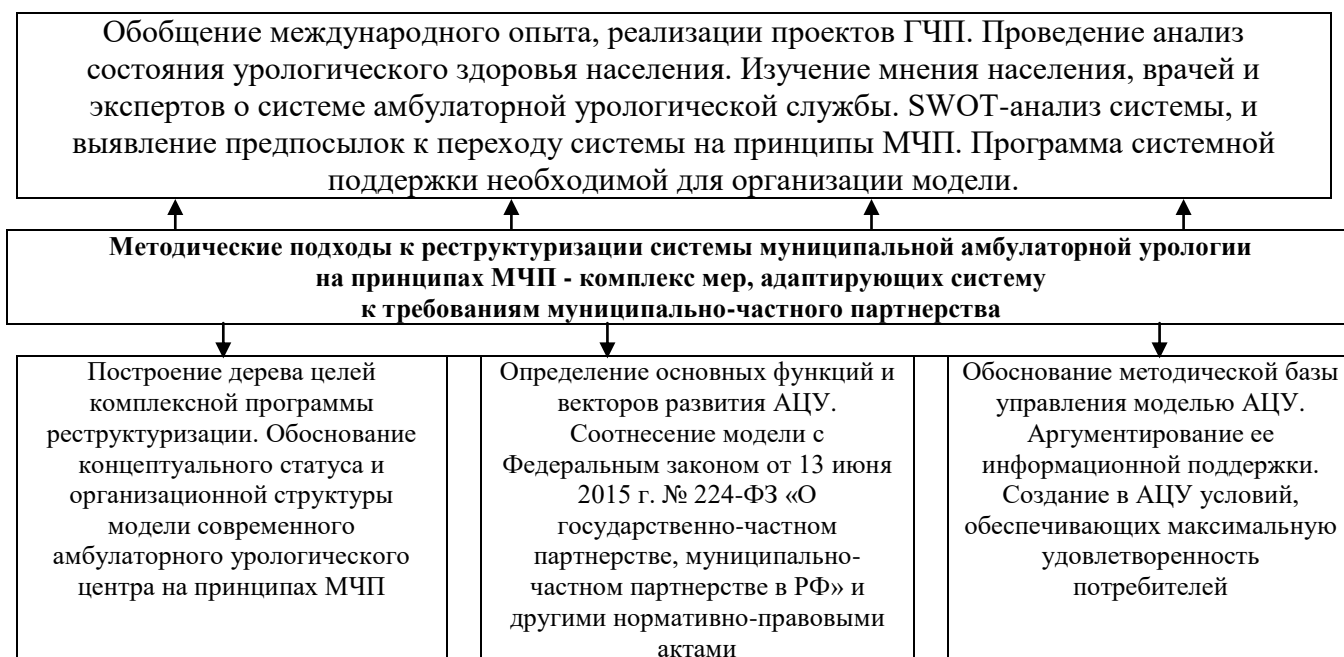
Материалы, полученные на третьем и четвертом этапах исследования, подтвердили, что в современных экономических условиях необходима реструктуризация муниципальной системы амбулаторно-поликлинической урологической помощи и построение современной модели амбулаторного урологического центра, оказывающего урологическую помощь.

Пятая глава посвящена обоснованию методических подходов к реструктуризации амбулаторных учреждений, оказывающих урологическую помощь на принципах МЧП. Одно из значений понятия «методические подходы» это - система определенных способов и приемов, применяемых в той или иной сфере деятельности (в науке, политике, искусстве и т.п.). Исходя из данного определения, нами научно обоснованы методические подходы к реструктуризации системы муниципальной амбулаторной урологии на принципах МЧП, как совокупность этапов изучения и анализа теоретической и практической деятельности системы, направленных на определение

необходимых, наиболее существенных изменений ее экономической, производственной и организационной составляющих. Преследуемая цель, повышение эффективности функционирования, финансовой устойчивости и качества предоставляемой медицинской помощи в амбулаторных учреждениях, оказывающих урологическую помощь на принципах МЧП (табл. 3).

Таблица 3.

Методические подходы к реструктуризации системы муниципальной амбулаторной урологии на принципах МЧП



Таким образом, процесс реструктуризации нами рассматривается как процесс оптимизации организационной, производственной и экономической структуры муниципального урологического учреждения на принципах МЧП с целью повышения эффективности производства, качества урологической помощи и финансовой устойчивости изучаемого учреждения.

В исследовании также были выявлены основные предпосылки к внедрению МЧП в систему муниципальной амбулаторной урологической службы (табл. 4).

Проведен SWOT-анализ системы муниципальной амбулаторной урологической помощи населению г. Москвы, показавший ее сильные и слабые стороны, давший возможность определить основные направления ее развития, а

также потенциальные возможности и угрозы. Было установлено, что в современных экономических условиях, при слабости муниципального управления, амбулаторная урология находится в сложном положении, а ее адаптация требует новых подходов и инициатив для обеспечения выживания в условиях рынка. Были определены риски, связанные с переводом муниципальной амбулаторной урологической службы на принципы МЧП.

Таблица 4.

Основные предпосылки к переводу муниципальных амбулаторных урологических учреждений на принципы МЧП

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие эффективной функционально-организационной структуры АПУ, оказывающих урологические услуги. • Муниципальный бюджет и средства ОМС не обеспечивают достойного содержания урологических служб. • Неудовлетворительное техническое, технологическое и финансовое состояние муниципальных АПУ оказывающих урологические услуги. • Неэффективное использование АПУ ресурсов (материальных, интеллектуальных и др.). • Слабая профилактическая направленность АПУ. • Отсутствие цивилизованного рынка услуг и программируемого потребителя. • Отсутствие конкурентоспособности услуг муниципальных АПУ оказывающих урологические услуги. • Низкая степень инвестиционной привлекательности АПУ. • Неудовлетворительный уровень качества услуг. • Отсутствие экономической мотивации персонала к труду. • Наличие законодательных документов нормативно-правового регулирования ГЧП /МЧП в здравоохранении. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

В результате комплексного изучения и анализа теоретической и практической деятельности системы, выяснено, что основным вектором развития системы муниципальной амбулаторной урологической помощи является организация ее работы на базе МЧП. Востребованным является институциональный и организационный альянс между государством и бизнесом, для реализации общественно значимого инновационной проекта.

Для практического воплощения идеи была разработана концепция развития муниципальной амбулаторной урологии в процессе реструктуризации.

Концепция базируется на четко определенной и сформулированной цели реструктуризации - создания муниципально-частного учреждения, предоставляющего социальные и платные медицинские услуги населению в

виде медицинской помощи. Формы и методы реорганизации структурных подразделений в составе функционально-организационной модели определялись на основе анализа условий их функционирования.

Целями и задачами концепции развития муниципальных АПУ в процессе реструктуризации являются:

- защита прав участников (учредителей);
- четкое разграничение ответственности администрации муниципалитета и частного юридического лица за работу амбулаторного урологического учреждения на базе МЧП, разделение рисков на равных условиях, обоюдная заинтересованность в долгосрочном эффективном развитии медицинского учреждения на базе МЧП;
- обеспечение инвестиционной привлекательности созданного амбулаторного урологического учреждения;
- создание системы хозяйственно-договорной деятельности амбулаторного урологического учреждения, обеспечивающей соблюдение договорных обязательств;
- достижение прозрачности финансово-экономического состояния амбулаторного урологического учреждения для его участников (учредителей), инвесторов, кредиторов;
- создание эффективного механизма управления амбулаторным урологическим учреждением;
- использование в работе амбулаторного урологического учреждения рыночных механизмов привлечения финансовых средств;
- повышение квалификации работников амбулаторного урологического учреждения как одного из факторов повышения устойчивости развития предприятия.

Концепция развития муниципальных АПУ в процессе реструктуризации предусматривала графическое изображение «дерева целей» - целевой

комплексной программы, отражающей основные уровни целей, способствующих решению главной цели.

Концептуально было определено, что структура АЦУ на базе МЧП должна состоять из консультативного, диагностического, лабораторного и двух лечебно-профилактических отделений. Отделения частного, работающего по договорам с пациентами на основе договорных цен за оказание платных услуг, и социального, которое выполняет услуги по договору с местными органами и получает финансирование на предоставление бесплатных медицинских услуг по полисам ОМС.

АЦУ должен методически объединять разрозненные урологические кабинеты, оказывать им организационно-методическую помощь, обеспечивать перспективное развитие амбулаторной урологической помощи населению округа, способствовать повышению квалификации врачей-урологов, внедрению общероссийских стандартов диагностики и лечения урологических заболеваний.

Были также сформулированы концептуальные принципы управления моделью на окружном уровне. Материалы пятого этапа исследования послужили основанием для разработки функционально-организационной модели амбулаторного центра урологии на принципах МЧП и механизмов управления ею.

В шестой главе исследования изложены методические принципы моделирования функционально-организационной модели амбулаторного учреждения на принципах МЧП, методика моделирования, а также последовательность решения задач при организации модели амбулаторного учреждения на принципах МЧП.

Выбран и обоснован наиболее оптимальный вариант модели АПУ, оказывающего урологическую помощь на уровне округа Москвы, - это модель амбулаторного центра урологии (АЦУ) на принципах МЧП, которая не только оптимизирует внутреннее содержание учреждения, но и обеспечивает

методическое руководство урологической службой округа. Обоснованы основные организационные параметры деятельности модели АЦУ.

Целевой установкой обоснования моделирования было повышение эффективности использования имеющихся ресурсов АЦУ, формирование его рациональной деятельности на основании определения адекватной потребности населения каждой территории в урологической амбулаторно-поликлинической помощи и обеспечение ее доступности и качества.

Осуществлено решение прямой задачи моделирования - определены выходные данные модели: административно-правовой статус модели, организационная структура модели, особенности ее функций и процессов с учетом изученных современных материалов организационного и правового обеспечения функционирования учреждений здравоохранения на принципах МЧП.

Для практической реализации параметров деятельности и функций модели разработана функционально-организационная модель окружного АЦУ на принципах МЧП. Структура АЦУ располагает административно-хозяйственным и лечебно-диагностический блоком, состоящим из отделений: консультативно-диагностического, отделения профилактики с организационно-методическим кабинетом и двух лечебно-профилактических: коммерческого, работающего по договорам с пациентами на основе договорных цен за оказание платных услуг, и социального отделения, оказывающего услуги по договору с местными органами власти и получающего финансирование по полисам ОМС (рис. 3).

Социальное отделение АЦУ - предоставляет урологическую помощь населению округа в соответствии со статьей 41 Конституции РФ и статьи 4 (раздел 1) «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», а также Федеральных законов, устанавливающих правовые и организационные основы оказания государственной социальной помощи малоимущим семьям и иным категориям граждан в полном объеме. Отделение финансируется муниципалитетом, ОМС.

Коммерческое отделение АЦУ - функционирует на основе хозрасчета и обеспечивает предоставление высоко квалифицированных услуг с высоким сервисом обслуживания, современными дорогостоящими технологиями. Финансируется частным инвестором.

Деятельность коммерческого отделения является неотъемлемым компонентом модели, имеет свою нишу и возможности удовлетворения спроса определенной части населения, обеспечивает привлечение дополнительных средств в бюджет АЦУ. Оно выполняет важную функцию новаторства в применении научно-технологических достижений и передового опыта в оказании урологической помощи населению.

К тому же, сектор платной урологии в составе структуры АЦУ является важным стимулом для граждан к сохранению своего здоровья, повышению внимания к доступным видам профилактического обслуживания.

Большое значение в работе АЦУ уделяется отделению профилактики и организационно-методическому кабинету, осуществляющему методическое руководство сетью урологических кабинетов округа.

Для процесса управления моделью АЦУ разработаны механизмы реализации стратегии оптимизации управления, (рис. 4), стратегия маркетинга и менеджмента, технология бригадной практики, обеспечивающая комплексное предоставление диагностических, лечебных и профилактических услуг пациентам. С точки зрения управления важно, что при государственно-частном партнерстве реализуется инициативность частного сектора в рамках фиксированных отношений государственной собственности.

В исследовании проведен сравнительный анализ характеристик, действующих муниципальных АПУ и модели АЦУ, выявивший существенные преимущества модели в информационном, организационно-правовом, структурно-технологическом, ресурсно-экономическом аспектах.

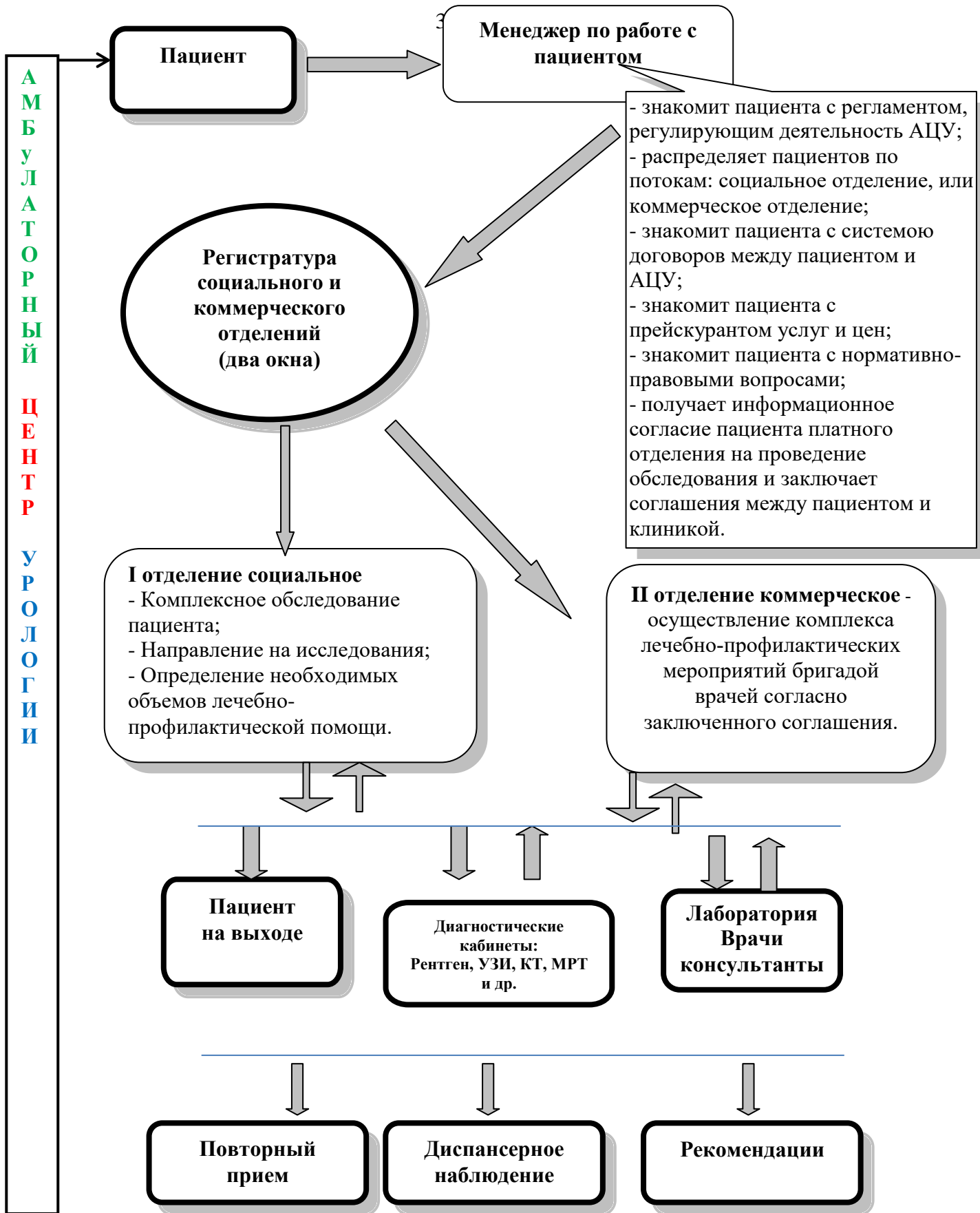


Рисунок 3. Алгоритм медицинской помощи в АЦУ

Амбулаторный центр урологии

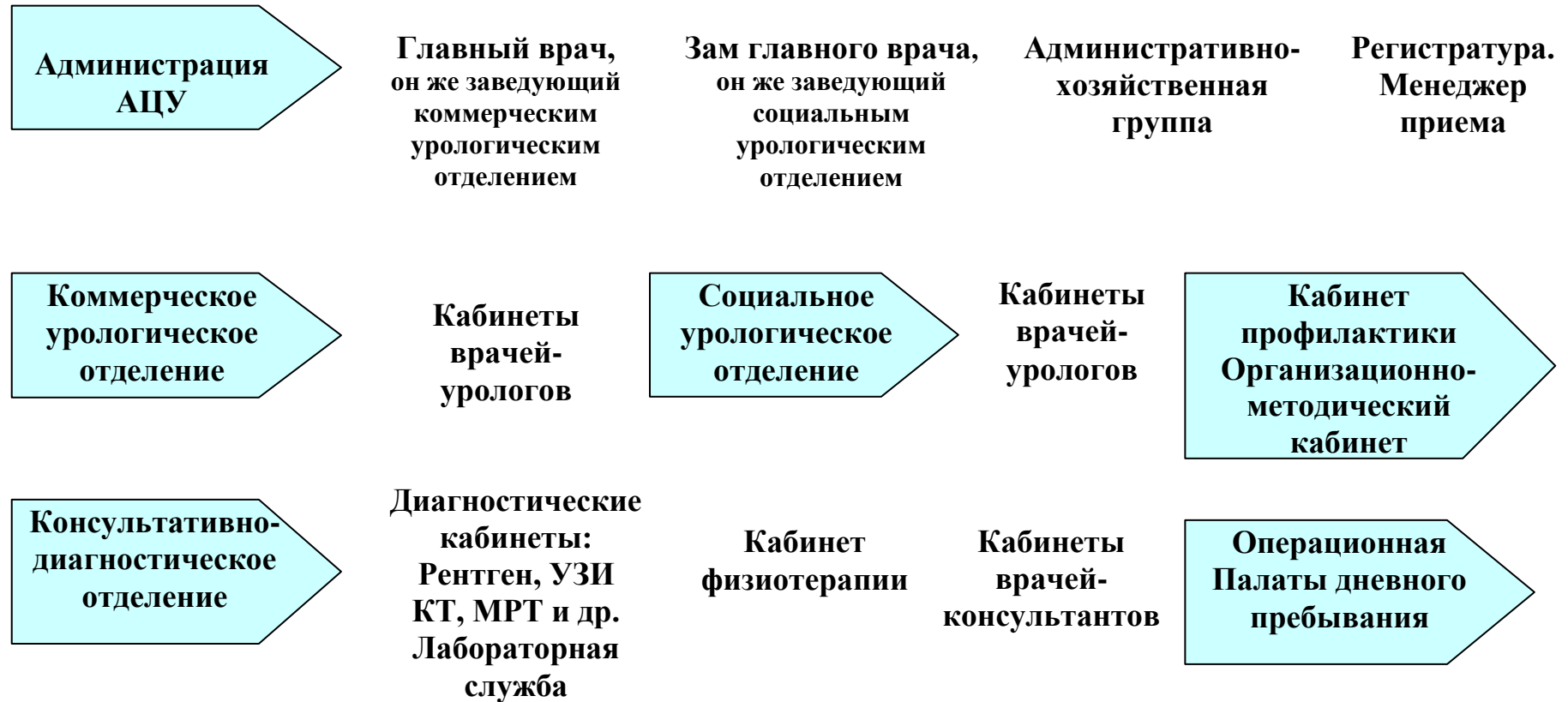


Рисунок 4. Функционально-организационная модель АЦУ

Проведена экспертная оценка модели, анализ результатов которой позволил выделить преимущества модели, подтверждающие прогнозную эффективность разработанной модели и целесообразность ее использования для оказания амбулаторной урологической помощи в условиях больших городов (табл. 5). К экспертной оценке были привлечены руководители муниципальных амбулаторных урологических служб, специалисты по общественному здоровью и здравоохранению (всего 30 экспертов, из них 3 доктора, 5 кандидатов медицинских наук, 22 организатора здравоохранения, имеющих высшую квалификационную категорию по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»).

Для АЦУ разработан Устав медицинского муниципально-частного учреждения, являющийся сводом правил, регулирующих деятельность АЦУ, его взаимоотношения с другими организациями и гражданами, права и обязанности в разных сферах государственного управления, хозяйственной или иной деятельности. Согласно Уставу, АЦУ является учреждением муниципально-частной формы собственности, юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, расчетный и иные счета в учреждениях банка, обладает обособленным имуществом, имеет печать со своим наименованием, бланки, фирменное наименование.

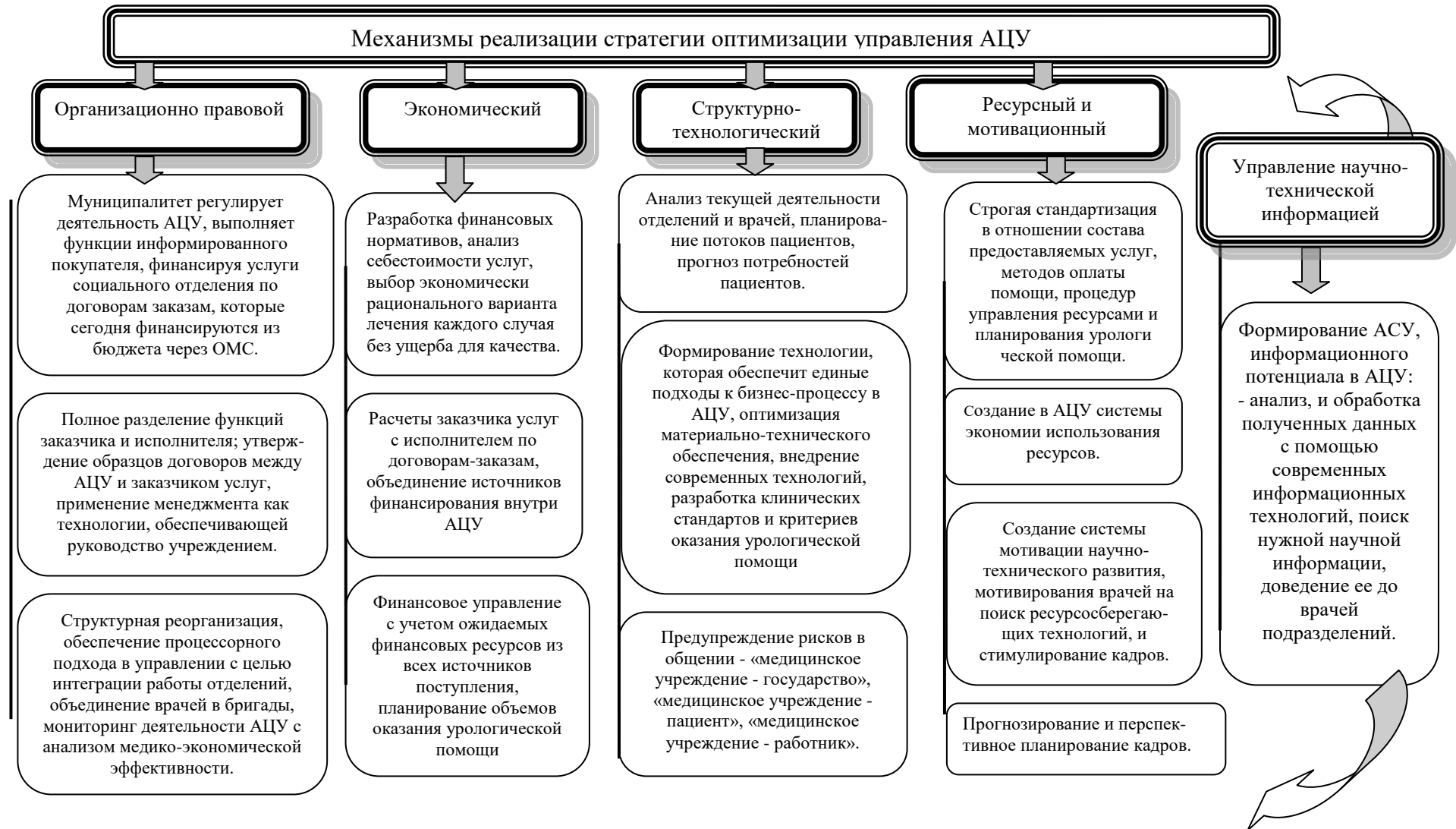


Рисунок 4. Механизмы реализации стратегии оптимизации управления АЦУ

Таблица 5.

Результаты экспертной оценки модели АЦУ

Основные преимущества модели	Средний бал (по 10-ти бальной оценке)	C_v (%)
1. Объединение в юридически и хозяйственно самостоятельной модели АЦУ государственных и частных ресурсов (в т. ч. финансовых) с целью совместного управления учреждением на принципах МЧП, сохранение собственности государства на урологический объект и внедрение в практическую деятельность наиболее перспективных экономических технологий (бизнес процесс, разделение функций, стандартизация, планирование медицинской помощи)	9,53±0,09	5,3
2. Структурная интеграция в модели АЦУ двух отделений: социального (государственного) и частного, обладающих своими характеристиками и преимуществами, при объединении которых создается возможность повысить эффективность хозяйственной деятельности, оптимизировать расходы, улучшить качество и доступность предоставляемых урологических услуг.	9,73±0,08	4,6
3. Обеспечение экономической эффективности АЦУ за счет:		
3.1. перевода модели из сферы общественного потребления в сферу воспроизводства;	9,23±0,09	5,5
3.2. реального финансирования, планирования объёмов и структуры помощи в размерах ожидаемых финансовых ресурсов;	9,13±0,09	5,6
3.3. оптимизации технологических процессов, ресурсного обеспечения производства;	9,17±0,10	5,8
3.4. оптимизации механизмов управления АЦУ.	9,33±0,09	5,1
4. Обеспечение экономической и медицинской эффективности модели за счет:		
4.1 разработки алгоритма урологической помощи с бригадно-этапным принципом обслуживания;	9,50±0,11	6,6
4.2. разработки методических подходов к урологическому бизнес-процессу, обеспечивающему повышение объемов и качества помощи;	9,40±0,09	5,3
4.3. перевода модели на принципы оплаты конкретных объемов урологической помощи по договорам «субподряда» с муниципалитетами на основе территориальных заказов.	9,63±0,10	5,8
5. Внедрение эффективных механизмов менеджмента в АЦУ.	9,43±0,10	6,0

В целом, разработанная модель АЦУ обладает прогнозной медицинской, экономической, социальной эффективностью, способствует соотнесению потребностей в урологическом обслуживании населения с ресурсами и экономическими возможностями граждан. Экономическая эффективность разработанной модели обеспечивается за счет частных инвестиций, партнерских отношений муниципалитета и АЦУ.

Таким образом, можно констатировать, что модель АЦУ является одним из механизмов смешанной экономики, который позволяет развивать отношения бизнеса и государства, характеризуется новизной разработки и практической ценностью для амбулаторной урологии.

Механизмы МЧП модели вовлекают ресурсы частного сектора в процессы воспроизводства, в сферу учреждения здравоохранения, находящегося в собственности государства и местных органов власти, а также используют частную предпринимательскую инициативу для повышения эффективности расходования бюджетных средств.

Для модели АЦУ были разработаны концептуальные подходы к медико-социальному обоснованию системы управления качеством медицинской помощи и разработана автоматизированная система управления. На созданную автоматизированную информационную систему управления амбулаторным центром урологии получено свидетельство Роспатента (Свидетельство № 2018612895 от 01.03.2018 г.). Разработка модели и ее АСУ будут стимулировать внедрение механизмов МЧП в здравоохранение, способствовать развитию медицинской помощи, повышению качества и доступности медицинских услуг для населения.

В заключении обобщаются основные результаты исследования, подводятся его итоги, которые свидетельствуют о решении поставленных задач.

ВЫВОДЫ

1. Государственно-частное партнерство является эффективным фактором инновационного и инвестиционного развития экономики и перспективным направлением реформирования здравоохранения РФ.

2. Разработанная программа и методические подходы исследования позволили всесторонне изучить организацию урологической службы, оказываемой в амбулаторных условиях муниципальных поликлинических учреждениях и научно обосновать методический подход к ее развитию на принципах государственно-частного партнерства.

3. Болезни мочеполовой системы стабильно занимают третье место в структуре распространенности и четвертое место в структуре заболеваемости взрослого населения г. Москвы и РФ.

Выявлены существенные недостатки в организации диспансерного наблюдения за больными с урологическими заболеваниями в г. Москве.

4. Анализ ресурсной базы действующей сети амбулаторной урологической службы показал, что сокращение кадров и неудовлетворительное оснащение диагностической аппаратурой разрозненных урологических кабинетов г. Москвы стало причиной снижения доступности урологической помощи, о чем свидетельствует уменьшение количества посещений к врачам-урологам за данный период, а также привело к уменьшению количества проведенных инструментальных обследований.

5. Сравнительный анализ результатов социологического опроса пациентов муниципальных и частных АПУ, оказывающих урологическую помощь, в г. Москве, показал, что организацией урологической помощи в муниципальных АПУ удовлетворено только $55,0 \pm 2,5\%$ пациентов, а в частных АПУ - $93,5 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$).

По результатам социологического опроса врачей-урологов из муниципальных АПУ г. Москвы и регионов РФ установлено, что для повышения качества и доступности урологической помощи, по мнению врачей, необходимо повысить экономическую мотивацию персонала, качество

последипломной подготовки урологов; оснастить урологическую службу современным диагностическим оборудованием; объединить разрозненные урологические кабинеты в более крупные структуры. Путь к этим изменениям врачи — урологи находят в расширении юридических и хозяйственных прав АПУ, в переходе на муниципально - частную организационно-правовую форму хозяйствования.

6. Изучение мнения руководителей муниципальной амбулаторной урологической службы из г. Москвы и регионов РФ показало, что руководителей из первой и из второй группы, оптимизацию муниципальной урологической службы видят в переводе ее на муниципально-частную правовую форму хозяйствования, что позволит увеличить экономическую устойчивость, улучшить материально-техническое оснащение АПУ и будет способствовать повышению качества услуг в муниципальных АПУ.

7. Современные экономические подходы урологической службы, оказываемой в амбулаторных условиях на принципах муниципально - частного партнерства, разработаны как комплекс мер, направленных с целью повышения качества медицинской помощи. эффективности функционирования и финансовой устойчивости

8. На базе методологии разработаны концептуальные направления формирования современной модели амбулаторного центра урологии на базе МЧП которая обоснована в виде анализа действующей системы АЦУ и программы развития системы АЦУ на принципах МЧП.

9. В исследовании разработана функционально-организационная модель АЦУ на принципах МЧП, являющаяся самоуправляемым, хозяйственно и юридически самостоятельным субъектом медицинской деятельности.

10 Обоснована методика управления моделью АЦУ, включающую механизмы реализации стратегии управления по организационно-правовому, экономическому, структурно – технологическому, ресурсному, мотивационному и информационному направлениям, разработать порядок финансового планирования и управления использованием ресурсов и АСУ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Полученные в ходе научного исследования результаты, а именно, обоснованные методические подходы к реструктуризации муниципальной системы амбулаторной урологической помощи и разработанная модель окружного муниципально-частного АЦУ позволяют рекомендовать департаментам здравоохранения муниципальных администраций:

1) осуществлять реструктуризацию муниципальной системы амбулаторной урологической помощи на принципах МЧП;

2) при решении задачи оптимизации муниципальной системы амбулаторной урологической помощи:

- учесть особенности развития муниципально-частного партнерства в системе здравоохранения РФ;

- в ходе реструктуризации обеспечить усовершенствование финансово-экономических основ деятельности учреждений муниципальной системы амбулаторной урологической помощи;

3) обеспечить разработку автоматизированной системы управления амбулаторного центра урологии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Геворкян, А.Р. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений после трансректальной биопсии предстательной железы в окружном урологическом отделении Западного округа г. Москвы / А.Р. Геворкян, А.Ю. Авакян, М.Д. Павлюк, М.П. Ишмуратов, И.С. Пинчук // Журнал Естественные и технические науки. - Москва. - 2013. - № 4. - С. 140–145.
2. Геворкян, А.Р. Выявление рака предстательной железы на основе мониторинга простатспецифического антигена в условиях поликлиники / А.А. Камалов, В.А. Максимов, Т.Б. Тахирзаде, А.Р. Геворкян, Д.А. Охоботов, А.Ю. Авакян, Е.Г. Васильева // Журнал Урология. – Москва. - 2012. - № 6. - С. 58–60.
3. Геворкян, А.Р. Анализ результатов биопсий и ребиопсий предстательной железы в окружном урологическом отделении Западного административного округа г. Москвы за трехлетний период / А.Р. Геворкян, А.Ю. Авакян, М.Д. Павлюк // Журнал Эффективная фармакотерапия. - Москва. - 2013. - № 1. - С. 11–13.
4. Геворкян, А.Р. Опыт выполнения биопсий предстательной железы в условиях окружного урологического отделения Западного округа г. Москвы / А.Р. Геворкян, А.Ю. Авакян // Научно–практический журнал Медицинский вестник Башкортостана. - Уфа. - 2013. - Т. 8. № 2. - С. 237-240.
5. Геворкян, А.Р. Анализ урологической заболеваемости взрослого населения г. Москвы за 2006-2015 гг. / А.Р. Геворкян // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа. - 2017 - Т. 12. № 3 (69). - С. 17-24.
6. Геворкян, А.Р. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях (по данным социологического опроса) / А.Р. Геворкян // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - Москва. - 2017. - № 3-4. - С. 26-33.

7. Геворкян, А.Р. Состояние и перспективы развития муниципальной амбулаторной урологической службы – мнение врачей урологов / А.Р. Геворкян, Е.А. Берсенева // Проблемы медицины в современных условиях. Выпуск IV.: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (11 июня 2017 г.). – г. Казань. - 2017. – С. 44–46.
8. Геворкян, А.Р. Особенности онкоурологической заболеваемости и смертности населения г. Москвы в 2006-2015 годах / А.Р. Геворкян // **Здравоохранение РФ. – Москва. - 2017. – Т. 61. № 5. - С. 250-256.**
9. Геворкян, А.Р. Современные тенденции и своевременность выявления онкоурологических заболеваний в г. Москва / А.Р. Геворкян, Е.А. Берсенева // О некоторых вопросах и проблемах современной медицины. Выпуск IV.: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (11 июля 2017 г.). – г. Челябинск. - 2017. – С. 22–24.
10. Геворкян, А.Р. Факторы риска, современные особенности заболеваемости и смертности от рака предстательной железы среди жителей мегаполиса (на примере г. Москвы) / А.Р. Геворкян // **Вестник Ивановской медицинской академии. – Иваново. - 2017. – Т. 22. № 1. - С. 40-46.**
11. Геворкян, А.Р. Перспективы развития муниципальной амбулаторной урологической службы по материалам экспертного опроса врачей-урологов / А.Р. Геворкян // **Общественное здоровье и здравоохранение – Казань. - 2017. - № 2 - С. 32-37.**
12. Геворкян, А.Р. Проблемы и пути оптимизации организации амбулаторной урологической помощи городскому населению (по материалам экспертной оценки руководителей урологической службы) / А.Р. Геворкян // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины – Москва. - 2017. – Т. 25. № 3. – С. 167–171.**

13. Геворкян, А.Р. Направления развития амбулаторной урологии в новых экономических условиях / А.Р. Геворкян // **Вестник уральской медицинской академической науки. Екатеринбург. - 2017. - Т. 14. № 2. - С. 194-199.**
14. Геворкян А.Р. Амбулаторная урологическая помощь на базе муниципально–частного партнерства / А.Р. Геворкян // **Врач. – Москва. - 2017. - № 7. - С. 78–80.**
15. Геворкян, А.Р. Методология развития амбулаторной урологической службы на базе муниципально–частного партнерства / А.Р. Геворкян, Е.А. Берсенева // Информационные технологии в медицине и фармакологии. Выпуск IV.: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (11 август 2017 г.). – г. Ростов-на-Дону. - 2017. – С. 26–27.
16. Геворкян, А.Р. Роль амбулаторной урологической службы в своевременной диагностике рака предстательной железы / А.Р. Геворкян // **Экспериментальная и клиническая урология. – Москва. - 2017. - № 2. - С. 4-8.**
17. Геворкян, А.Р. Методические подходы к организации модели амбулаторного урологического учреждения на принципах муниципально-частного партнерства / А.Р. Геворкян // **Пермский медицинский журнал. – Пермь. - 2017. – Т. 34. № 4. - С. 74-81.**
18. Геворкян, А.Р. Опыт организации работы амбулаторной урологической службы по раннему выявлению рака предстательной железы / А.Р. Геворкян, Е.А. Берсенева // Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития. Выпуск IV.: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (11 сентября 2017 г.). – г. Уфа. - 2017. – С. 24–26.
19. Геворкян, А.Р. Муниципально–частное партнерство – механизм инвестирования и развития муниципальной амбулаторной урологии /

- А.Р. Геворкян // **Исследования и практика в медицине. – Москва. - 2017. – Т. 4. № 3, стр. 115-121.**
- 20.Геворкян, А.Р. Векторы подготовки менеджеров, для условий реализации муниципально-частного партнерства в здравоохранении / А.Р. Геворкян // **Успехи современной науки. – Белгород. - 2017. - № 7. - С. 171–176.**
- 21.Геворкян, А.Р. Формирование клинического профиля амбулаторного пациента с мочекаменной болезнью в Москве / В.А. Малхасян, В.Ю. Иванов, А.Р. Геворкян, И.В. Семенякин, Н.К. Гаджиев, М.А. Прокопович, Д.Ю. Пушкарь // **Журнал Вопросы урологии и андрологии. – Москва. - 2017. - Т. 5. № 1. - С. 23-27.**
- 22.Геворкян, А.Р. Формирование клинического профиля амбулаторного пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Москве / В.А. Малхасян, А.Р. Геворкян, И.В. Семенякин, Р.Ю. Андреев, Д.Ю. Пушкарь // **Журнал Вопросы урологии и андрологии. – Москва. - 2017. - Т. 5. № 2. - С. 33-36.**
- 23.Геворкян, А.Р. Парадигма оптимизации деятельности муниципальных амбулаторных учреждений, оказывающих урологическую помощь на базе муниципально–частного партнерства / А.Р. Геворкян, Е.А. Берсенева // **Основные проблемы в современной медицине. Выпуск IV.: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (11 октября 2017 г.). – г. Волгоград. - 2017. – С. 28-30.**
- 24.Геворкян, А.Р. Муниципально–частное партнерство - эффективный путь развития амбулаторной урологической помощи / А.Р. Геворкян // **Медицинский Вестник Юга России. – Ростов на Дону. - 2017. - Т. 8. № 4. - С. 88-92.**
- 25.Геворкян, А.Р. Современные тенденции заболеваемости болезнями предстательной железы населения г. Москвы / А.Р. Геворкян //

Вестник Современной Клинической медицины. – Казань. - 2017. - Т. 10. № 5. - С. 23-29.

26. Геворкян, А.Р. Методические рекомендации по реструктуризации муниципальной системы амбулаторной урологической помощи на принципах муниципально–частного партнерства / А.Р. Геворкян, Е.А. Берсенева, С.П. Даренков – М. - 2017. – 30 с.
27. Геворкян, А.Р. Реструктуризация урологической службы муниципальных амбулаторных учреждений с использованием принципов муниципально–частного партнерства / А.Р. Геворкян – М.: Светлица - 2018. – 212 с.
28. Геворкян, А.Р. Организация деятельности амбулаторной урологической службы в условиях сложной эпидемиологической обстановки / А.Р. Геворкян // **Врач. – Москва. - 2020. - № 11. - С. 29–32.**
29. Геворкян, А.Р., Петросян С.Г. Комплаентность пациентов к терапии эректильной дисфункции/ **Вопросы урологии и андрологии. – Москва. - 2021, Т. 9. № 1. - С. 5–9.**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПУ - амбулаторно-поликлиническое учреждение
 АЦУ - амбулаторный центр урологии
 ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
 ГЧП - государственно-частное партнерство
 ДГПЖ - доброкачественная гиперплазия предстательной железы
 ЗАО - Западный административный округ
 МПС - мочеполовая система
 МРТ - магнитно-резонансная томография
 МЧП - муниципально-частное партнерство
 ПЖ - предстательная железа
 ОМС - обязательное медицинское страхование
 OR - Odds ratio - соотношение шансов
 CI - confidence interval - доверительный интервал
 SWOT-анализ - Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности), Threats (угрозы)

Подписано в печать: 23.06. 2021
Формат А5
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Тираж 100 Экз.
Заказ №21977
Типография ООО "Цифровичок"
117149, г. Москва, ул. Азовская, д. 13